





UN NUEVO CONTRATO SOCIAL PARA EL PERÚ  
¿CÓMO LOGRAR UN PAÍS MÁS EDUCADO,  
SALUDABLE Y SOLIDARIO?



# **UN NUEVO CONTRATO SOCIAL PARA EL PERÚ**

## **¿CÓMO LOGRAR UN PAÍS MÁS EDUCADO, SALUDABLE Y SOLIDARIO?**

Daniel Cotlear, editor



**The World Bank**  
Washington, D.C.

© 2006, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial  
1818 H Street N.W.  
Washington D.C. 20433, Estados Unidos de Norteamérica  
Teléfono: 202-473-1000  
Página web: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
Correo electrónico: [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)

Derechos reservados.

Este volumen es un producto del personal del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresados en esta publicación no necesariamente reflejan la opinión de los Directores Ejecutivos del Banco Mundial o de los gobiernos que representan.

El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos incluidos en esta publicación.

### **Derechos y permisos**

La propiedad intelectual de los materiales de esta publicación está registrada. La copia o la transmisión de partes o de toda esta obra sin permiso pueden constituir una violación de la legislación aplicable. El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial fomenta la difusión de su trabajo y por lo general concede rápidamente permiso para reproducir partes de este libro.

Si desea solicitar permiso para fotocopiar o reimprimir una parte de esta obra, por favor envíe una solicitud con la información completa a Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA; teléfono: 978-750-8400; fax: 978-750-4470; página web: [www.copyright.com](http://www.copyright.com).

Cualquier pregunta sobre derechos y licencias, incluyendo los derechos subsidiarios, deberá dirigirse a la Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2422; correo electrónico: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

Para la edición en español:

© Banco Mundial, Oficina de Lima, Perú  
Álvarez Calderón 185, piso 7, San Isidro  
Teléfono: 511-615-0660  
Primera edición: enero de 2006  
Tirada: 3.000 ejemplares  
ISBN 9972-2739-0-3

Diseño de carátula: Banco Mundial

Fotos de carátula: RECURSO

Cuidado de edición: Rosario Rey de Castro

Diagramación, impresión y encuadernación: Tarea Asociación Gráfica Educativa

Hecho el depósito legal 2006-0088 en la Biblioteca Nacional del Perú.

# CONTENIDO

<b>Prefacio</b>	17
<b>Agradecimientos</b>	21
<b>Sobre los autores y colaboradores</b>	27
<b>Glosario de acrónimos y siglas</b>	31
<b>Capítulo 1</b>	
<b>¿Cómo mejorar la educación, la salud y los programas antipobreza?</b>	
<i>Daniel Cotlear</i>	37
I.    Resumen e introducción	37
II.   Cobertura, resultados y equidad	41
III.  Gasto público en educación, salud y asistencia social	48
IV.  Docentes y trabajadores de salud: un equilibrio de bajo nivel	59
V.   El marco de la rendición de cuentas	66
VI.  Intentos de romper el equilibrio de bajo nivel	69
VII. La necesidad de contar con estándares de servicio	86
VIII. Conclusiones y recomendaciones	88
<b>Capítulo 2</b>	
<b>El gasto público en los sectores sociales</b>	
<i>José Roberto López-Cálix</i>	97
I.    Introducción	97
II.   Principales recomendaciones de política	99
III.  Principales diagnósticos	103
IV.  Examen de la bibliografía peruana basada en investigaciones	125
V.   Recomendaciones de política	130
<b>Capítulo 3</b>	
<b>El sector educación: estándares, rendición de cuentas y apoyo</b>	
<i>Luis Crouch</i>	135
I.    Principales recomendaciones de política	135
II.   El enfoque del triángulo de rendición de cuentas en la educación	138
III.  Temas y análisis	141
IV.  Existen buenos conjuntos de recomendaciones y de diagnósticos basados en investigaciones	171
V.   Recomendaciones con mayor profundidad	181

## **Capítulo 4**

### **Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú**

<i>Rony Lenz y Betty Alvarado P.</i>	189
I. Introducción	189
II. Resumen de las recomendaciones	190
III. Enfoque del triángulo de rendición de cuentas	193
IV. Principales hallazgos	196
V. Innovaciones y retos en la gestión y financiamiento de la salud	210
VI. Estudios de autores peruanos sobre el sistema de salud	241
VII. Recomendaciones	248

## **Capítulo 5**

### **La red de protección social**

<i>Cornelia Mihaela Tesliuc</i>	255
I. Introducción	255
II. Principales recomendaciones de política	256
III. El enfoque del triángulo de rendición de cuentas	259
IV. Puntos clave en el sector de la red de protección social	264
V. Examen de la bibliografía peruana basada en investigaciones	289
VI. Recomendaciones de política	289

## **Capítulo 6**

### **Los recursos humanos en la salud y la educación públicas del Perú**

<i>Richard Webb y Sofía Valencia</i>	301
I. Resumen	301
II. Conclusiones y recomendaciones	302
III. Antecedentes	310
IV. Equilibrio de bajo nivel	316
V. El sesgo antipobre	374

## **Capítulo 7**

### **La voz ciudadana en la rendición de cuentas de la política social**

<i>William Reuben y Leah Belsky</i>	385
I. Principales recomendaciones de política	385
II. Marco conceptual: el enfoque del triángulo de rendición de cuentas	389
III. Temas y análisis	394
IV. En el Perú existen ya muchos diagnósticos y recomendaciones	444
V. Recomendaciones específicas para mejorar la voz en los sectores sociales	448

<b>Bibliografía</b>	451
---------------------	-----



## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1.	Prioridad fiscal del gasto en educación, salud y asistencia social en América Latina	51
Cuadro 2.1.	Presupuesto de los programas sociales protegidos (Millones de nuevos soles)	116
Cuadro 2.2.	Incidencia absoluta del gasto de los programas alimentarios, 2003 (La transferencia promedio como porcentaje del gasto total recibido por cada grupo)	123
Cuadro 2.3.	Incidencia relativa del gasto en salud por quintil, 2003 (Las transferencias promedio como porcentaje del gasto total recibido por cada grupo)	124
Cuadro 2.4.	Filtraciones de los programas sociales, 2001 y 2003 (Porcentaje de beneficiarios que no son pobres en el programa)	124
Cuadro 2.5.	Resumen de las recomendaciones de política clave existentes en la bibliografía peruana con respecto a los temas relacionados con el contrato	126
Cuadro 2.6.	Principales resultados nacionales hallados en los estudios anteriores, relacionados con el contrato en el Perú	127
Cuadro 2.7.	Perú: tareas requeridas para fortalecer el contrato	131
Cuadro 3.1.	Los lineamientos curriculares oficiales y los de Fe y Alegría	153
Cuadro 3.2.	Tareas requeridas para implementar una Educación Intercultural Bilingüe adecuada en el Perú	163
Cuadro 3.3.	Resumen de las recomendaciones de política en la bibliografía peruana	173
Cuadro 3.4.	Factores asociados con mejores resultados del aprendizaje	176
Cuadro 4.1.	Comparaciones internacionales de gasto en salud, 2000	197
Cuadro 4.2.	Prevalencia de hospitalización por quintiles en el Perú, 2003 (Porcentajes)	199
Cuadro 4.3.	Causas de muerte en el Perú, 1996-2000	202
Cuadro 4.4.	Indicadores básicos de salud seleccionados del Perú y América Latina	204
Cuadro 4.5.	Mortalidad en niños por quintiles en el Perú, 1996 y 2000	207
Cuadro 4.6.	Indicadores de cobertura materna, 2004	210
Cuadro 4.7.	Ejecución presupuestaria del MINSA y el PAAG (Millones de soles constantes, base 2000)	214
Cuadro 4.8.	Ubicación de los establecimientos de salud de primer nivel según nivel de pobreza distrital y urbanidad, 2004 (porcentajes)	216

Cuadro 4.9.	Indicadores comparativos de productividad, consultas promedio por día de médicos, enfermeros y obstetrices, 2004	218
Cuadro 4.10.	Indicadores comparativos de desempeño utilizando el SIS según plan y atenciones a menores de 5 años	221
Cuadro 4.11.	Afiliados al SIS por departamento, 2003	228
Cuadro 4.12.	Estructura de la cobertura del SIS por planes según quintiles, 2003	230
Cuadro 4.13.	Variaciones de afiliaciones, atenciones y tasa de uso entre 2003 y 2004 en el SIS	232
Cuadro 4.14.	Principales hallazgos de las investigaciones peruanas	243
Cuadro 5.1.	Mecanismos de rendición de cuentas para los programas de la RPS en el Perú	262
Cuadro 5.2.	Gasto de protección social, 2003	265
Cuadro 5.3.	Circunstancias que agravan la pobreza y los principales indicadores de privación, por grupo de edad principal y quintil	269
Cuadro 5.4.	Resumen de las recomendaciones de política en la bibliografía peruana	290
Cuadro 5.5.	Resumen de evaluación del impacto en el Perú de los programas de la RPS	292
Cuadro 6.1.	Distribución geográfica de los docentes	313
Cuadro 6.2.	Distribución geográfica de los profesionales de la salud pública	314
Cuadro 6.3.	Índices de capacidad fiscal y cobertura de los servicios sociales	322
Cuadro 6.4.	Estimados de la predominancia de ocupaciones múltiples entre los docentes	336
Cuadro 6.5.	Salario de los docentes empleados por el gobierno como porcentaje del gasto total del hogar, según el grado de dependencia del salario oficial	337
Cuadro 6.6.	Salario de los profesionales de la salud empleados por el gobierno como porcentaje del gasto total del hogar, según el grado de dependencia del salario oficial	337
Cuadro 6.7.	Salario mensual neto promedio y gasto del hogar en nuevos soles	338
Cuadro 6.8.	El autofinanciamiento como porcentaje del ingreso total del MINSA	349
Cuadro 6.9.	La participación de los colegios particulares en la matrícula total	355
Cuadro 6.10.	Médicos con práctica privada como porcentaje del total	356
Cuadro 6.11.	Evolución del número de docentes con y sin grado en pedagogía	359
Cuadro 6.12.	Componentes del salario mensual de los médicos, 2004	363
Cuadro 6.13.	Suplementos salariales mensuales en el sector salud por región, 2004	
Cuadro 6.14.	Etapas y motivaciones de la carrera docente	370
Cuadro 6.15.	Etapas y motivaciones de la carrera médica	371
Cuadro 7.1.	Fuentes primarias y secundarias	

- Cuadro 7.2. Lugares del trabajo de campo
- Cuadro 7.3. Comparación de la estructura estatal en 1979, en el gobierno de Fujimori y en 2005
- Cuadro 7.4. Cuadro histórico de la participación en el gobierno y en la provisión de servicios
- Cuadro 7.5. Nuevos espacios participativos para la negociación y la elaboración del consenso, vinculados con los programas sociales
- Cuadro 7.6. Mecanismos clave de comunicación de la voz nacional en el sector salud
- Cuadro 7.7. Actividad de los CCL
- Cuadro 7.8. Incentivos para participar en los CCL
- Cuadro 7.9. Conformación de las Mesas por año, en cada ámbito administrativo
- Cuadro 7.10. Composición de los coordinadores de la Mesa, diciembre de 2003
- Cuadro 7.11. Funciones de la Mesa en los lugares escogidos del trabajo de campo
- Cuadro 7.12. Miembros de las organizaciones de la sociedad civil que participan en Mesas regionales y locales
- Cuadro 7.13. Duración del ciclo del Presupuesto Participativo
- Cuadro 7.14. El Presupuesto Participativo como porcentaje del presupuesto provincial y local
- Cuadro 7.15. Resumen de recomendaciones de política en la bibliografía peruana
- Cuadro 7.16. Recomendaciones para mejorar la naturaleza inclusiva y la efectividad de la voz

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Tasas brutas de matrícula en el Perú y América Latina, 1970-2004 (Porcentajes)	41
Gráfico 1.2.	Tendencias en una selección de intervenciones de salud en el Perú y América Latina, 1990-2004	44
Gráfico 1.3.	Mortalidad entre los menores de 5 años en el Perú y América Latina, 1970-2004 (Por cada 1.000 nacidos vivos)	45
Gráfico 1.4.	Desigualdad de la mortalidad infantil en ALC	46
Gráfico 1.5.	Tasas de desnutrición crónica en el Perú y América Latina, 1975-2002 (Porcentaje de niños menores de 5 años)	48
Gráfico 1.6.	Gasto público en educación, salud y asistencia social en ALC como porcentaje del PBI	49
Gráfico 1.7.	Gasto en educación pública, salud y asistencia social en el Perú, 1970-2004 (Como porcentaje del PBI)	52
Gráfico 1.8.	Coefficientes de concentración de los programas sociales, 2004 (Asignación individual)	56
Gráfico 1.9.	Coefficientes de concentración de los programas sociales, 2004 (Asignación geográfica e individual)	57
Gráfico 1.10.	Relaciones clave de poder: el triángulo de rendición de cuentas	
Gráfico 1.11.	Reformas parciales a la cadena de provisión de servicios	
Gráfico 2.1.	Evolución del salario real de los docentes estatales, 1990-2004 (En nuevos soles constantes de 2004)	107
Gráfico 2.2.	Asignación presupuestaria y espacio fiscal, 2002 y 2005 (En porcentaje del presupuesto)	108
Gráfico 2.3.	SNP: contribuciones recibidas y pensiones pagadas	111
Gráfico 2.4.	A pesar del ajuste fiscal y la menor inversión pública... el gasto social prioritario ha permanecido constante	113
Gráfico 2.5.	Matrícula neta en primaria y frontera de eficiencia	117
Gráfico 2.6.	Inmunización de DPT y frontera de eficiencia	118
Gráfico 2.7.	Incidencia absoluta del gasto público en la educación primaria	
Gráfico 2.8.	Incidencia absoluta del gasto público en la educación secundaria	
Gráfico 2.9.	Incidencia absoluta del gasto público en la educación superior	
Gráfico 3.1.	El triángulo de rendición de cuentas	139
Gráfico 3.2.	Resultados de PISA reales y predichos	142
Gráfico 3.3.	Variabilidad de los resultados y estatus socioeconómico	143
Gráfico 4.1.	El triángulo de rendición de cuentas aplicado al sector salud	
Gráfico 4.2.	Acceso a la atención de salud	

- Gráfico 4.3. Hospitalización en hospitales del MINSA por quintiles según residencia, 2003
- Gráfico 4.4. Mortalidad infantil en el Perú y América Latina, 1970-2004
- Gráfico 4.5. Mortalidad infantil por departamento en el Perú, 2000
- Gráfico 4.6. Evolución de la cobertura de las principales vacunas
- Gráfico 4.7. Gasto per cápita del SIS por pobreza departamental, 2003
- Gráfico 4.8. Afiliación a seguros según quintiles, 2003
- Gráfico 4.9. Recomendaciones para los procesos de rendición de cuentas en el sector salud del Perú
- Gráfico 5.1. Relaciones clave de poder en la provisión de programas de RPS
- Gráfico 5.2. Concentrar todo el gasto de la RPS en los extremadamente pobres podría reducir su brecha de pobreza en un máximo de 40 por ciento
- Gráfico 5.3. Luego de elevarse sustancialmente en la década de 1990, el gasto en la RPS cayó después de 1999
- Gráfico 5.4. El gasto del Perú en la RPS es bajo comparado con el regional
- Gráfico 5.5. En comparación con otros países de ALC, los programas de la RPS del Perú tienen una alta cobertura, pero no son generosos
- Gráfico 5.6. Salvo por el Vaso de Leche y el Desayuno Escolar, todos los demás programas de la RPS son pequeños (Proporción de la población que vive en hogares que reciben programas alimentarios)
- Gráfico 5.7. Únicamente el Vaso de Leche cubre una parte sustancial de su grupo objetivo
- Gráfico 5.8. Reducción simulada en extrema pobreza
- Gráfico 5.9. En comparación con otros programas alimentarios en ALC, los del Perú muestran un buen desempeño de la focalización
- Gráfico 5.10. En comparación con las transferencias de dinero, el desempeño de la focalización de los programas de asistencia alimentaria peruanos es moderado
- Gráfico 5.11. El impacto simulado de los programas de la RPS sobre la reducción de la pobreza es pequeño
- Gráfico 5.12. Distribución geográfica acumulativa del gasto social, ámbito distrital, 2004
- Gráfico 6.1. La matrícula escolar y el número de docentes
- Gráfico 6.2. Gasto público en educación por estudiante y remuneración promedio de los docentes
- Gráfico 6.3. Tendencias del gasto público total per cápita y la cobertura de los servicios sociales, por periodos (Crecimiento anual en porcentaje)
- Gráfico 6.4. Tendencias del salario real mensual de docentes, médicos y enfermeras (1970-2004) (En nuevos soles de diciembre de 2001)
- Gráfico 7.1. El triángulo de rendición de cuentas
- Gráfico 7.2. Regímenes políticos y soluciones de gobernabilidad
- Gráfico 7.3. Formación bruta de capital en educación y salud en el Perú, 1968-98 (Millones de nuevos soles 2004 = 100)
- Gráfico 7.4. Gasto social por programas (Millones de nuevos soles, 2004 = 100)

- Gráfico 7.5. Beneficiarios por programas sociales
- Gráfico 7.6. Indicadores de gobernabilidad del Instituto del Banco Mundial
- Gráfico 7.7. Composición de los CCR
- Gráfico 7.8. Representación de la sociedad civil en los CCL
- Gráfico 7.9. Participación urbana-rural en los CCL
- Gráfico 7.10. Participación por género en los CCL
- Gráfico 7.11. Diversidad de composición en las Mesas
- Gráfico 7.12. Participación de los hogares en la MCLCP, por quintil (2002-03)
- Gráfico 7.13. Composición de los talleres de elaboración del Presupuesto Participativo

## ÍNDICE DE RECUADROS

Recuadro 1.1. El equilibrio de bajo nivel en educación	63
Recuadro 4.1. Resumen del estado y tendencias de las enfermedades transmisibles	202
Recuadro 4.2. Ajustes tras el nombramiento de personal en los CLAS	225
Recuadro 4.3. La separación de funciones en salud incrementa la rendición de cuentas	237
Recuadro 5.1. Juntos: una transferencia condicional de dinero. Costo y posible impacto en la pobreza	279
Recuadro 5.2. Cómo el Perú logra tener una buena focalización	282





## PREFACIO

Hay en el Perú un creciente consenso acerca de que el país necesita incrementar sus esfuerzos para alcanzar una mayor equidad, y que una vigorosa política social debe formar parte de tales esfuerzos. El objetivo de este libro es presentar un análisis de los problemas a los que se debe hacer frente para mejorar la provisión de la educación, la salud y los programas antipobreza, y describir las principales opciones de política disponibles para atacar esos problemas. El libro se publica en los meses previos a las elecciones de 2006 para poner a disposición de la ciudadanía sus hallazgos y recomendaciones y contribuir al debate en torno a cómo diseñar una política social más equitativa.

Este volumen es el fruto de dos años de trabajo de muchas personas. En él se resumen los resultados y las conclusiones más importantes de un proyecto que examinó los problemas de la rendición de cuentas en la provisión de los servicios públicos. El proyecto, al que se le conoce como RECURSO por su acrónimo en español (Rendición de Cuentas para la Reforma Social), fue financiado por el Banco Mundial y el Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), y tuvo cuatro características.

En primer lugar, el proyecto reunió a personas con un conocimiento profundo de los problemas que la provisión de los servicios de educación, salud y asistencia social enfrenta en el Perú y otras que conocían cómo se manejaron cuestiones similares en otros países. La identificación de los problemas y sus posibles soluciones en cada sector tuvo como base un análisis técnico de los datos disponibles, y un examen detallado de la bibliografía producida por analistas peruanos. Los equipos que elaboraron los análisis resumidos en cada capítulo incluyeron a profesionales y expertos peruanos e internacionales.

En segundo lugar, el proyecto intentó ir más allá de un análisis puramente técnico, económico y estadístico de cada sector. Además de ello, cada capítulo del libro incorpora un estudio del contexto institucional de la provisión de servicios. En algunos casos también se incluyeron ciertos elementos del análisis antropológico. Un tema común que atraviesa los sectores es el intento de examinar los problemas de la rendición de cuentas en cada uno de ellos empleando un marco de referencia común. Este marco, descrito en el capítulo 1, fue desarrollado originalmente por el Banco Mundial en su *Informe de Desarrollo Mundial 2004*, y se aplicó por vez primera a América Latina en *Citizens*,

*Politicians, and Providers* (Fiszbein 2005). El libro que presentamos constituye el primer intento de aplicar tal enfoque en un país específico, y es probable que el Banco lo repita en otros países.

En tercer lugar, se hizo un esfuerzo significativo por trascender el análisis típico que consiste en examinar cada sector por separado. En lugar de ello se utilizó un enfoque comparativo que buscaba extraer lecciones mediante la observación de patrones históricos similares en varios sectores, así como otras similitudes y contrastes entre ellos. Específicamente, se intentó revisar de modo sistemático, en cada sector, las tendencias y la distribución del gasto público, el impacto de la participación social en la provisión de servicios, y el marco de incentivos para el manejo de los recursos humanos.

Por último, el proyecto hizo un esfuerzo por desarrollar el análisis y las recomendaciones de un modo participativo que incorporase la perspectiva de tantos interesados como fuese posible. En la etapa de planificación del proyecto se consultó a formuladores de política, académicos, dirigentes de la sociedad civil y proveedores de servicios, y se hizo lo propio cuando se contaba ya con los primeros resultados. El libro no busca dar la «respuesta definitiva» o la «receta internacional» para los diversos problemas que identifica; se intenta, más bien, apoyar el debate nacional desde el que podría surgir una «solución peruana» propia de los actores del país.

El proyecto fue implementado por un equipo dividido en seis grupos, cada uno de ellos especializado en un sector o tema: educación, salud, asistencia social, gasto público en los sectores sociales, participación social en la provisión de los sectores sociales, y el marco de incentivos para docentes y médicos. Cada uno de estos grupos incluía a un miembro del personal del Banco Mundial (quien estuvo además a cargo de la redacción del informe final) y consultores peruanos. Y cada equipo desarrolló su plan de trabajo en consulta con las autoridades y el personal técnico de los ministerios relevantes, y con organizaciones de la sociedad civil de cada uno de los sectores. Los ministerios que participaron fueron el de Economía y Finanzas, el de Educación, el de Salud y el de la Mujer y Desarrollo Social, así como la Oficina del Primer Ministro.

Todo el equipo del proyecto es mencionado en la sección de agradecimientos. Su núcleo, que se encargó de resumir los resultados, manejar el proceso y redactar los capítulos del libro, fue liderado por Daniel Cotlear e incluye a Betty Alvarado P., Leah Belsky, Livia Benavides, Luis Crouch, Pablo Lavado P., Rony Lenz, José R. López-Cálix, William Reuben, Cornelia Mihaela Tesliuc, Sofía Valencia y Richard Webb.

El primer capítulo del libro presenta una visión general de los resultados, el marco conceptual y las principales opciones de política identificadas por el proyecto. La conclusión más importante del libro es que si bien el Perú ha logrado

avances considerables en educación y en salud, aún quedan desafíos significativos para la consecución de una mayor equidad y una mejor calidad del servicio, en especial para los pobres. El libro encuentra que el Perú ha alcanzado altos grados de cobertura en todos los niveles de educación, así como en ciertos programas del cuidado básico de la salud y de asistencia social. Aunque la cobertura es alta, la calidad promedio de la mayoría de esos programas es baja, y los resultados en salud y educación son extremadamente desiguales. El meollo del problema radica en que el Perú ha caído en una trampa o en un «equilibrio de bajo nivel» en lo que atañe a la provisión de los servicios de educación y salud. Es una trampa porque los resultados son malos, pero ninguno de los actores del sistema cuenta con incentivo alguno para cambiar su comportamiento, de modo tal que aquellos no mejoran.

Para mejorar los resultados se requieren tres tipos de intervenciones: (a) establecer estándares de calidad y metas cuantitativas, y hacer un esfuerzo permanente por monitorear el avance hacia esas metas; (b) crear canales de rendición de cuentas, de manera que los proveedores pasen a ser responsables de alcanzar las metas que les han sido fijadas; y, (c) realizar inversiones que permitan cumplir con las metas. Con el fin de iniciar este proceso se necesitará, primero, escapar de la trampa o equilibrio de bajo nivel, lo que requiere medidas que hagan que los usuarios tomen conciencia de la mala calidad de los servicios y que cuiden su derecho a recibir otros mejores. Estas intervenciones son complejas y ambiciosas, y no será fácil implementarlas ni en el Perú ni en ningún otro país. Pero la hora ha llegado. Y el Banco Mundial, con sus cuarenta años de experiencia acumulada respaldando el desarrollo peruano, se encuentra dispuesto a seguir contribuyendo a este proceso.

MARCELO M. GIUGALE

Director

Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela  
Región de América Latina y el Caribe  
Banco Mundial

EVANGELINE JAVIER

Directora de Desarrollo Humano

Departamento de Desarrollo Humano  
Región de América Latina y el Caribe  
Banco Mundial



## AGRADECIMIENTOS

El equipo central del proyecto RECURSO, que analizó los problemas de la rendición de cuentas en la provisión de servicios públicos en el Perú, estuvo liderado por Daniel Cotlear, quien asimismo fue el editor del libro, e incluyó a los autores de los distintos capítulos de este volumen, así como un equipo de implementación. Los autores son Betty Alvarado P., Leah Belsky, Daniel Cotlear, Luis Crouch, Pablo Lavado P., Rony Lenz, José R. López-Cálix, William Reuben, Cornelia Mihaela Tesliuc, Sofía Valencia y Richard Webb. El equipo de implementación fue dirigido por Livia Benavides e incluyó a Betty Alvarado P., Patricia Bernedo, Pablo Lavado P. y Luisa Yesquén. Diane Stamm estuvo al cuidado de la edición en inglés del libro y Rosario Rey de Castro de la edición en español. El capítulo 4 fue traducido al inglés por Kathleen Gallagher, y Javier Flores Espinoza tradujo los demás capítulos al español.

El proyecto fue cofinanciado por el Banco Mundial y el Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID). En DFID desearíamos agradecer a Marfil Francke, Mark Lewis, Marianela Montes de Oca, Jennie Richmond y Víctor Zamora. En el Banco Mundial, el proyecto se benefició de la guía estratégica de Marcelo M. Giugale, Director para Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela; de Evangeline Javier, Directora de Desarrollo Humano para la Región de América Latina y el Caribe; y de la guía técnica de Jorge Luis Archimbaud, Cristian Baeza, Ariel Fiszbein, Vicente Fretes-Cibils, John Newman, Rossana Polastri, Helena Ribe, Jaime Saavedra y Eduardo Vélez.

Además, contó con el apoyo de muchas autoridades gubernamentales, que facilitaron el acceso a información y promovieron un intercambio abierto de ideas con los equipos técnicos. Los ministros que tuvieron una participación directa en el proyecto fueron Pilar Mazzetti Soller, Ministra de Salud; Ana María Romero Lozada, Ministra de la Mujer y Desarrollo Social; Javier Sota Nadal, Ministro de Educación; y Fernando Zavala, Ministro de Economía y Finanzas. Beatriz Merino apoyó la fase de diseño del proyecto durante el periodo en que fue Premier y luego, al convertirse en Defensora del Pueblo, animó al equipo a que presentara sus resultados como una herramienta potencial para promover el derecho de los pobres a servicios públicos de calidad.

Los autores también agradecen a las autoridades y funcionarios del Gobierno Regional de Lambayeque, la Municipalidad Metropolitana de Lima y el Concejo Provincial del Callao, que compartieron sus preocupaciones acerca de los sectores sociales (salud, educación y asistencia social); así como a los funcionarios y consultores de la cooperación internacional en el Perú, que apoyaron los resultados y las propuestas de política, en especial el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPF), KfW, la Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El capítulo 1 presenta una visión general del libro y resume las principales conclusiones del proyecto, así como las de todo el trabajo del equipo de RECURSO. Fue redactado por Daniel Cotlear con el apoyo de Pablo Lavado P. Para este capítulo los lectores (especialistas a quienes se les encarga que examinen y evalúen un texto analítico) fueron Barbara Bruns, Yasuhiko Matsuda y Halsey Rogers. Asimismo, se recibieron comentarios de los especialistas externos Lorena Alcázar, Pedro Francke y Juan Fernando Vega.

El capítulo 2, sobre el gasto público en los sectores sociales, fue escrito por José R. López-Cáliz con los aportes de Lorena Alcázar (problemas de empleo y planilla públicos), Miguel Jaramillo (pensiones), Juvenal Díaz y Pablo Lavado P. (análisis de incidencia) y Jorge Shepherd (tendencias y pensiones fiscales). Pablo Lavado P. también proporcionó una asistencia eficiente y oportuna en la investigación. Kathy Lindert y Eduardo Vélez fueron los lectores que comentaron el estudio principal; asimismo, se recibieron valiosos comentarios de todos los integrantes del equipo de RECURSO, y de Vicente Fretes-Cibils, Ariel Fiszbein, Marcelo M. Giugale, Evangeline Javier, Kathrin Plangemann, Helena Ribe y Rafael Rofman. Michael Geller proporcionó un excelente apoyo de producción. Este capítulo se benefició también de la colaboración y los comentarios de funcionarios peruanos, en especial Fernando Zavala (actual Ministro de Economía y Finanzas), Bruno Barletti, Luis Carranza, Hillman Farfán, Linette Lecussan, Julio Mejía, Cristina Mendoza, Waldo Mendoza, Augusto Portocarrero, Carlos Ricse, María del Carmen Rivera, Juan Pablo Silva, Nelson Shack, Milton von Hesse y Edgard Zamalloa.

El capítulo 3, relativo a la educación, fue redactado por Luis Crouch de RTI International, quien contó con el apoyo de Lorena Alcázar y Néstor Valdivia, del Grupo de Análisis para el Desarrollo - GRADE (el caso Fe y Alegría y escuelas eficaces, problemas de deserción), Flavio Figallo (análisis de la voz),

Marcela Echegaray, Ingrid Guzmán, William Hidalgo, Consuelo Pasco y Jessyca Sampe de Tarea (estándares de lectura y Educación Intercultural Bilingüe). Helen Abadzi, del Banco Mundial, hizo comentarios útiles y proporcionó bibliografía sobre los estándares de lectura. En el Banco Mundial, los lectores Barbara Bruns, Ernesto Cuadra, Robert Prouty y Kin Bing Wu ofrecieron valiosas percepciones y comentarios. Lo mismo hizo Barbara Hunt, una lectora externa. Vaya nuestro agradecimiento a los colegas y contrapartes peruanos que participaron en diversas sesiones de discusión. El Ministro de Educación, Javier Sota Nadal, y sus Viceministros, Idel Vexler y Helenn Chávez, así como el equipo de asesores, recibieron cálidamente y colaboraron con el proceso de RECURSO. Giuliana Espinosa, Luis Paz, Enrique Prochazka y Patricia Valdivia hicieron comentarios y facilitaron el acceso a la información. Los comentaristas e interlocutores de la sociedad civil incluyen a Sigfredo Chiroque, Santiago Cueto, Jesús Herrero, Manuel Iguñiz, Nicolás Lynch, Ricardo Morales, Jorge Oroza, Gróver Pango, José Rivero, José Rodríguez y Juan Fernando Vega. Antonieta de Harwood, Directora del proyecto ApreNDES, de USAID, facilitó una visita a centros educativos en San Martín. Baltazar Lantarón Núñez, Director Regional de Educación en Abancay, facilitó las visitas y el análisis de las escuelas de Apurímac. Estamos agradecidos a Patricia Salas y Martín Vegas por darnos la oportunidad de realizar intercambios con el Consejo Nacional de Educación y el Proyecto Educativo Nacional.

El capítulo 4, que explora el diagnóstico y las políticas del sector salud, fue redactado por Rony Lenz y Betty Alvarado Pérez, con aportes de Óscar Arteaga, Pablo Lavado P. y Francisco Volante. El capítulo incluye los resultados de un estudio del Banco Mundial realizado por April Harding y Betty Alvarado Pérez (Comités Locales de Administración de Salud, CLAS). Los lectores y otros colegas del Banco Mundial hicieron comentarios valiosos, entre ellos Cristian Baeza, Livia Benavides, Rafael Cortez, José Pablo Gómez-Meza, Yasuhiko Matsuda y John Newman. El consultor externo Pedro Francke enriqueció el diálogo. Vaya un agradecimiento especial a las autoridades del Ministerio de Salud (MINSa), en especial a la doctora Pilar Mazzetti Soller, su equipo de asesores y otros profesionales del MINSa. El Seguro Integral de Salud (SIS), dirigido por el doctor Moisés Acuña, facilitó el estudio con información valiosa. Un reconocimiento especial a las Direcciones de Salud (DISA) y los establecimientos CLAS (en Cusco y Lima), así como al Consejo Nacional de Salud. El Banco agradece a las organizaciones que colaboraron con el estudio, entre ellas el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Futuras Generaciones,

Foro Salud, PHR Plus, y a todos los especialistas que aceptaron las entrevistas y asistieron a los talleres, enriqueciendo las discusiones: Laura Altobelli, Carlos Bardález, Midori de Habich, Danilo Fernández, Ana Guémez, Alfredo Guzmán, Augusto Meloni, Margarita Petrerá, Augusto Portocarrero, María Inés Sánchez-Griñán y Óscar Ugarte.

El capítulo 5, sobre la red de seguridad social, fue escrito por Cornelia Mihaela Tesliuc con aportes de Lorena Alcázar y Rodrigo Lovatón (descentralización de la infraestructura social básica y programas de comedores populares), Pedro Francke (descentralización de programas sociales), Juvenal Díaz (incidencia de beneficios), Anja Linder (revisión de los programas de protección social) y Propuesta Ciudadana (que implementó una encuesta cualitativa del empoderamiento, la participación y la provisión de servicios en dieciocho municipios de San Martín, Cusco y Piura). Pablo Lavado P. brindó una asistencia valiosa en la investigación y el análisis. Los lectores fueron Margaret Grosh, Edmundo Murrugarra y Laura Rawlings. En el Banco, se recibieron comentarios de Kathy Lindert, John Newman, Carolina Sánchez Páramo, Helena Ribe y David Warren. El capítulo también se benefició de la colaboración y los comentarios de funcionarios peruanos, la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social, Ana María Romero, el Viceministro Mario Ríos y su equipo de especialistas. También se recibieron importantes comentarios de Roxana García Bedoya, Cecilia Blondet, Juan Chacaltana, Martín Tanaka y Martín Valdivia.

El capítulo 6, que trata de los recursos humanos, fue redactado por Richard Webb y Sofía Valencia. Rafael Basurto, Elizabeth Linos, Verónica Minaya y Rocío Trinidad llevaron a cabo las entrevistas y entregaron informes escritos. Agradecemos a los numerosos docentes, profesionales de la salud, funcionarios de los ministerios de Educación y Salud y otras autoridades gubernamentales que compartieron información e ideas durante las largas horas de entrevistas. April Harding, del Banco Mundial, y Luis Crouch, nos guiaron en la bibliografía y las experiencias de otros países en salud y educación respectivamente, y proporcionaron valiosas percepciones de los sistemas de salud y educación. En el Banco Mundial, los lectores Gilles Dussault, Christoph Kurowski y Halsey Rogers ofrecieron importantes comentarios y referencias. Como lectora externa, Barbara Hunt contribuyó como guía y con sugerencias. Patricia Ames, Bruno Barletti, Manuel Bello, Sigfredo Chiroque, Dante Córdova, Santiago Cueto, Hugo Díaz, Giovanni Escalante, Jorge Ferradas, Midori de Habich, el Padre Jesús Herrero, Miguel Jaramillo, Carmen Montero, Ulises Núñez, Luis Paz, Margarita Petrerá, Pierina Pollarollo, Eliana de Sánchez Moreno, Pablo



Sandoval, David Tejada, Cecilia Thorne y Juan Fernando Vega compartieron con nosotros sus conocimientos y experiencias especializadas. Apreciamos profundamente las oportunidades de realizar intercambios con el Consejo Nacional de Educación, el Colegio Médico del Perú, el Colegio de Enfermeras y el Sindicato de Enfermeras del Ministerio de Salud.

El capítulo 7, acerca de la voz en la rendición de cuentas de los sectores sociales, fue escrito por William Reuben y Leah Belsky, con el aporte de Anika Silva-Leander (el entorno facilitador de la voz y el marco metodológico), y con los siguientes autores de los artículos de base: Levy del Águila (voz nacional), Javier Azpur (marco legal), Eduardo Ballón (marco histórico y voz regional) y Carlos Monge (síntesis global). Eliza Wiener preparó el informe del equipo de trabajo de campo del Grupo Propuesta Ciudadana, dirigido por Carlos Monge. José Pablo Gómez, del Banco Mundial (LCSHH), presentó un breve informe sobre los mecanismos de voz en el sector salud, y el consultor Flavio Figallo en el sector educación. Pablo Lavado P., del Banco Mundial, brindó una valiosa asistencia que consistió en el análisis de los datos secundarios, y Elizabeth Dasso sugirió bibliografía relevante y fuentes de información. Daniel Cotlear, Jefe de Equipo del proyecto RECURSO, proporcionó consejos y percepciones cruciales, y lo propio hicieron los demás integrantes del equipo de RECURSO. Ariel Fiszbein presidió las reuniones de revisión y dio útiles consejos, al igual que Katherine Bain, Reiner Forster, Yasuhiko Matsuda y Roby Senderowitsch como lectores. John Newman, Representante de la Oficina del Banco Mundial en Lima, y otros integrantes del equipo del Banco, también brindaron valiosos consejos y comentarios. Federico Arnillas, de la Asociación Nacional de Centros; Carmen Lora y Maruja Boggio, de la Mesa Nacional de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza; Elias Szczytnicki, de la Conferencia Mundial de Religiones por la Paz; y Juan Carlos Cortés, de Ciudadanos al Día, ofrecieron respuestas importantes en diversas etapas del estudio.

El esfuerzo colectivo de este talentoso equipo se plasmó en lo que, esperamos, será una singular contribución para mejorar la provisión de servicios públicos a los pobres en el Perú.



## SOBRE LOS AUTORES Y COLABORADORES

**Daniel Cotlear** (editor) es el jefe del equipo del Proyecto de Rendición de Cuentas para la Reforma Social del Perú (RECURSO), cuyos resultados se publican en este libro. Es economista de profesión (Ph.D., Universidad de Oxford, 1986; M.Phil., universidades de Oxford y Cambridge; bachiller por la Pontificia Universidad Católica del Perú). Hoy ocupa el cargo de Gerente Sectorial en el Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial, que cubre los países andinos, y como tal está a cargo de la coordinación de todas las actividades en educación, salud y protección social en Bolivia, el Ecuador, el Perú y Venezuela. Antes fue economista de la salud *senior* del Banco Mundial y gerente de proyectos de salud en diversos países sudamericanos. También ha laborado en el Departamento de América Central y en el Departamento de África del Sur y Oriental como especialista en macroeconomía y economía agrícola respectivamente. Asesor del Ministerio de Agricultura del Perú antes de unirse al Banco y autor de un libro sobre la reducción de la pobreza en la sierra peruana.

**Betty Alvarado P.** es titulada en Economía por la Universidad de Lima. Como becaria Fulbright obtuvo su MPA y su MPhil. (Ph.D. [abd]) por la New York University, NYU. Ha sido consultora de entidades nacionales y agencias internacionales, como el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo. Es profesora e investigadora a tiempo parcial de la Universidad del Pacífico, en Lima. Sus áreas de interés son el desarrollo social y urbano, las finanzas municipales y la descentralización fiscal.

**Leah Belsky** es una profesional *junior* asociada del Banco Mundial. Antes de unirse al Banco fue *Fellow* del Departamento de Bioética Clínica del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos. Es graduada de Brown University en Ciencias Políticas y Biología Humana, y ha realizado investigaciones en el África, el Asia Oriental y en América Latina en gobernabilidad y bioética.

**Livia Benavides** es una especialista *senior* para los sectores sociales (salud, educación y asistencia social) del Banco Mundial. Cuenta con un B.Sc. del Trinity College, un M.Sc. del MIT y un Diploma de Posgrado en Economía de la Universidad de Londres. Trabaja fundamentalmente en el Perú, donde participa en la preparación y supervisión de proyectos en los sectores salud, educación y protección social. Antes de ingresar al Banco laboró en la Organización Panamericana de la Salud – Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, como especialista en salud ambiental y como consultora independiente de diversas organizaciones internacionales. Sus áreas de interés incluyen el monitoreo y la evaluación de políticas y programas de los sectores sociales.

**Luis Crouch** es economista *senior* (Ph.D., Berkeley, 1981) y actual Vicepresidente de Investigaciones de RTI International en Carolina del Norte, Estados Unidos. Sus áreas de interés incluyen las finanzas, indicadores, estadísticas y la planificación de la educación, en particular en países en vías de descentralización. Ha trabajado en casi todas las áreas del mundo, pero más recientemente se ha especializado en el África del Sur, Indonesia y el Perú.

**Pablo Lavado P.** es economista (BA, Universidad del Pacífico, 2003) y profesional *junior* asociado del Banco Mundial. Antes de unirse al Banco fue asistente de investigación en el Área de Política Social y Desarrollo Humano del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Actualmente es asistente de cátedra en el Departamento de Economía de esa universidad. Su área de interés es el análisis estadístico en educación, salud y pobreza.

**Rony Lenz** es economista (Universidad Católica de Chile, 1984) y magíster en Economía (Universidad de Georgetown 1992). Enseña Finanzas de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, y es consultor privado en finanzas de la salud. Sus áreas de interés incluyen la economía y el financiamiento de la salud, y el manejo de las instituciones de salud. Ha sido Jefe de Presupuesto y Planificación en el Ministerio de Salud de Chile, Director del Fondo Nacional de Salud, y ha trabajado en la mayoría de los países latinoamericanos como consultor del Banco Mundial.

**José R. López-Cáliz** es economista principal del Banco Mundial (Ph.D., Universidad Católica de Lovaina, 1994) y actualmente está a cargo de Marruecos

y Argelia en la región del Oriente Medio y el África del Norte. Sus áreas de interés incluyen las finanzas públicas, encuestas de seguimiento del gasto público, crecimiento, comercio exterior, empleo y políticas de tipo de cambio. Ha trabajado en la mayoría de los países latinoamericanos, sobre todo en América Central y en los países andinos. Antes de unirse al Banco fue Jefe de Asesores del Ministerio de Planificación de El Salvador durante el gobierno de Cristiani, que concluyó el Acuerdo de Paz.

**William Reuben** es científico social (M.A. y doctor por el Instituto de Estudios Sociales, Países Bajos), y actualmente especialista *senior* de desarrollo social en la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial. Ha fundado importantes redes de la sociedad civil en América Latina, como la Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción y el Fondo Latinoamericano de Desarrollo. Enseñó Antropología Económica y del Desarrollo en la Universidad de Costa Rica. Sus áreas de competencia incluyen el desarrollo rural, la participación y la gobernabilidad ciudadana, y el análisis social.

**Cornelia Mihaela Tesliuc** es especialista en protección social en la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial. Antes de unirse al Banco fue asesora económica del Ministerio de Trabajo y Protección Social de Rumania, donde contribuyó a la reforma de la asignación universal infantil y el programa de ingreso mínimo garantizado. Sus áreas de interés incluyen el examen del gasto público, evaluaciones de la pobreza, los jóvenes en riesgo y la red de seguridad social.

**Sofía Valencia** es economista. Bachiller por la Pontificia Universidad Católica del Perú, magíster en Administración Pública y Ph.D. (abd) en Políticas Públicas por la Universidad de Maryland. Actualmente es consultora privada y sus áreas de competencia incluyen el desarrollo organizacional, la gestión de los recursos humanos y la reforma del sector público. Ha trabajado en la región de América Latina, en particular en Chile, el Ecuador y el Perú. Ha ocupado puestos directivos en el sector público peruano y trabajado como consultora del Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

**Richard Webb** es economista *senior* (Ph.D., Harvard, 1974) y actualmente es el Director del Centro de Investigación Económica de la Universidad de San Martín de Porres, en el Perú. Sus áreas de interés incluyen la economía

monetaria, las finanzas internacionales, la pobreza y el empleo en países pobres. Fue Presidente del Banco Central de Reserva del Perú y profesor visitante de la Universidad de Princeton, economista del Banco Mundial y *Fellow* de la Brookings Institution.

## GLOSARIO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AETA	Asignación Extraordinaria por Trabajo Asistencial
AFP	Administradora de Fondos de Pensiones
ALC	América Latina y el Caribe
APAFA	Asociación de Padres de Familia
APRA	Alianza Popular Revolucionaria Americana
BCG	Vacuna contra la tuberculosis
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAFAE	Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo
CCL	Consejo de Coordinación Local
CCR	Consejo de Coordinación Regional
CENAPAFA	Central Nacional de Asociaciones de Padres de Familia
CIES	Consortio de Investigación Económica y Social
CLAS	Comité Local de Administración de Salud; también Comunidad Local de Administración de Salud
CMP	Colegio Médico del Perú
CND	Consejo Nacional de Descentralización
CNE	Consejo Nacional de Educación
CNS	Consejo Nacional de Salud
CONEI	Consejo Educativo Institucional
CONSUCODE	Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado
CV	Cédula viva
DFID	Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (Department for International Development)
DHS	Demographic and Health Survey
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección Regional de Salud
DNPP	Dirección Nacional de Presupuesto Público
DPT	Vacuna triple de difteria, polio y tétano
DRE	Dirección Regional de Educación

EAC	Europa y el Asia Central
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EIB	Educación Intercultural Bilingüe
ELITES	Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENNV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
EPS	Empresa Prestadora de Salud
EsSalud	Seguro Social del Perú
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FF. AA.	Fuerzas Armadas
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social
FS	Foro Nacional de Salud
FyA	Fe y Alegría
GP	Grado pedagógico
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo
GTZ	Agencia Alemana de Cooperación Técnica
GUE	Gran Unidad Escolar
HIS	Health Information System
IDM	Informe de Desarrollo Mundial
IDREH	Instituto de Recursos Humanos (MINSa)
IEP	Instituto de Estudios Peruanos
INABIF	Instituto Nacional de Bienestar Familiar
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INIDE	Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo de la Educación
INP	Instituto Nacional de Planificación
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infección respiratoria aguda
ISP	Instituto Superior Pedagógico
LLECE	Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad Educativa
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MECEP	Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Peruana



MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINEDU	Ministerio de Educación
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINAG	Ministerio de Agricultura
MINSA	Ministerio de Salud
MINTRA	Ministerio de Trabajo
M&E	Monitoreo y evaluación
MRTA	Movimiento Revolucionario Túpac Amaru
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEI	Oficina de Estadística e Informática (MINSA)
OGE	Oficina General de Epidemiología
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSB	Organizaciones sociales de base
PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
PAC	Programa de Administración Compartida
PACFO	Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo
PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo
PARSALUD	Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PCVES	Estudio Cualitativo sobre Empoderamiento, Voz y Provisión de Servicios
PISA	Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (Program for International Student Assessment )
PLANCAD	Plan Nacional de Capacitación Docente
PNB	Producto Nacional Bruto
PP	Presupuesto Participativo
PREAL	Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe

PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, actual MINDES
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
PRONAMACHCS	Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos
PSBT	Programa de Salud Básica para Todos
PSP	Programas Sociales Prioritarios
RDR	Recursos directamente recaudados
RECURSO	Rendición de Cuentas para la Reforma Social de Perú
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RESAL	Red Europea de Seguridad Alimentaria
RPS	Red de Protección Social
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SEPS	Superintendencia de las Empresas Prestadoras de Salud
SERUM	Servicio Rural y Urbano Marginal
SECIGRA	Servicio Civil de Graduandos
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIAF GL	Sistema Integrado de Administración Financiera de Gobiernos Locales
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIME	Sistema de monitoreo y evaluación
SIB	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SINAMOS	Sistema Nacional de Movilización Social
SIS	Seguro Integral de Salud
SIS-MI	Seguro Integral de Salud Materno-Infantil
SMI	Seguro Materno Infantil
SNED	Sistema Nacional de Evaluación de Docentes de Chile
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SNP	Servicios no personales
SNP	Sistema Nacional de Pensiones
SPP	Sistema Privado de Pensiones
SUTEP	Sindicato Único de Trabajadores en la Educación del Perú
TBC	Tuberculosis
TMM	Tasa de mortalidad materna
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local

UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNPF	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VDL	Programa del Vaso de Leche



# CAPÍTULO 1

## ¿CÓMO MEJORAR LA EDUCACIÓN, LA SALUD Y LOS PROGRAMAS ANTIPOBREZA?

*Daniel Cotlear*

### **I. Resumen e introducción**

Este libro identifica los logros y los desafíos de la política social en el Perú y propone un nuevo contrato social que permita mejorar la calidad de los servicios. Su objetivo es proveer al próximo gobierno un diagnóstico de los principales problemas que es necesario resolver para mejorar los servicios de educación y salud y los programas antipobreza (o de asistencia social), y recomendaciones para enfrentar estos problemas. El diagnóstico evalúa los logros en cobertura, calidad y equidad utilizando comparaciones internacionales, y describe la evolución y distribución del gasto público y de las instituciones proveedoras de servicios. El libro analiza también los alcances y limitaciones de las reformas sociales implementadas en el Perú en décadas recientes. El análisis de cada sector combina información cuantitativa de encuestas y de fuentes administrativas con información cualitativa proveniente de cientos de entrevistas realizadas a padres, madres, niños, profesores, enfermeras, médicos, autoridades municipales, regionales y sectoriales en distintas regiones del país. Antes de la publicación del libro, las recomendaciones fueron discutidas con autoridades sectoriales y regionales, grupos políticos, especialistas académicos y técnicos y con organizaciones de la sociedad. Este primer capítulo sintetiza los hallazgos y las recomendaciones del libro.

La conclusión principal es que el Perú necesita un cambio de cultura que sacuda los servicios sociales y los saque del equilibrio de bajo nivel en que se encuentran. Esta nueva cultura se reflejaría en una sociedad en la que todos los participantes en los servicios sociales exijan más los unos de los otros. Para propiciar tal cambio de cultura es necesario descorrer el velo que impide a la sociedad reconocer la baja calidad y la desigualdad en los resultados de muchos de los servicios. Y descorrer ese velo demanda establecer estándares de servicio transparentes y un sistema de medición de la calidad. Todo padre

necesita saber si sus hijos están leyendo bien para su edad, y si el programa nutricional en el que se encuentran inscritos está mejorando sus posibilidades de tener éxito en la vida. Y las madres requieren saber si tienen derecho a un seguro de salud que financie sus gastos de parto, y si el hospital de su localidad atiende partos de manera segura.

Hay muchos logros importantes en educación y salud y en algunos de los programas antipobreza. La lecto-escritura básica ha mejorado, y encuestas recientes sugieren que las tasas de mortalidad infantil se están reduciendo rápidamente. Sin embargo, en muchas áreas importantes la calidad de los servicios no es suficientemente buena. A menos que la calidad de la educación mejore, el Perú no podrá competir en una economía cada vez más globalizada, y los jóvenes que lleguen al mercado laboral verán frustradas sus expectativas en lugar de sentirse recompensados por su esfuerzo. A menos que la calidad de los servicios de salud mejore, es improbable que los indicadores de salud puedan seguir haciendo lo propio, porque la siguiente etapa en la evolución de la salud requerirá no solo intervenciones básicas de salud pública, como las vacunaciones o el control de la malaria, sino también mejores servicios clínicos y diagnósticos. La evidencia disponible sugiere que los programas antipobreza no están reduciendo la desnutrición, que es una de las medidas más transparentes de la pobreza en el Perú. La calidad de los servicios es desigual y es particularmente mala en las escuelas y centros de salud que dan servicio a los pobres. Los resultados —en aprendizaje y en mortalidad infantil— son muy desiguales, más que en otros países latinoamericanos. Sin embargo, es importante destacar que así como hay problemas, hay también aspectos positivos: buenas escuelas en áreas pobres, programas de nutrición bien dirigidos y efectivas intervenciones en salud. Estos éxitos dan bases para ser optimistas, y el libro describe algunas de estas historias de éxito.

Si bien es cierto que el Perú gasta poco en los sectores sociales, esta no es la causa principal de la baja calidad de los servicios, y es improbable que añadirle dinero al sistema sin primero mejorar su funcionamiento produzca mejores resultados. La raíz del problema está en las relaciones que se han establecido al interior de las «corporaciones de proveedores»: los proveedores directos (profesores, enfermeras, médicos), sus supervisores locales, las autoridades regionales o municipales y los administradores de alto rango en los respectivos ministerios se encuentran maniatados. El nudo que los ata se basa en una combinación de reglas complejas presentes en la legislación, la normatividad administrativa y los acuerdos con los sindicatos; de prácticas que a menudo

violan las reglas formales; y, lo que es crucial, de bajas expectativas de unos con respecto al desempeño de los demás. Deshacer el nudo que ata a los miembros de la corporación a un comportamiento que colectivamente genera resultados de baja calidad requerirá no solo cambiar la legislación específica que rige a docentes y médicos, y encontrar un nuevo equilibrio con los sindicatos; estos son desafíos enormes por derecho propio. Además, exigirá redefinir el papel de los administradores locales, regionales y nacionales.

Aunque el nudo de reglas, acuerdos y bajas expectativas que sujeta a las corporaciones a un equilibrio de bajo nivel no se ha desatado, en décadas recientes sí ha habido algunas reformas exitosas que han contribuido a mejorar los servicios y que explican algunos de los logros ya señalados en los indicadores sociales. Para analizar estas reformas, el libro emplea un marco conceptual que expande el análisis de la rendición de cuentas en los servicios más allá de la corporación, incorporando explícitamente el rol de los ciudadanos/usuarios y el rol del Estado como regulador. Las reformas implementadas en el Perú han buscado evadir algunos de los defectos del sistema de rendición de cuentas en vez de intentar corregirlos. Algunas de estas reformas han tenido éxito, aunque mayormente en un ámbito limitado y por periodos de tiempo cortos. Una recomendación importante que se desprende de este libro es que dichas reformas deben ser apoyadas y expandidas, y que se deben resistir los intentos de las corporaciones para revertirlas. Expandir y sostener estas valiosas reformas sería más fácil si el éxito en introducir mejoras en la calidad del servicio pudiera ser medido y si esas medidas pudieran ser difundidas por los reformadores.

Medir la calidad del servicio requiere estándares. Los estándares son el «sistema de medidas de la rendición de cuentas». Sin ellos los usuarios, administradores y decisores de políticas no cuentan con ninguna forma objetiva para juzgar si la calidad de los servicios es aceptable, o si está mejorando. Las corporaciones se resisten a los estándares, de modo que, inicialmente al menos, los estándares y las evaluaciones deberían ser externos a las corporaciones; las opciones posibles incluyen una agencia pública independiente, una organización no gubernamental o una sociedad público-privada. En la primera etapa del desarrollo de estándares, la clave es evitar la complejidad, buscando metas fácilmente comprensibles por los usuarios, la prensa y la opinión pública. Este libro sugiere que al principio los esfuerzos se deben concentrar en unos cuantos estándares simples. En educación, se deberían subrayar los logros en la lectura en los primeros grados. Los alumnos de todos los centros educativos deberían ser evaluados cada año, y los padres, administradores de escuelas, autoridades

regionales y decisores nacionales de políticas tendrían que recibir los datos en forma fácilmente comprensible. En lo que respecta a la salud, el libro sugiere esclarecer los derechos de los usuarios señalando claramente qué servicios están incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Integral de Salud (SIS), quién tiene derecho a esos servicios y qué proveedores los ofrecen con resultados aceptables. Los programas de nutrición deberían incluir un paquete integrado de intervenciones de nutrición, educación y salud; las madres deberían poder monitorear el progreso de sus hijos y los criterios de elegibilidad para participar en los programas deberían ser transparentes. Así como los sectores deben operar con estándares transparentes, el financiamiento de los sectores debe seguir reglas o fórmulas más transparentes; en un contexto descentralizado esto permitiría esclarecer por qué algunas regiones y municipios reciben mayores transferencias por poblador del Gobierno Central que otras.

El libro hace tres recomendaciones que, para ser exitosas, se deben implementar en forma secuencial. Primero, es necesario generar estándares básicos, metas de calidad y sistemas de medición de la calidad. Segundo, una vez que la calidad sea mensurable, deben implementarse sistemas claros de rendición de cuentas basados en los estándares y metas de calidad. Los usuarios jugarán un rol central en estos sistemas exigiendo su derecho a servicios de calidad; esto solo será posible cuando existan estándares y metas que permitan clarificar los derechos de los usuarios. Tercero, una vez que existan estándares y sistemas de rendición de cuentas, deberá invertirse en fortalecer la capacidad institucional de los proveedores. Esta inversión tendrá que cubrir distintas áreas, incluyendo: (a) sistemas de información; (b) entrenamiento de proveedores directos, administradores y asociaciones de usuarios; y (c) incentivos para proveedores directos que tengan capacidades probadas y que acepten trabajar dentro de un sistema basado en estándares y la rendición de cuentas.

El resto de este capítulo se encuentra organizado como sigue. La sección II describe los logros de los sectores en cobertura, calidad y equidad. La sección III examina el gasto público recurriendo a comparaciones internacionales, analiza los cambios institucionales que acompañaron a las fluctuaciones del gasto a lo largo de las últimas dos décadas y estudia en qué medida el gasto de los veinte principales programas sociales beneficia a los pobres o a otros grupos sociales. La sección IV explica el equilibrio de bajo nivel en los sectores salud y educación. La sección V presenta el marco conceptual de la rendición de cuentas, y la sección VI emplea ese marco para pasar revista a las reformas realizadas para mejorar la provisión de servicios a los pobres. La sección VII



explica con mayor detenimiento la necesidad de estándares. Finalmente, la sección VIII presenta las conclusiones y discute las principales recomendaciones del libro.

## II. Cobertura, resultados y equidad

El Perú se distingue positivamente en América Latina y el Caribe (ALC) por haber logrado avances en cobertura muy importantes en todas las áreas de la educación formal, en algunas áreas de la atención de la salud y en el número total de personas que reciben algún beneficio de los programas de asistencia social. Al mismo tiempo, el Perú se distingue negativamente en la calidad promedio de los servicios y en la equidad con la que se distribuyen los beneficios. Esta sección describe estos resultados con mayor detenimiento.

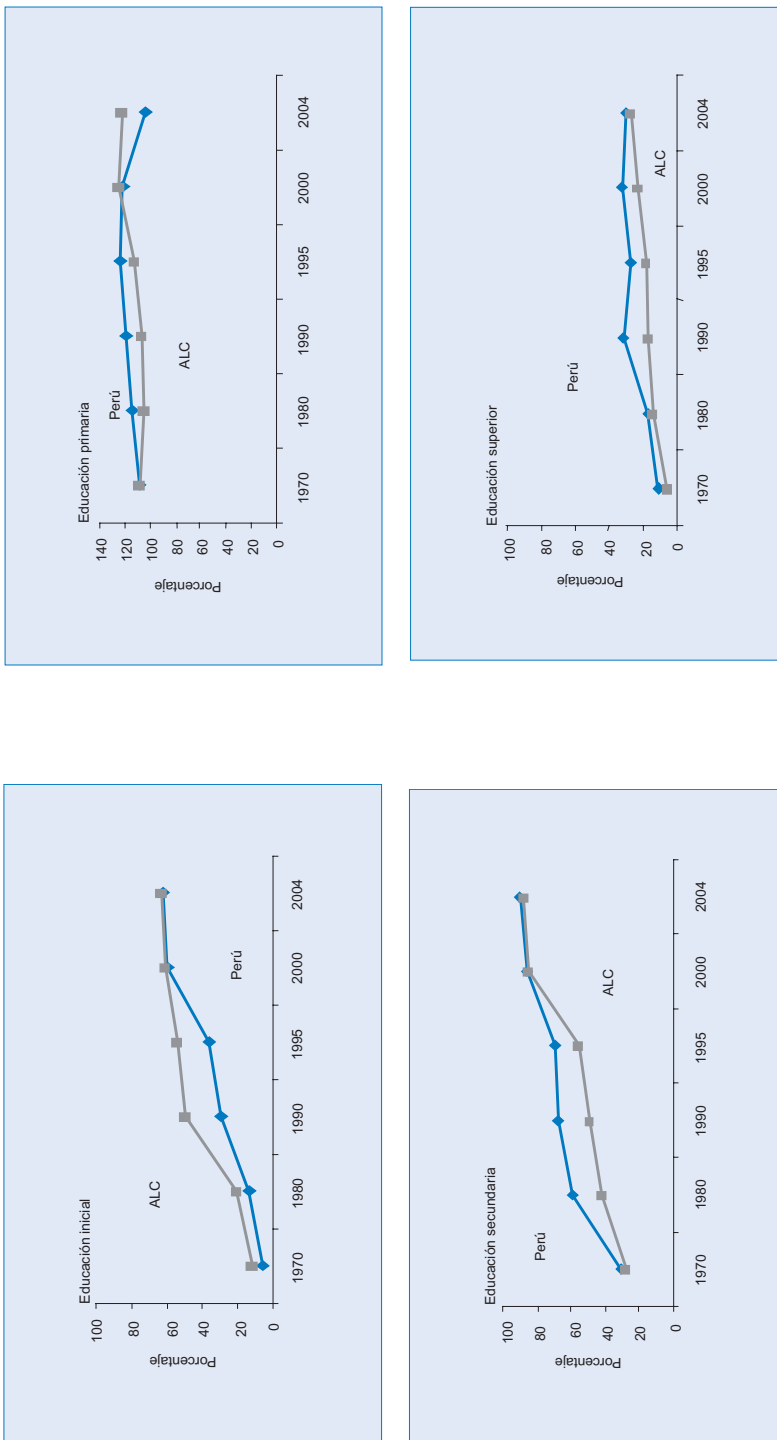
### **Educación: cobertura, aprendizaje, desigualdad**

En educación, los niveles de matrícula en el Perú son más elevados que en muchos otros países latinoamericanos, incluso que en algunos con un ingreso más alto por poblador. Las proporciones de matrícula bruta en educación inicial, secundaria y superior son más altas en el Perú que el promedio de ALC, y en primaria la proporción es de más de 100 por ciento.<sup>1</sup> Además, el Perú ha estado por delante del resto de América Latina durante décadas en lo que respecta a la cobertura, no obstante contar con un ingreso por poblador inferior que el promedio de ALC (véase el gráfico 1.1). Las tasas de culminación de primaria y secundaria también son bastante elevadas. En suma, medido en función de la cobertura, el Perú ya alcanzó un nivel de educación masivo, casi comparable al estándar de un país desarrollado.

La brecha existente entre la matrícula y el nivel de aprendizaje es considerable. En la mayoría de los países que tienen un gran número de egresados de

<sup>1</sup> El gráfico 1.1 muestra que ha caído la matrícula bruta en la educación primaria, que alcanzó alrededor de 125 por ciento en 2000 (pero permanece en más de 100 por ciento). Este indicador compara el número de alumnos matriculados en educación primaria con el número de niños en la edad normativa de este nivel educativo. Este ratio supera el 100 por ciento cuando muchos niños de edad normativa de nivel secundario están matriculados en la primaria. Su disminución en años recientes podría estar reflejando mejoras en la tasa de culminación de primaria en edad normativa y las tasas sumamente altas alcanzadas en la matrícula de la educación secundaria.

Gráfico 1.1. Tasas brutas de matrícula en el Perú y América Latina, 1970-2004 (Porcentajes)



Fuentes: INEI-ENAHO 2004; Banco Mundial 2005; Edstats.

la escuela secundaria, el nivel de aprendizaje de estos es también elevado, de modo que el mercado laboral puede absorberlos. En el Perú existe una enorme brecha entre el gran número de egresados y su nivel de aprendizaje. La calidad de la educación, medida por los niveles de aprendizaje estandarizados con evaluaciones internacionales como el Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (*Program for International Student Assessment*, PISA), no es muy buena. Por ejemplo, en la escala combinada de lectura PISA el Perú obtuvo un resultado de 327, mientras que el resto de los países de América Latina alcanzó, en promedio, 411.

¿Acaso es necesario escoger entre mayor calidad del aprendizaje y mayor cobertura y el Perú ha elegido una ruta de alta cobertura con baja calidad? El capítulo 6 sugiere que hay ciertas evidencias que respaldan esta hipótesis. La baja calidad se debe, en parte, a una política que permitió la reducción de los estándares con el fin de mantener una rápida expansión de la cobertura escolar. Los ejemplos incluyen la reducción del número de horas del día escolar para permitir el funcionamiento de dos «turnos» en un centro educativo; la disminución de los requisitos de ingreso para los postulantes a los centros de formación de docentes; y el descenso del número de años requeridos para la formación de profesores. Menos visible, pero quizá aún más importante que estas medidas visibles, es la pérdida de calidad de las actividades realizadas dentro del aula. Entre los países que tomaron parte de PISA el Perú es, también, el que tuvo la mayor desigualdad en el aprendizaje, midiendo la desigualdad por la razón del desempeño de los estudiantes del 95° percentil con respecto al de los estudiantes del 5° percentil. En el Perú, la desigualdad fue de 2,8; peor que la de Brasil (2,1), México (2,0) o la República de Corea (1,6). Si bien la desigualdad del aprendizaje es en general problemática, los datos peruanos respecto de ella señalan un rasgo que podría resultar una oportunidad. Aunque los pobres como grupo aprenden menos que los ricos, hay un número significativo de niños pobres que obtienen resultados relativamente altos en las pruebas de aprendizaje. Esto sugiere que hay historias de éxito en algunas de las escuelas a las que asisten niños pobres. El capítulo 3 investiga qué hace exitosas a estas escuelas, en un intento por extraer lecciones que puedan emplearse en otros centros educativos. La conclusión más importante de ese capítulo es que en educación faltan estándares, así como sistemas de rendición de cuentas construidos en torno del aprendizaje, y que aquellas escuelas que sí se han planteado estándares son las que han tenido mejores resultados.

## Salud: cobertura, resultados, desigualdad

Internacionalmente, la oferta de servicios de salud tiende a incrementarse con el nivel de ingreso de los países. El ingreso per cápita peruano es 70 por ciento del promedio latinoamericano, y su oferta de servicios de salud se encuentra en el nivel esperado; medida por el número de camas de hospital por 1.000 habitantes, y por el de médicos por 1.000 pobladores, es un tercio más baja que el promedio de América Latina (Banco Mundial 2005). A pesar de esta menor oferta, el Perú ha alcanzado niveles relativamente altos de cobertura en algunas intervenciones de salud pública. A partir de la década de 1990, la cobertura de intervenciones de salud pública programadas, como las vacunaciones y el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas entre los niños, se incrementó rápidamente, superando los niveles alcanzados por países latinoamericanos más ricos. Al mismo tiempo, el Perú sigue detrás de sus vecinos en la cobertura de las intervenciones clínicas básicas, como, por ejemplo, en partos atendidos por profesionales, aunque la tendencia ha mejorado significativamente en algunos de estos servicios (véase el gráfico 1.2).<sup>2</sup>

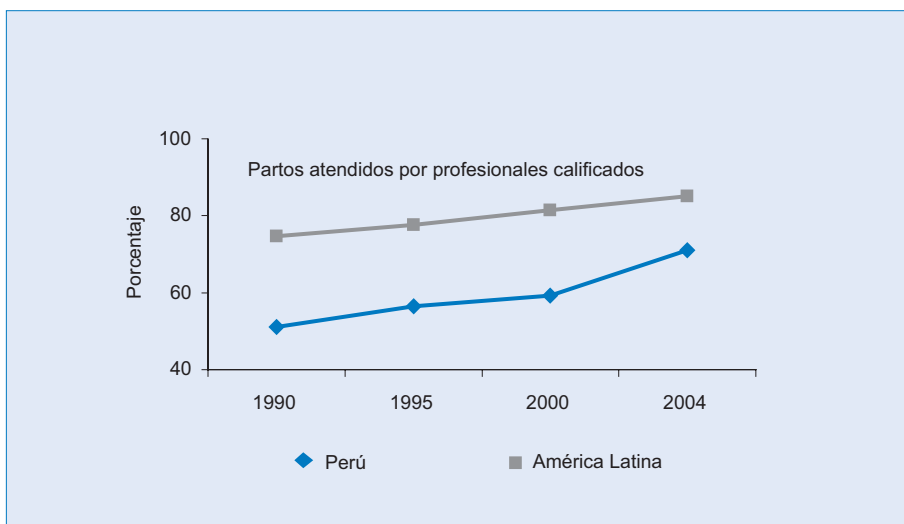
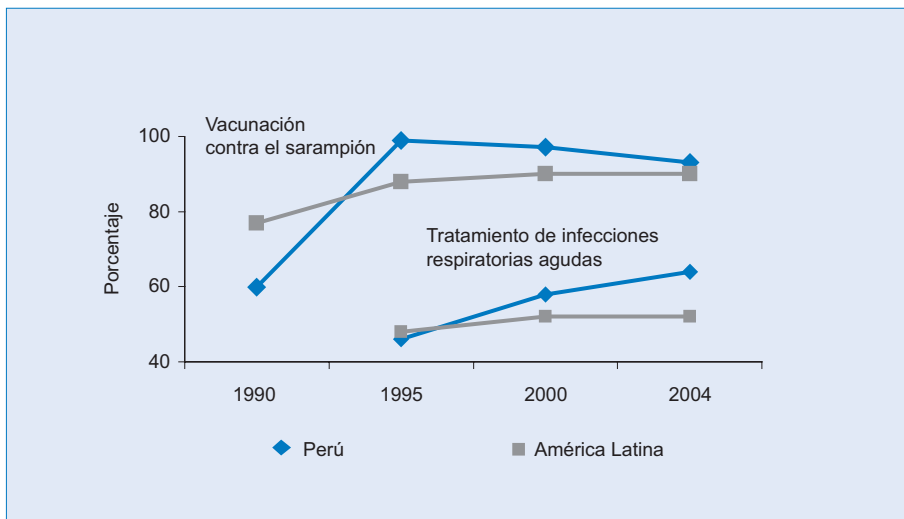
Los resultados de salud son el producto de muchos factores que afectan la calidad de vida, entre ellos la educación, el acceso al agua y al saneamiento, y los servicios de salud. En el Perú, algunos indicadores principales de salud han mejorado, sobre todo los correspondientes a las intervenciones de salud pública, como la mortalidad de los niños menores de 5 años. Durante décadas, este indicador fue significativamente peor en el Perú que en los países vecinos; recientemente ha mejorado mucho y la información disponible sugiere que ya se ha alcanzado el promedio latinoamericano (véase el gráfico 1.3).<sup>3</sup> Otros indicadores que dependen más de la atención hospitalaria, como la tasa de mortalidad materna (TMM) o la de mortalidad perinatal, han mejorado en años recientes pero siguen siendo notablemente peores que el promedio latinoamericano (la TMM del Perú y América Latina se estima en 164 y 85 muertes maternas respectivamente por cada 100 mil nacidos vivos).

Si bien hay mucho que celebrar en cuanto a la mejora en los resultados promedio, en el Perú la desigualdad en los resultados de salud y en el acceso a

<sup>2</sup> Existen dos tipos de atenciones de salud. Las programadas son atenciones para las cuales los gobiernos establecen metas y se realizan actividades destinadas a alcanzarlas. Las demás intervenciones se realizan «por demanda», sin metas.

<sup>3</sup> Los datos disponibles para años recientes se basan en una muestra pequeña y están sujetos a un gran error estadístico.

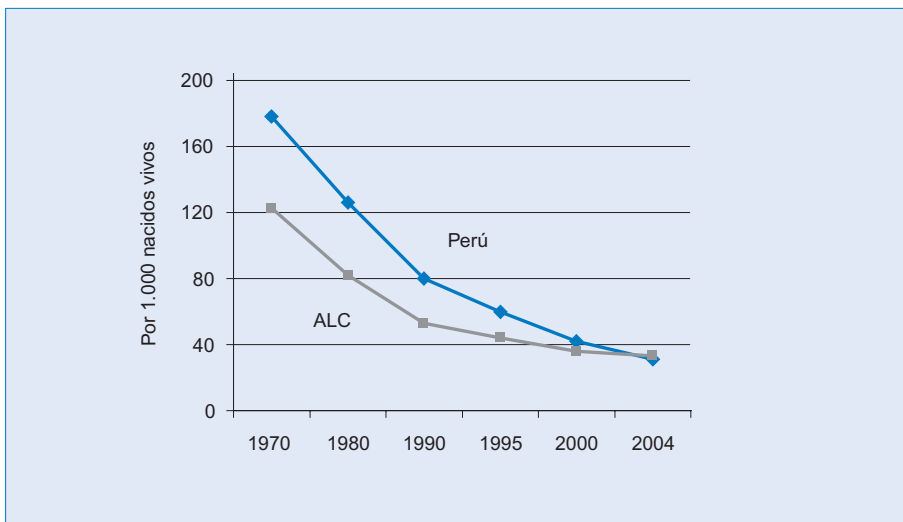
**Gráfico 1.2. Tendencias en una selección de intervenciones de salud en el Perú y América Latina, 1990-2004**



Fuente: Banco Mundial 2005.

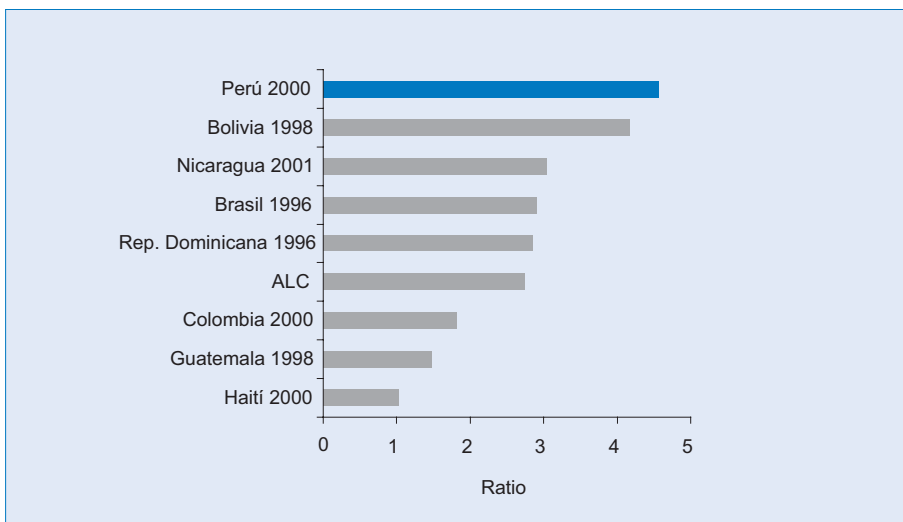
los servicios sigue siendo una preocupación importante. De los ocho países latinoamericanos para los cuales se cuenta con una encuesta demográfica y de salud, el Perú es el que tiene la mayor desigualdad en la mortalidad infantil (véase el gráfico 1.4). Una gran parte de la población tiene poco acceso a la salud. En 2003, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 13,4 millones

**Gráfico 1.3. Mortalidad entre los menores de 5 años en el Perú y América Latina, 1970-2004**  
(Por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuentes: DHS, diversos años para el Perú; Banco Mundial 2005.

**Gráfico 1.4. Desigualdad de la mortalidad infantil en ALC**  
(Ratio de mortalidad en el primer quintil respecto de la mortalidad en el quinto quintil)



Fuentes: INEI-ENDES 2001; Banco Mundial 2005.

de personas (alrededor de la mitad de la población) tuvieron un episodio de enfermedad, y de ellas apenas 62 por ciento recibieron atención. Casi las dos terceras partes de quienes no la recibieron afirmaron que la razón de ello era que no podían pagarla. La falta de acceso geográfico ha pasado a ser un obstáculo de menor importancia que en el pasado: apenas 17 por ciento de los que respondieron dieron esta como la razón principal por la que no recibieron atención de salud. En el 20 por ciento más pobre de la población, casi las dos terceras partes no recibieron atención de salud, en comparación con 13 por ciento en el 20 por ciento más rico de la población.

El capítulo 4 analiza estas tendencias y examina una serie de iniciativas diseñadas para mejorar la cobertura y la calidad del servicio. En él se subraya la necesidad de contar con estándares más claros y con una mayor transparencia para, de ese modo, fortalecer la rendición de cuentas.

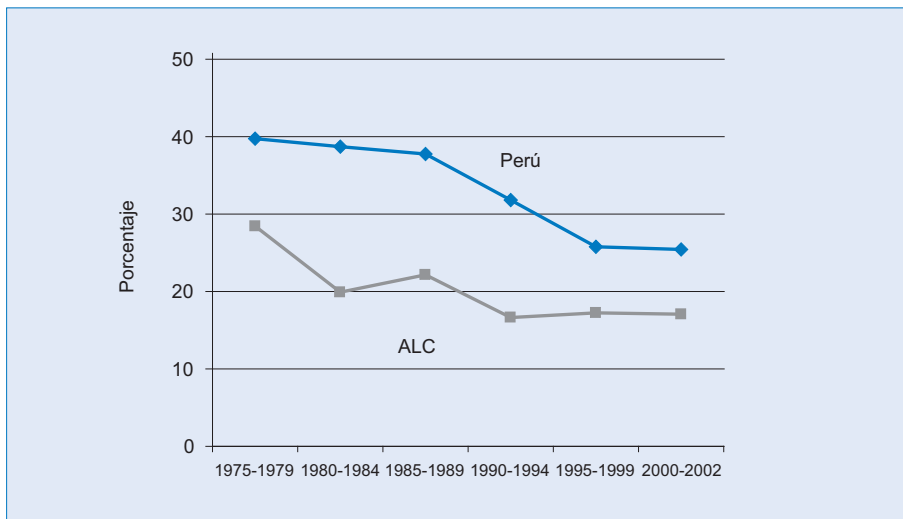
## **Asistencia social**

Como en el sector salud, la cobertura de los programas de protección social es alta en algunos programas y baja en otros. La cobertura de los programas contributivos de seguridad social es muy baja: apenas 2,5 por ciento de la población peruana recibe beneficios de pensión y solo 5 por ciento emplea los servicios de salud financiados por el seguro social.<sup>4</sup> Esto es menos de la mitad del promedio de cobertura de programas contributivos de seguridad social en América Latina (Lindert, Skoufias y Shapiro 2005). En cambio, la cobertura de los programas de asistencia social (no contributivos) es sumamente alta en el Perú: alcanza a 44 por ciento de los hogares. El valor de los beneficios pagados a la pequeña fracción de la población con acceso a los programas de seguridad social es elevado, y es comparable con el valor de los beneficios que pagan programas similares en otros países de ALC. En contraste, el valor de los beneficios de los programas de asistencia social es muy pequeño: se estima que el valor mensual de los programas en el Perú corresponde al 12 por ciento del valor promedio de programas equivalentes en países vecinos.

Hay un fuerte debate en torno de muchos aspectos de los programas anti-pobreza. Diversos estudios se han concentrado en la calidad de la focalización, en la fragmentación de los programas y en su impacto sobre la nutrición. El capítulo 5 pasa revista a las evidencias y concluye que los programas existentes

<sup>4</sup> Estos estimados tienen como base las ENAHO 2003 y 2004. Apenas 22 por ciento de la población mayor de 65 años de edad eran pensionistas. EsSalud afirma que el número de usuarios de su sistema es el doble de lo estimado a partir de las encuestas de hogares.

**Gráfico 1.5. Tasas de desnutrición crónica en el Perú y América Latina, 1975-2002 (Porcentaje de niños menores de 5 años)**



*Fuentes:* INEI-ENDES 2000 y Estadísticas de la Red de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial.

llegan en efecto a beneficiar a los pobres, pero que podrían tener un impacto mayor sobre la reducción de la pobreza si fueran diseñados para mejorar la nutrición, la educación y la salud de los niños pequeños. La desnutrición, en particular, sigue siendo un área en la que el Perú se encuentra muy por detrás de sus vecinos (véase el gráfico 1.5). Para mejorar su impacto, los programas deberían ser más transparentes en sus objetivos y metas, y medir su progreso en la consecución de esas metas. Ello posibilitaría una mayor rendición de cuentas y se traduciría en resultados.

### III. Gasto público en educación, salud y asistencia social

Algunas de las características de los programas sociales pueden entenderse estudiando el gasto público en el sector. Esta sección analiza el nivel del gasto, comparando el Perú con América Latina. Luego describe la fluctuación del gasto en décadas recientes, vinculándola a cambios institucionales en los sectores sociales. Por último, examina la distribución del gasto público en programas sociales según el nivel de ingreso y la región de los beneficiarios.



## ¿Cuánto gasta el Perú en programas sociales en comparación con otros países?

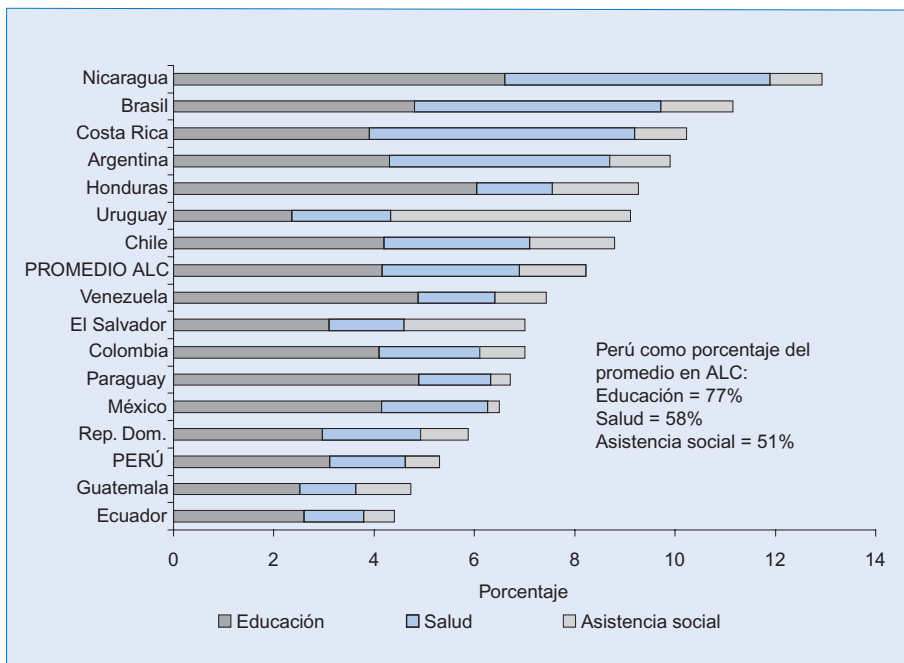
En 2004, el gasto público que el Perú asignó a los tres sectores fue de 5,5 por ciento de su producto bruto interno (PBI), significativamente menos que el promedio no ponderado de 8,2 por ciento del PBI para América Latina en ese año. El gasto fue más bajo en el Perú que el promedio para ALC en cada uno de los tres sectores: en educación, salud y asistencia social el Perú gastó respectivamente 3,2 por ciento, 1,6 por ciento y 0,7 por ciento del PBI en comparación con el promedio continental de 4,2 por ciento, 2,7 por ciento y 1,3 por ciento respectivamente. De dieciséis países para los que se cuenta con datos comparables, solo Ecuador y Guatemala gastan menos que el Perú como proporción del PBI. Si bien la asignación del PBI peruano a los sectores sociales es menor que el promedio para ALC en cada uno de los tres sectores, la diferencia es menor en educación (al que el Perú asigna las tres cuartas partes del promedio de ALC) y mayor en asistencia social (en el que su asignación es la mitad del promedio de ALC) (véase el gráfico 1.6).

¿Por qué el Perú gasta menos que sus vecinos? ¿Esta más baja asignación se debe a la menor prioridad fiscal otorgada a los sectores sociales, o es acaso el resultado de un esfuerzo tributario menor? El cuadro 1.1 muestra a los países de ALC divididos en tres grupos de tamaño similar en función de su prioridad fiscal (medida como porcentaje del gasto público total asignado a un sector) y de la carga tributaria. En lo que atañe a esta última, el Perú figura en el grupo inferior. Si de la prioridad fiscal se trata, se encuentra en el grupo intermedio en educación y en salud, pero está en el tercio inferior de los países en función del esfuerzo fiscal para los programas antipobreza. En otras palabras, la razón principal de los bajos gastos sociales en el Perú es que las rentas tributarias como porcentaje del PBI son bajas en comparación con las de otros países latinoamericanos. Así, pues, la prioridad fiscal no es la culpable principal (excepto por la baja prioridad asignada a los programas antipobreza).

### **El gasto público y el cambio institucional: una mirada de mediano plazo**

El gasto público en los sectores sociales (educación, salud y asistencia social) ha fluctuado significativamente como porcentaje del PBI durante los últimos 35 años. Esas variaciones estuvieron acompañadas de cambios institucionales que contribuyeron a dar a los sectores su forma actual.

**Gráfico 1.6. Gasto público en educación, salud y asistencia social en ALC como porcentaje del PBI**



Fuentes: MEF-DNPP; Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

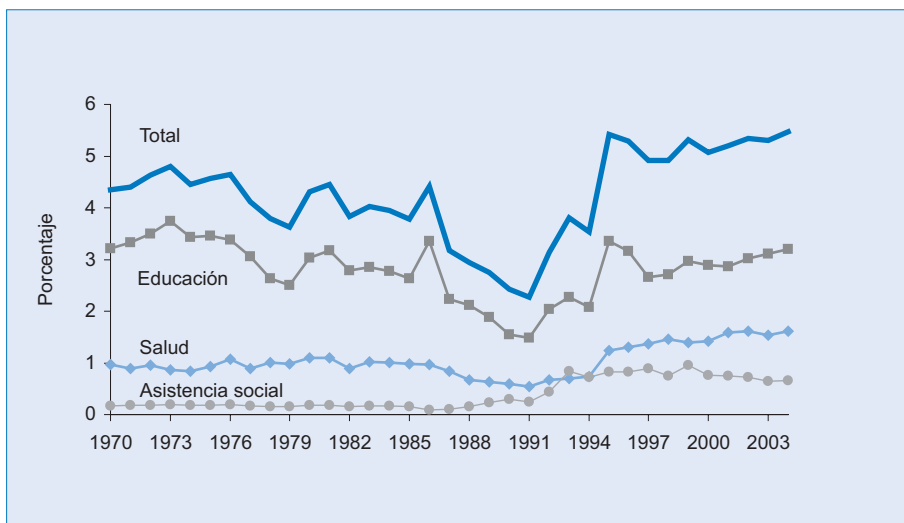
El gasto social total fue de alrededor de 4,5 por ciento del PBI a comienzos de la década de 1970, después de lo cual se redujo lentamente hasta la mitad de la siguiente década, cuando fluctuaba alrededor de 4 por ciento del PBI. La inflación creció durante la década de 1980, alcanzando niveles extremos hacia la mitad de esta. Después de 1986 hubo cortes drásticos en el gasto social, en un intento de estabilizar la economía. Entre 1986 y 1991 el gasto en educación y en salud fue cortado a la mitad como proporción del PBI, mientras que se elevó ligeramente el gasto en los programas de asistencia social (véase el gráfico 1.7). Este corte drástico del gasto público condujo a una severa crisis de los sistemas de educación y de salud. Los trabajadores de educación y de salud sufrieron fuertes caídas en su salario real, la inversión y el mantenimiento en escuelas y establecimientos de salud se detuvieron casi por completo, y las medicinas y otros insumos médicos virtualmente desaparecieron de los establecimientos públicos. Además de la crisis económica, estos fueron años de gran violencia política, en especial en las áreas rurales. Algunos establecimientos de

**Cuadro 1.1. Prioridad fiscal del gasto en educación, salud y asistencia social en América Latina**

Prioridad fiscal: parte del gasto público total que va al sector educación								
Gasto como porcentaje del PBI (presión presupuestaria)		Menos 16%		Entre 16% y 21%		Más de 21%		
		Más de 24%	Colombia (4,1)	Brasil (4,8)	Venezuela (4,9)			
			Uruguay (3,2)	Nicaragua (3,7)				
		Entre 19% y 24%	Ecuador (2,6)		Chile (4,2)	ALC (4,2)	Paraguay (4,9) Costa Rica (4,7)	Honduras (6,1)
Menos de 19%			<b>Perú (3,2)</b>		México (4,1)	Argentina (4,3)		
				República Dominicana (3,0)				
				Guatemala (2,5)				
				El Salvador (2,6)				
Prioridad fiscal: parte del gasto público total que va al sector salud								
		Menos de 7%		Entre 7% y 13%		Más de 13%		
		Más de 24%	Colombia (3,7)	Uruguay (2,0)			Nicaragua (3,7)	Brasil (4,9)
			Venezuela (1,5)					
		Entre 19% y 24%	Ecuador (1,2)	Honduras (1,5)	Chile (2,9)	ALC (2,7)	Costa Rica (5,7)	
Menos de 19%			República Dominicana (2,0)		México (2,1)	Argentina (4,4)		
				El Salvador (1,5)				
				<b>Perú (1,6)</b>				
				Guatemala (1,1)				
Prioridad fiscal: parte del gasto público total que va a asistencia social								
		Menos de 4,5%		Entre 4,5% y 7%		Más de 7%		
		Más de 24%	Colombia (0,9)	Venezuela (1,0)	Nicaragua (1,1) Brasil (1,4)		Uruguay (4,7)	
		Entre 19% y 24%	Paraguay (0,4)	Ecuador (0,6)	Costa Rica (1,1)	ALC (1,3)	Chile (1,7)	Honduras (1,7)
Menos de 19%	<b>Perú (0,7)</b>		Argentina (1,2)		Guatemala (1,1)	El Salvador (2,4)		
			México (1,1)					
			República Dominicana (1,0)					
Prioridad fiscal: parte del gasto público total que va educación, salud y asistencia social								
		Menos de 34%		Entre 34% y 40%		Más de 40%		
		Más de 24%	Venezuela (11,6)	Uruguay (7,4)	Nicaragua (8,5)	Brasil (11,2)		
			Colombia (7,0)					
		Entre 19% y 24%	Ecuador (4,4)		ALC (8,2)	Honduras (9,3)	Chile (8,8)	Costa Rica (11,5)
Menos de 19%	Perú (5,5)		República Dominicana (5,9)		El Salvador (6,5)	Argentina (9,9)		
			Guatemala (4,7)		México (6,5)			

\* Las cifras entre paréntesis corresponden al porcentaje del PBI asignado al gasto social en cada sector.  
Fuente: Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

**Gráfico 1.7. Gasto en educación pública, salud y asistencia social en el Perú, 1970-2004 (Como porcentaje del PBI)**



Fuentes: Francke 1998, 2002; Webb y Fernández Baca 1991, 1997 y 2004; Portocarrero y Romero 1994; página web del MINSA-OGP; base de datos de la DNPP-MEF; base de datos del PRONAA; página web de PRONAMACHCS; página web del INS.

salud y centros educativos cerraron sus puertas, sobre todo en esas áreas. La mayoría de los hospitales y algunas escuelas comenzaron a cobrar por sus servicios, en especial en las áreas urbanas, en un principio para reemplazar los insumos médicos o materiales de enseñanza y, luego, para complementar los salarios drásticamente reducidos de su personal.

La imposición de tarifas y honorarios, sobre todo en salud, restringió el acceso de los pobres a la mayoría de los servicios. Paxson y Schady (2005) encontraron un incremento de alrededor de 2,5 puntos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil de los niños nacidos durante la crisis de finales de la década de 1980, lo que implica que murieron alrededor de 17 mil niños más de los que hubieran muerto si la crisis no hubiese existido. El estudio citado muestra que el incremento de la mortalidad fue causado sobre todo por la reducción en el gasto público en salud, y no por la contracción del ingreso de los hogares.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Los autores encontraron, asimismo, que la reducción temporal en el gasto en educación no tuvo impacto sobre los resultados educativos.

Durante la década de 1980 se desarrollaron una serie de programas de asistencia social, en particular en áreas urbanas, para brindar alimentos y cubrir otras necesidades de los desempleados y los refugiados que emigraron a las ciudades huyendo de la violencia desatada en el campo. Más tarde estos programas se expandieron y fueron institucionalizados a medida que grupos de mujeres se organizaban en torno de los comedores populares, combinando su trabajo y una pequeña contribución monetaria con la asistencia alimentaria proporcionada en un inicio por grupos religiosos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y donantes bilaterales, y posteriormente por agencias del gobierno.

A comienzos de la década de 1990 se logró controlar la inflación, las finanzas públicas comenzaron a recuperarse y el gobierno pudo restablecer el gasto social en un contexto en el que era urgente fortalecer la cohesión social, debilitada por la violencia política. El gasto social creció con gran rapidez después de 1991. El gasto en educación se duplicó como porcentaje del PBI, y alcanzó un punto máximo de 3,3 por ciento en 1995, luego de lo cual permaneció estable en alrededor de 3 por ciento del PBI durante el resto de la década. El gasto en salud se triplicó para 1998, llegó a 1,5 por ciento del PBI y se mantuvo estable. En los programas antipobreza el gasto creció por un factor de 5 (aunque desde una base muy baja), y en 1999 alcanzó su punto máximo: uno por ciento del PBI.

La recuperación del gasto social en la década de 1990 estuvo acompañada de un cambio significativo en la composición del gasto dentro de cada sector. Solo una pequeña parte del incremento fue usada para elevar los salarios. Se aprobó una ley que congelaba la contratación de docentes y trabajadores de salud como empleados públicos permanentes («nombrados»). Sin embargo, fueron reclutados numerosos trabajadores en ambos sectores, pero sin estabilidad laboral. Además, si bien parte del incremento en el gasto se dirigió a fortalecer el presupuesto de hospitales y centros educativos tradicionales, la mayoría fue destinada a financiar infraestructura nueva en educación y a financiar la creación de nuevos programas en salud y asistencia social. Buena parte del nuevo gasto fue dirigida a áreas rurales y periurbanas, así como a programas implementados por grupos comunitarios y no por agencias del gobierno. En otras palabras, la mayoría de los fondos frescos fue utilizada para financiar programas que no involucraban a las corporaciones tradicionales de proveedores de salud, educación y asistencia social.

En salud hubo poca inversión en hospitales urbanos, pero en cambio la inversión fue masiva en la instalación de establecimientos de salud del primer nivel en zonas rurales y periurbanas, y en el pago de los costos operativos de

estos establecimientos. Entre 1992 y 1996 se duplicó el número de establecimientos de salud en funcionamiento. Estos nuevos establecimientos eran mantenidos con un presupuesto especial que alcanzó los 100 millones de dólares al año para pagar vacunas y otros insumos médicos requeridos para fortalecer las intervenciones programadas de salud pública, y para pagar a los trabajadores asignados a los establecimientos rurales y periurbanos (que eran contratados en calidad de temporales). Asimismo, se estableció un nuevo programa en el que los establecimientos eran financiados por el gobierno y gestionados por las comunidades (los Comités Locales de Administración de Salud, CLAS).

A fines de la década de 1990, hubo un incremento considerable en el gasto en educación, pero concentrado en la construcción y rehabilitación de infraestructura construida por instituciones distintas al Ministerio de Educación. Se crearon nuevos programas antipobreza para la población rural, entre ellos el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) y el Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (PRONAMACHCS), ambos fondos sociales que brindan financiamiento a grupos comunitarios que gestionan la construcción de infraestructura de pequeña escala. Los programas alimentarios fueron asimismo ampliados en estos años. Se desarrollaron nuevos programas centrados en las áreas rurales de la sierra que habían sido más golpeadas por la violencia terrorista (el Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo [PACFO] y el Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo [PANFAR]). En las áreas urbanas se mantuvo los programas creados en la década de 1980 (Comedores Populares) o se los amplió (Vaso de Leche).

Tras una pequeña reducción en el año 2000, el gasto social creció moderadamente de 5,1 por ciento a 5,5 por ciento del PBI en 2004. En este periodo hubo una pequeña reasignación entre los sectores: mientras el gasto en asistencia social cayó en 30 por ciento, el de educación y el de salud se incrementaron ligeramente. El corte más drástico en materia de asistencia social se dio en los fondos sociales y en los programas alimentarios de los pobres que funcionaban en las regiones más pobres de la sierra rural. El recorte en el financiamiento a los fondos sociales se justificó como parte de un proceso de transferencia de responsabilidades a las municipalidades y regiones en el contexto de la descentralización. Sin embargo, en la práctica el proceso de transferencia no dio a los municipios y regiones los instrumentos institucionales necesarios para asumir esa responsabilidad, y el incremento en la inversión municipal y regional no se materializó.

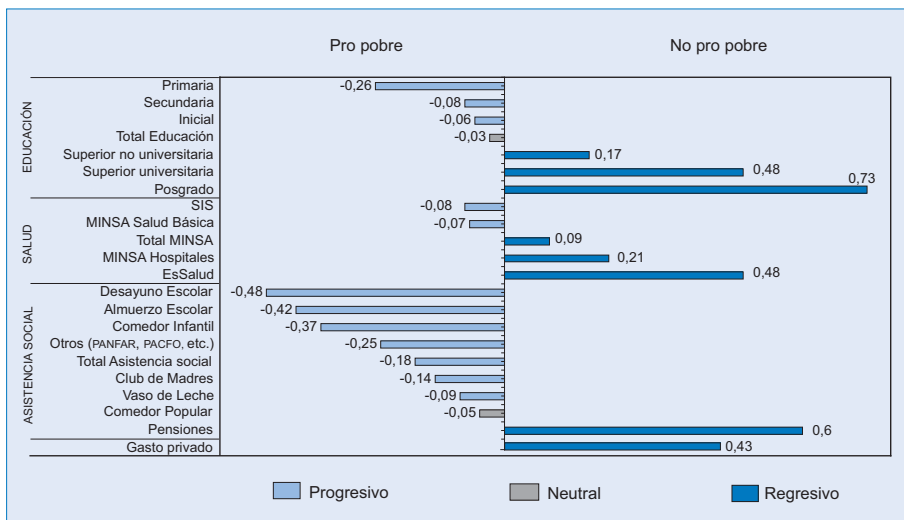
El cambio más significativo en el gasto después de 2001 se produjo al interior de los sectores. Los programas creados en la década de 1990 fueron reducidos para dejar espacio a un incremento considerable de la planilla. En educación, esta creció entre 1999 y 2005 de 71 por ciento a 80 por ciento del gasto total en el sector.<sup>6</sup> En este lapso las inversiones se redujeron en 60 por ciento y la adquisición de bienes cayó en 28 por ciento. En salud se registró un patrón similar: entre 1999 y 2005 la planilla creció de 36 por ciento a 54 por ciento del gasto total, mientras que las inversiones fueron cortadas a la mitad y los bienes en una tercera parte. En salud y en educación, parte del incremento en las planillas se debió al nombramiento de miles de trabajadores y docentes que habían venido laborando bajo diversos tipos de contrato temporal, y otra parte a los incrementos de salarios y beneficios. El cambio de estatus de trabajador contratado por el de nombrado conlleva una reducción de las horas de trabajo, y en el sector salud esto hizo en algunos casos que fuera necesario contratar personal adicional para evitar una gran reducción en las horas de funcionamiento de servicios clave. En salud parece haberse dado, asimismo, un cambio de énfasis reduciendo el apoyo a las atenciones programadas de salud pública colectiva para fortalecer el apoyo a los hospitales. Esto se tradujo en la pérdida temporal de cobertura de diversos programas de salud colectiva (entre ellos la vacunación y la planificación familiar). La reducción de la disponibilidad de insumos médicos también condujo a un incremento en las tarifas cobradas a los usuarios de estos servicios.

### **Análisis de incidencia de beneficios**

Con la finalidad de entender a quién favorece el gasto en educación, salud y asistencia social, y cómo el gasto público afecta el bienestar de los distintos grupos de ingreso, se llevó a cabo un análisis de incidencia de beneficios. El análisis incluye veinte programas: seis en educación, cuatro en salud y diez en protección social. Para cada programa el análisis se realizó de dos modos: primero, usando los datos del gasto administrativo para evaluar en qué magnitud la distribución geográfica del gasto entre jurisdicciones (regiones o municipios) era pro pobre, según una medida de pobreza de esas jurisdicciones; y, segundo, empleando datos de la encuesta de hogares (ENAH) combinados con los de gasto público para evaluar en qué proporción la distribución del gasto

<sup>6</sup> Estimación proyectada del gasto incurrido hasta agosto de 2005.

**Gráfico 1.8. Coeficientes de concentración de los programas sociales, 2004 (Asignación individual)**



Fuentes: INEI-ENAH0 2003 y 2004; base de datos del SIAF-MEF; base de datos del PRONAA.

público entre los hogares fue pro pobre. El gráfico 1.8 muestra los coeficientes de concentración de la distribución de cada programa entre los hogares (cuanto menor el coeficiente, más pro pobre el programa).

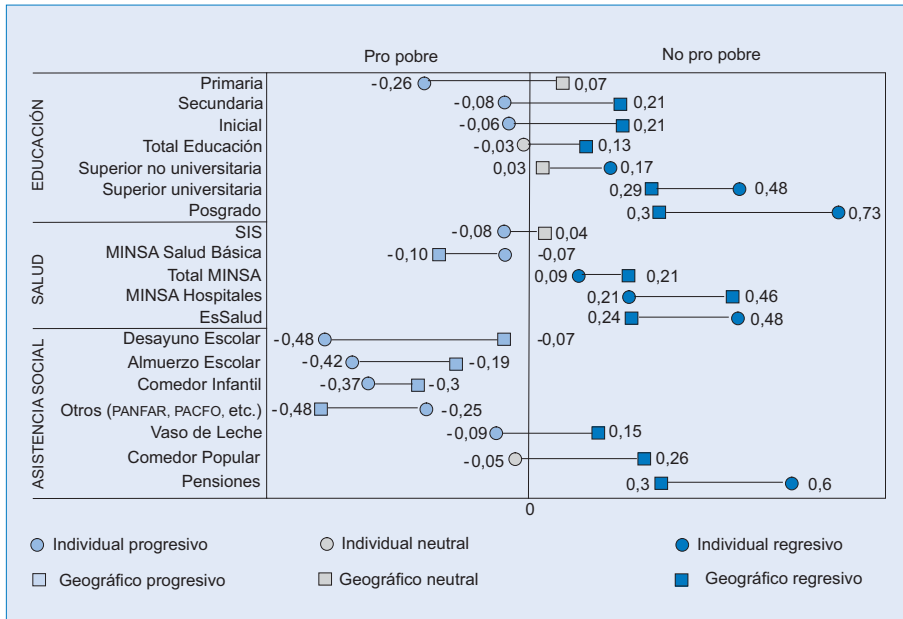
De los veinte programas, trece son pro pobre, con coeficientes de concentración en el rango negativo. Los programas más pro pobre son los programas alimentarios que operan en las escuelas rurales (Desayuno Escolar, Almuerzo Escolar, Comedor Infantil), seguidos por los de la educación primaria.<sup>7</sup> Los menos pro pobre (con elevados coeficientes de concentración positiva) son los programas de educación superior, los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), el régimen contributivo de la seguridad social (EsSalud) y las pensiones (que reciben un gran subsidio del Estado).

Entre los programas pro pobre, la distribución es aún más pro pobre cuando se la mide por hogar antes que por jurisdicción (véase el gráfico 1.9). La razón de ello es que estos programas no solo son pro pobre en su distribución geográfica, sino que benefician sobre todo a los hogares más pobres de las jurisdicciones en las que operan. Este patrón se da en la educación escolar

<sup>7</sup> La encuesta de hogares no incluye información independiente sobre PACFO, que, se cree, figura entre los programas más pro pobre.



**Gráfico 1.9. Coeficientes de concentración de los programas sociales, 2004  
(Asignación geográfica e individual)**



Fuentes: INEI-ENAO 2003 y 2004; base de datos del SIAF-MEF; base de datos de la DNPP para el Vaso de Leche; base de datos de los programas alimentarios del PRONAA; EsSalud 2005.

(inicial, primaria y secundaria), en todos los programas del MINSA (SIS, atención primaria y hospitales del MINSA), y en todos los programas de asistencia social para los cuales se cuenta con datos. En educación y en salud, la distribución pro pobre de los programas se debe al comportamiento de los hogares: los hogares más pobres tienen más hijos que los más ricos, de modo que se benefician más con las escuelas y establecimientos de salud públicos. La distribución pro pobre que se da en las jurisdicciones también se debe a la baja calidad de los servicios: los hogares más ricos prefieren pagar servicios privados, pero los pobres no pueden hacerlo. A menudo se piensa que dos de los programas alimentarios más grandes (el Vaso de Leche y los Comedores Populares) no son pro pobre en su distribución. Estos programas tienen una distribución geográfica que no es pro pobre, pero en sus jurisdicciones sí parecen estar bien focalizados en los pobres, de manera que el resultado final es una distribución pro pobre del Vaso de Leche y neutra en el caso de los Comedores Populares.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> En el capítulo 5 se analiza detenidamente la calidad de la focalización de estos programas.

En cambio, en los programas que no son pro pobre el resultado final es aún más regresivo en los hogares que en la distribución geográfica. Esto es cierto para la educación superior, EsSalud y las pensiones (pero no para los hospitales del MINSA). Dichos programas están concentrados en las regiones más ricas del país, y en cada región son los hogares de mayores ingresos los que más se benefician en comparación con los de bajos ingresos.

Los párrafos anteriores responden la pregunta sobre cuánto del gasto público va a los pobres (el problema de la «focalización» o «incidencia absoluta»). Otra pregunta se refiere a la importancia que un programa dado tiene para un grupo («incidencia relativa»). Esto se mide con el beneficio promedio recibido por un grupo u hogar como porcentaje de su consumo total. Educación y salud constituyen subsidios gigantescos para los pobres. Para los extremadamente pobres, los subsidios de educación y salud equivalen, respectivamente, a 24 por ciento y 7 por ciento del ingreso de sus hogares. Estos estimados son un promedio de todos los hogares en extrema pobreza, tomando en cuenta a los beneficiarios y a los que no lo son. Si solo incluimos a los beneficiarios, el subsidio de educación es de 27 por ciento y el de salud de 20 por ciento. En cambio, el subsidio de asistencia social equivale únicamente a 5 por ciento del ingreso de los hogares beneficiarios.

Si se examinan los subprogramas individuales, los beneficios más grandes (como porcentaje del ingreso de los hogares beneficiarios) corresponden a los usuarios de la educación superior y de los hospitales del MINSA. Si bien apenas 17 por ciento de los estudiantes universitarios provienen de familias pobres, para ellos el subsidio de la universidad equivale al 30 por ciento del ingreso de sus hogares. El subsidio es asimismo muy grande para los no pobres: 16 por ciento del ingreso promedio de sus hogares.

En los hospitales del MINSA, aproximadamente la mitad de los usuarios provienen de hogares pobres y la mitad de hogares no pobres. Para todos los hogares, tener acceso a esos hospitales constituye una forma de seguro de protección contra eventos catastróficos. En cualquier año dado, el beneficio medio de estos servicios es pequeño y refleja un promedio estimado para todo el grupo que incluye un reducido número de usuarios y un gran número de no usuarios. Sin embargo, cuando hay necesidad de usar los hospitales, estos brindan un gran subsidio, que equivale a más de 20 por ciento del ingreso de los hogares tanto pobres como no pobres.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Una proporción similar implica un valor más alto en dólares para los hogares más ricos. Esto probablemente indica que estos usan los hospitales del MINSA para las intervenciones de costo más alto.

El análisis en esta sección se refiere a la incidencia promedio, de modo que debemos cuidarnos al extraer conclusiones acerca de qué programas beneficiarían más a los pobres en el margen. Por ejemplo, la educación secundaria es moderadamente pro pobre, pero si la mayor parte de la juventud no pobre ya asiste a la escuela secundaria, toda inversión adicional que sirva para expandir la cobertura de la educación secundaria podría tener fuertes efectos a favor de los pobres. Además, el análisis se concentra en el grado de focalización antes que en sus costos, y es posible que los costos de mejorar la focalización de un programa sean más altos que los recursos adicionales transferidos a los pobres. No obstante estas limitaciones, a partir del análisis realizado aquí podemos extraer tres conclusiones tentativas.

En primer lugar, y contra la postura prevaleciente entre los críticos de los programas de asistencia social, la mayor parte de estos programas son moderada a fuertemente pro pobre. El capítulo 5 sugiere que el problema con ellos no es tanto la calidad de su focalización cuanto su falta de impacto sobre los determinantes de largo plazo de la pobreza, como la nutrición y la salud básica de los niños pequeños. En segundo lugar, es probable que los principales avances expresados en una focalización mejorada provengan de los esfuerzos dedicados a los programas que no son pro pobre, específicamente a los subsidios públicos asignados a pensiones y a la educación superior. Estos subsidios combinados tienen un valor total de alrededor de 2 mil millones de dólares, o casi veinte veces el costo total del tan criticado programa del Vaso de Leche. Tercero, si bien hay muchos problemas en torno de la forma como los programas antipobreza son distribuidos a los hogares en las jurisdicciones en que operan (véase el capítulo 5), en ellas benefician principalmente a los hogares pobres. Esto sugiere que la decisión de introducir nuevas y costosas formas de focalización por medios administrativos debería ser sopesada cuidadosamente con sus probables beneficios.

#### **IV. Docentes y trabajadores de salud: un equilibrio de bajo nivel**

¿Por qué hay una baja calidad en la provisión de servicios sociales? En vista de la importancia de los recursos humanos en la provisión de los servicios de educación y salud, resulta útil analizar el desempeño de los recursos humanos como punto de partida para entender la calidad de los servicios. El capítulo 6 sugiere la hipótesis de que hay un equilibrio de bajo nivel, una situación en la que los

estándares de calidad han caído a un nivel bajo y los actores de las corporaciones de salud y educación no tienen ninguna motivación para cambiar tal estado de cosas. La baja calidad es el resultado de un proceso complejo desatado por la rápida expansión de la cobertura a lo largo de varias décadas que vieron una contracción en el gasto público per cápita. Este proceso transformó las «reglas de juego» de las interacciones entre los actores de los sistemas de educación y salud. Tomando 1959 = 100 como año base para todos los índices, hacia 2002 la población había crecido a 277, la matrícula escolar a 575, y los docentes del Estado a 628. En otras palabras, la cobertura creció a gran velocidad, pues los servicios se expandieron mucho más rápido que la población. El empleo de los maestros creció aún más rápido que la cobertura, de modo que su carga laboral promedio fue reducida (o bien el tamaño de las clases cayó, o las horas y días laborales se redujeron, o ambas cosas). Asimismo, hay indicios de que el salario de los docentes cayó significativamente durante buena parte de este periodo: entre 1982 y 2002, el gasto público en costos recurrentes creció en 5 por ciento, mientras que el número de docentes lo hizo en 85 por ciento.

Las «reglas de juego» son cruciales en los sectores sociales que comprenden a gran número de profesionales y administradores, así como a sindicatos y autoridades del Estado. El Ministerio de Educación calcula que en 2004 empleaba a 297 mil docentes y administradores; una tercera parte de estos trabajaban en áreas rurales y el 83 por ciento tenían un título en pedagogía. El Ministerio de Salud estima que emplea a 65 mil profesionales de ese ramo, de los cuales el 44 por ciento se encuentra en Lima. De los médicos, el 58 por ciento está en la capital. En las escuelas primarias y en los establecimientos de salud de atención primaria también trabaja un número desconocido de docentes y trabajadores de salud contratados por municipalidades y comunidades, así como voluntarios, que se estiman en decenas de miles.

El capítulo 6 concluye que las reglas del juego se han deteriorado, hecho que ha llevado a comportamientos que producen un pobre desempeño de los proveedores directos. El Estado tuvo éxito en ampliar la cobertura sin incrementar los impuestos y el gasto público. Incapaces de prevenir la caída de los salarios, los sindicatos se concentraron exitosamente en una agenda que ha permitido a los profesionales compensar su bajo salario dedicándose a otras actividades económicas. Los docentes y médicos buscan fuentes alternativas de ingreso. Alrededor de las dos terceras partes de los maestros tienen un segundo empleo. El empleo como docente brinda, en promedio, apenas 41 por ciento del ingreso doméstico y el de los profesionales de salud el 53 por ciento

del ingreso de sus familias. Como consecuencia, las decisiones laborales y de carrera tomadas por los profesionales de la educación y la salud, como la ubicación, los horarios, la inversión en capacitación o la aceptación de labores administrativas, estarán determinadas por la estrategia económica global del hogar, y la carrera en el sector público solo es una de varias consideraciones.

Para poder utilizar tiempo y esfuerzo en su trabajo externo, la dedicación al empleo en el sector público cayó. Sucesivos gobiernos cedieron ante esta necesidad concediendo una estabilidad laboral rígida, reduciendo las horas de trabajo y la disciplina laboral. Esto se logró en parte con cambios en la legislación que diluyeron las reglas de selección de los nuevos ingresantes, desligaron el desempeño de la remuneración y otorgaron dicha estabilidad laboral. Vega (2005) presenta una cuidadosa descripción de la dilución de los estándares en la legislación relacionada con el sector educación durante los últimos cincuenta años. Hacia 1959 el gobierno redujo el número requerido de años de capacitación para obtener el título de docente; a comienzos de la década de 1970, la semana escolar fue recortada a cinco días y la jornada escolar a cinco horas, y se permitió a los docentes trabajar en dos turnos al día. A comienzos del siguiente decenio, una ley elevó el valor de los títulos no universitarios al mismo nivel que los otorgados por las universidades. A finales de la década de 1980 se dio a los docentes estabilidad «en su puesto, nivel, función y plaza».

El capítulo 6 muestra cómo la mayoría de las veces los cambios se debieron, no a variaciones en la legislación, sino al creciente incumplimiento de normas diseñadas para asegurar el desarrollo de la carrera y la calidad en el desempeño del trabajo. Esto, a su vez, llevó a una pérdida de dignidad y de amor propio ocasionando una espiral de degradación y desmoralización de estas profesiones: los trabajadores se sienten con derecho a observar una disciplina laxa, que consideran necesaria para poder tener carreras paralelas; los sindicatos han creado una red de representantes que impide a los administradores intentar establecer la disciplina. Estos últimos creen que no pueden pedir más esfuerzo en razón de lo poco que se paga a los profesionales. El desorden se agrava con un sistema judicial que mina los esfuerzos de los directores por imponer la disciplina. Los actos administrativos son paralizados y a menudo revertidos cuando los empleados recurren a los tribunales para acusar a los directores de cometer «abuso de autoridad». El capítulo 6 cita evidencias que muestran que la tasa de éxito de los directores que intentan disciplinar a los docentes es de menos de 10 por ciento (en comparación con un tercio en los colegios privados). Peor aún: la mayoría de los directores que intentan disciplinar a los docentes enfrentan ahora acciones legales.

En el largo plazo, el efecto más importante de la degradación del sistema no es la adaptación de las personas que ya están en él, sino el cambio en la calidad de los nuevos ingresantes a la profesión. El capítulo 6 presenta indicios que sugieren que en generaciones recientes los mejores profesionales de educación y salud ya no buscan ingresar al servicio público.

Los usuarios contribuyeron a este proceso de deterioro de la calidad al incrementar la presión por la expansión de la cobertura. Como la calidad es difícil de medir, los padres identificaron el éxito con la promoción de sus hijos a grados cada vez más altos de escolaridad, y en salud las comunidades piden acceder a instalaciones en las que se les pueda brindar una atención más especializada. Para los pobres de áreas rurales y periurbanas, la demanda se concentró en insumos visibles, sobre todo en la construcción de centros educativos y establecimientos de salud, y la asignación de personal a estos. Una vez que se contaba con una escuela primaria que ofrecía los tres primeros años de educación, el siguiente objetivo era ampliarla a cinco grados. Cuando la tasa de culminación de la primaria era alta, la siguiente aspiración era acceder a una escuela secundaria. Ya en la década de 1970, el siguiente nivel anhelado de educación era la instrucción superior. Para la mayoría de los padres, la única medida de calidad es la promoción de su hijo al siguiente nivel educativo. Su percepción de calidad quedaba satisfecha siempre y cuando la expansión continuara.

Además de cambiar su dedicación, las corporaciones han respondido al menor financiamiento público incrementando los cobros a los usuarios. Cada vez más usuarios están pagando los servicios proporcionados por los sistemas de educación y salud pública. Los métodos de cobranza van desde lo legal a lo ilegal, y son frecuentemente de naturaleza dudosa. De un modo u otro, los profesionales del servicio están generando más y más autofinanciamiento como una forma de complementar los salarios estatales. Existe poca información sistemática sobre el autofinanciamiento, incluso sobre fondos generados por tarifas legítimas y publicadas, pero hay claros indicios de que ha crecido: en salud, donde hay mejores datos sobre el particular, se cree que desde 1980 los ingresos por tarifas se duplicaron como parte de las rentas de los hospitales públicos, y que alcanzaron 13 por ciento de la renta total en 2003.

Los usuarios, los sindicatos y los administradores ganaron con la expansión de la cobertura, y ninguno tuvo un fuerte incentivo para resistir la caída en la calidad y terminaron adaptándose a ella. En el capítulo 6, Webb y Valencia definen el resultado como un «equilibrio de bajo nivel». El recuadro 1.1, tomado de Vega (2005), describe el equilibrio político y analiza con mayor detenimiento los incentivos que enfrentan los distintos actores del sistema educativo.

<b>Recuadro 1.1. El equilibrio de bajo nivel en educación</b>				
<b>Actor</b>	<b>Interés declarado</b>	<b>Otro interés</b>	<b>Equilibrio actual</b>	
Padres de familia	Asegurar a sus hijos las habilidades requeridas para desempeñarse adecuadamente en la sociedad moderna, mejorando sus oportunidades de progreso social.	Muchos levantaron con sus manos los centros educativos. Buscan asegurar que sus hijos vayan a la escuela de tal modo que estén ocupados y seguros y reciban servicios complementarios de salud y nutrición.	Los padres de familia están contentos porque tienen una guardería que se ocupa de sus hijos durante varias horas diarias, lo que les permite dedicarse a otros asuntos. No perciben que sus hijos no aprenden.	
Profesores	Realizar un trabajo profesional de alto valor moral, asegurando aprendizajes en los hijos del pueblo que permitan mejorar sus oportunidades personales y el desarrollo colectivo del país.	Asegurar las mejores condiciones laborales y el mayor ingreso para permitir el bienestar de sus familias. Para casi todos, ser profesor resulta mejorar su condición social original y el nivel de ingresos respecto de los de su familia paterna.	Los profesores están contentos porque tienen un empleo de tiempo parcial, con estabilidad laboral y una capacidad de negociación que les permite incrementar sus sueldos o condiciones laborales sin ser evaluados por el servicio que prestan o por las capacidades para brindarlo.	
Directores y autoridades académicas de los centros educativos	Animar a la comunidad educativa de modo que padres de familia, profesores y alumnos obtengan los mayores logros formativos posibles.	Asegurar mejores condiciones laborales e ingresos para el bienestar de sus familias. Obtener reconocimiento por el servicio. Superar los controles del aparato administrativo.	Los directores están contentos si no tienen problemas con la Asociación de Padres de Familia (APAF), los profesores o la administración, y tienen un nombramiento que les permitirá jubilarse con un mayor ingreso (aunque modesto) sin mayores exigencias.	
Formadores de profesores y alumnos de pedagogía	Elevar el nivel del servicio promoviendo las mejores prácticas, de modo que el sistema mejore continuamente el nivel de desempeño a pesar del entorno cambiante y cada vez más exigente.	Abrir la mayor cantidad de oferta, de modo que unos puedan enseñar y los otros estudiar. Formadores: asegurar mejores condiciones laborales e ingresos para el bienestar familiar. Alumnos: obtener un título que permita conseguir un empleo público estable.	Formadores y alumnos están contentos porque hay muchas instituciones y tienen plazas para formadores y alumnos. No perciben que el sistema y el consenso vigentes impedirán la renovación de la educación pública y la mayoría (incluso si son mejores que los profesores actuales) no encontrará empleo.	

continúa...

... continuación

<b>Actor</b>	<b>Interés declarado</b>	<b>Otro interés</b>	<b>Equilibrio actual</b>
El sindicato	Como todo gremio profesional, defiende el prestigio de la profesión y obtiene reconocimientos económicos y laborales para sus asociados.	El sindicato es un instrumento para la reproducción económica (Derrama Magisterial) y política de un partido.	Los responsables sindicales están contentos porque tienen liderazgo y legitimidad, y no requieren de elecciones universales mientras logren arrancar beneficios económicos para sus afiliados sin ninguna contraprestación.
La administración de la educación pública	La administración se hace responsable por el acompañamiento de las políticas educativas facilitando a las escuelas el logro de los objetivos de aprendizaje, construcción de ciudadanía e igualdad de oportunidades.	Obtener reconocimiento por el servicio público prestado. Asegurar mejores condiciones laborales e ingreso para el bienestar de sus familias. Hacer el uso clientelista de la autoridad de la administración que los espacios de discrecionalidad permiten.	Los administradores están contentos porque tienen un pequeño espacio que les permite gozar de beneficios monetarios, de prestigio y de clientela.
Los expertos y formadores de la opinión pública	La inteligencia informada crea y mantiene el consenso de la opinión pública sobre la prioridad de la educación en la construcción de una sociedad que promueve la responsabilidad y el desarrollo personal y del bien común.	Obtener reconocimiento por el servicio público prestado. Colaborar con la gobernabilidad. Asegurar mejores condiciones laborales e ingresos para el bienestar de sus familias.	Los intelectuales y las demás fuerzas políticas están contentos produciendo textos como los referidos a educación en el Acuerdo Nacional o el Nuevo Pacto Social de Compromisos Recíprocos, porque han construido un consenso y aseguran votantes. No son capaces de juzgar si el consenso obtenido es útil para solucionar el problema. Prácticamente todos educan a sus hijos en colegios privados.
Las autoridades locales	Facilitan a sus vecinos el apoyo para gestionar los centros educativos en función del bienestar local; coordinan y dirigen la atención de su ámbito, y representan los intereses vecinales frente a las autoridades regionales y nacionales.	Obtener reconocimiento por el servicio público prestado. Colaborar con la gobernabilidad. Asegurar mejores condiciones laborales e ingresos para el bienestar de sus familias.	Las autoridades locales no encuentran qué hacer en el tema educativo más allá de alguna inversión. No desean, a pesar de que muchas de ellas son profesores, hacerse cargo del control del desempeño de maestros y escuelas.

continúa...



... continuación

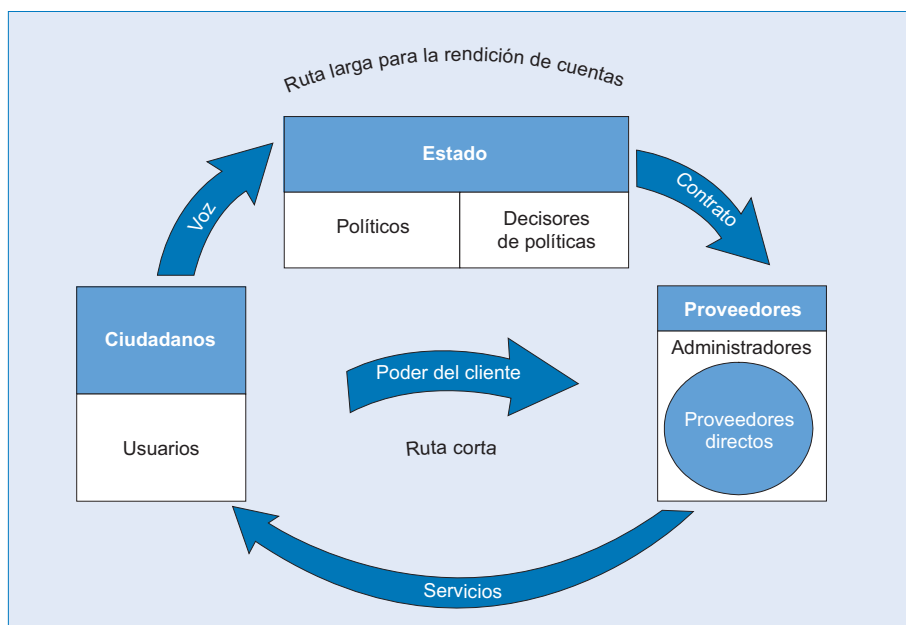
Actor	Interés declarado	Otro interés	Equilibrio actual
Los responsables políticos	El gobierno cumple los tres encargos de la Constitución del Estado sobre la educación: definir sus objetivos, asegurar que nadie se quede sin ella y garantizar su calidad tomando las decisiones requeridas.	Asegurar la paz social y la gobernabilidad. Administrar el Presupuesto de la República con austeridad.	El gobierno, y en particular los responsables del presupuesto público, obtienen «gobernabilidad» por la magra inversión per cápita, es decir, ni profesores ni padres de familia ni ciudadanos en general ponen a prueba, con huelgas,* denuncias u otros métodos, su frágil legitimidad y liderazgo.
Alumnos	Los alumnos menores de educación básica señalan frecuentemente que no saben bien para qué van a la escuela. Los mayores y los universitarios declaran estar interesados en lograr habilidades que les permitan satisfacer sus sueños de logro personal, familiar e incluso nacional.	Aprender las reglas de convivencia social y lograr un conjunto de amistades. Obtener reconocimiento de sus pares. Conseguir una acreditación respaldada por un certificado o título. Cumplir con las expectativas de profesores y padres.	Muchos alumnos están satisfechos porque han logrado aprender las reglas sociales de supervivencia (aunque no se parezcan a los valores declarados) y obtienen los certificados o títulos sin mayor esfuerzo, sin que sus profesores ni sus padres tengan exigencias o expectativas mayores.
* Los responsables políticos de la educación están satisfechos porque el consenso les permite —en las negociaciones con el sindicato— otorgar beneficios sin exigir incrementos en la calidad educativa de la que la Constitución los hace garantes.			

Fuente: Vega 2005: 24-26.

Como ya se dijo, la hipótesis del equilibrio de bajo nivel sugiere que los actores de las corporaciones de salud y educación no tienen ningún incentivo para cambiar su comportamiento. En educación, el equilibrio de bajo nivel resulta del comportamiento combinado de los docentes, directores, autoridades regionales, sindicatos y la administración ministerial. El equilibrio requiere una rendición de cuentas laxa entre los integrantes de la corporación: los médicos no pueden esperar mucho de las enfermeras; los directores de hospitales, de los médicos o de los administradores regionales; los administradores nacionales, de los regionales. La implicancia de esto es que un cambio solo podrá venir desde fuera de la corporación, como un choque externo. En otros países hay evidencias de que, al menos en el ámbito de los centros educativos individuales, las instituciones cuyo desempeño ha mejorado sustancialmente a lo largo del tiempo tuvieron algo en común: un choque externo. En la siguiente sección se describe un marco conceptual que amplía las relaciones de rendición de cuentas más allá de los límites de la corporación. Este marco es usado en seguida para explicar la mecánica de varias reformas que se están llevando a cabo en los sectores sociales. Aunque la asistencia social es distinta de la educación y la salud, en la medida en que engloba a una burocracia mucho más pequeña, este sector ha innovado algunas de las reformas que luego fueron aplicadas a salud y, de modo más limitado, a educación, y su arreglo institucional puede también ser descrito utilizando el marco.

## V. El marco de la rendición de cuentas

Esta sección describe el marco conceptual de la rendición de cuentas en la provisión de servicios, desarrollado por Devarajan y Reinikka en el *Informe de Desarrollo Mundial 2004* del Banco Mundial. El marco explica la razón por la cual la cadena de provisión de servicios sociales a los pobres a menudo falla, e identifica posibles fuerzas de cambio. Hay tres grupos de actores: (a) los ciudadanos o clientes del sistema; (b) la corporación de los proveedores de servicio, incluyendo a los proveedores directos, los administradores, las autoridades locales y regionales, así como los principales rangos de la administración ministerial; y, (c) el Estado (incluyendo el ámbito subnacional), que comprende a políticos y decisores de política tanto en la rama Legislativa como en la Ejecutiva. La relación entre estos actores se puede expresar como el «triángulo de rendición de cuentas» (véase el gráfico 1.10).

**Gráfico 1.10. Relaciones clave de poder: el triángulo de rendición de cuentas**

Fuente: Banco Mundial 2004a.

Los usuarios —la base del triángulo— son los clientes de los servicios como pacientes en establecimientos de salud o alumnos en los centros educativos. Ellos tienen una relación con los proveedores directos, profesores y médicos. En el caso de los servicios aquí considerados —salud, educación y asistencia social—, la sociedad ha decidido que serán financiados no con transacciones realizadas en el mercado, sino más bien por el Estado. Por lo tanto, no hay una rendición de cuentas directa del proveedor al consumidor en el mercado.<sup>10</sup> Sin embargo, y como lo describe la siguiente sección, diversas experiencias están en camino para dar poder a los usuarios en relación con los proveedores directos y crear una «ruta corta de la rendición de cuentas» para mejorar los servicios. Un ejemplo de ello en el sector salud son los dirigentes comunitarios que han creado asociaciones sin fines de lucro que lideran la gestión de más de 2 mil establecimientos del primer nivel de atención.

<sup>10</sup> Los usuarios también pueden optar por dejar el sector público eligiendo pagar escuelas y clínicas privadas. Sin embargo, cuando hacen esto no se llevan consigo ningún fondo público, de modo que su elección de mercado no tiene ningún impacto sobre los proveedores públicos a los cuales abandonan.

El papel del Estado en la provisión de servicios requiere que se establezca una «ruta larga» de rendición de cuentas, de los clientes como ciudadanos que influyen en los decisores de políticas (la «voz» en el lado izquierdo del triángulo), y los decisores que a su vez influyen en los proveedores (el «contrato» al lado derecho). La «voz» ha de ser considerada como el vínculo entre la ciudadanía y los decisores de políticas o políticos. La gente contribuye por medio de su voto, de la influencia en el Congreso, de protestas públicas y del uso de los medios a la definición de los objetivos colectivos de la sociedad, e intenta controlar las acciones públicas para alcanzar tales objetivos. En la práctica, esto no siempre funciona. En el Perú se han desarrollado una serie de innovaciones institucionales con el objetivo de fortalecer la voz de los ciudadanos en el diseño y la regulación de los servicios sociales. Algunas de estas innovaciones consisten en mejoras en el sistema de elección o en el desarrollo de nuevas formas de representación electoral creadas en el contexto del proceso de descentralización; otras intentan influir en los decisores de política por medio de formas de participación directa. Más adelante se examinan estos ejemplos de «voz».

Los servicios no mejorarán incluso si la gente puede llegar al decisor de políticas, a menos que este pueda asegurar que el proveedor del servicio lo suministre adecuadamente. La relación entre el decisor y el proveedor engloba la creación de leyes y reglamentos y a la provisión de recursos. Si bien en teoría estos elementos podrían ser herramientas poderosas que deberían dar a los decisores de políticas un poder significativo sobre los proveedores, en la práctica los decisores tienen poca influencia sobre las corporaciones de proveedores. El equilibrio de bajo nivel descrito en la sección anterior es, en parte, un resultado de esta falta de influencia. La legislación, la regulación y el manejo del presupuesto a veces no bastan para cambiar el comportamiento de los proveedores. Los administradores de los sistemas de salud y educación responden a los trabajadores de salud y a los docentes mucho más que a los usuarios. A los funcionarios del Ministerio de Educación les preocupan más los problemas de los docentes que aquellos que conciernen al aprendizaje de los alumnos. Los funcionarios del Ministerio de Salud responden primero a las demandas de los profesionales de la salud y después a las necesidades de los usuarios. Los administradores y los proveedores directos se comportan como «corporaciones» cerradas. Los trabajadores de salud y educación tienen un fuerte peso como votantes y están bien organizados.

Los usuarios, en cambio, no lo están, y no son lo suficientemente conscientes de los problemas de calidad del sistema, ni tienen ningún parámetro de

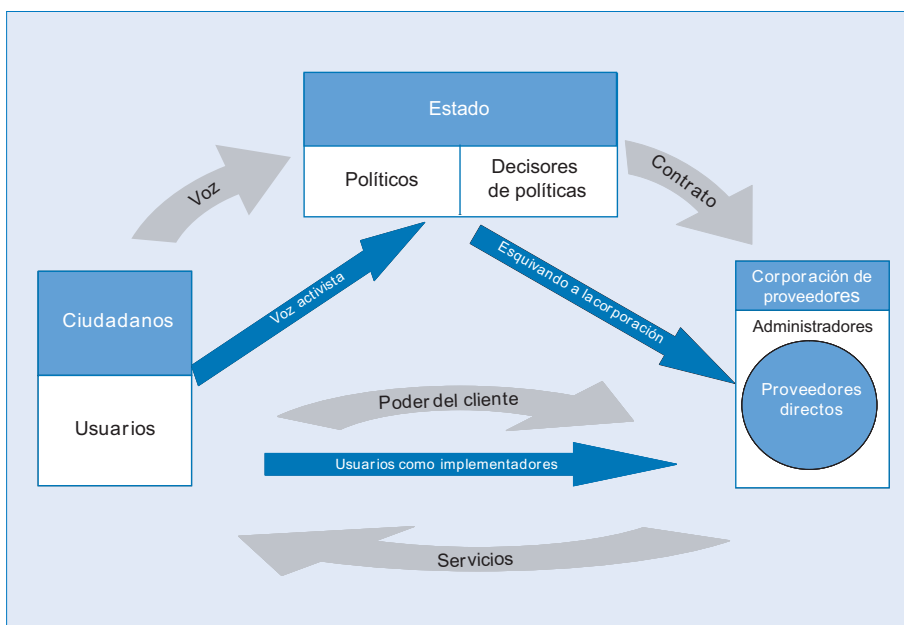
referencia de lo que un buen sistema debe proveer. Resolver el problema de los usuarios requiere separar mental, y a veces físicamente, al Estado del proveedor, y pensar la relación entre ambos como un pacto o «contrato». De lograrse la separación, el proveedor acepta suministrar un servicio a cambio de ser recompensado o penalizado dependiendo de su desempeño. El contrato puede ser un arreglo explícito entre los niveles del gobierno, o uno implícito, como en los acuerdos laborales de los empleados públicos. No es fácil separar al Estado del proveedor, pues quienes se benefician con esta falta de separación se resisten al cambio. La separación de administradores y proveedores requeriría una profunda reforma del Estado. En los últimos años ha habido algunos intentos moderados para conseguir esta separación, pero no han tenido mayor éxito. Enfrentados a su incapacidad para lograrlo, los decisores implementaron reformas parciales creando estructuras paralelas de proveedores directos o tratando a los que ya existen en formas que evitan a los administradores corporativos. Estos intentos se describen en la siguiente sección.

## **VI. Intentos de romper el equilibrio de bajo nivel**

En los últimos años hubo varios intentos de reformar el sistema de provisión de servicios. Empleando el triángulo de rendición de cuentas, podemos clasificar las reformas de años recientes en tres grupos: (a) aquellas que buscan fortalecer la ruta corta de la rendición de cuentas, colocando a los usuarios como implementadores de servicios (el empoderamiento de los usuarios); (b) las que establecen un sistema paralelo de proveedores directos, o procedimientos que evitan las rigideces de las corporaciones existentes llegando directamente a los proveedores directos; y, (c) reformas que intentan conceder una mayor influencia a los ciudadanos en el diseño e implementación de los programas sociales («voz»). Estos intentos de reformar el sistema aparecen en el gráfico 1.11, y son descritos más adelante. Luego de ello se examina el potencial impacto del actual proceso de descentralización sobre la provisión de servicios sociales.

### **Los usuarios como implementadores**

En décadas recientes, los usuarios han asumido un papel directo en la provisión de servicios, y lo han hecho de muchas formas. Los capítulos 3, 4 y 5 sugieren

**Gráfico 1.11. Reformas parciales a la cadena de provisión de servicios**

Fuente: Banco Mundial 2004a.

que su participación directa en la implementación de los programas sociales impactó de tres maneras: (a) forzó una expansión física de los sistemas de salud y educación a las áreas pobres; (b) prescindió de la intermediación de una corporación estatal en la puesta en marcha de los programas de asistencia social; y, (c) manejó un gran número de establecimientos de salud fuera de los procedimientos de la corporación de este sector. Estas reformas se describen a continuación.

### ***Los usuarios y la infraestructura***

Una parte considerable de la expansión de la cobertura de educación y de salud producida en los últimos cincuenta años en zonas rurales y periurbanas se debió a la presión de las comunidades por obtener esos servicios. La mayoría de las comunidades en áreas remotas tienen una historia que comenzó con un esfuerzo por organizarse para pedir a las autoridades un establecimiento de primer nivel: una escuela unidocente o un puesto de salud básica atendido por una auxiliar de enfermería. Para subrayar su interés por el servicio y presionar al ministerio del ramo para que asignara personal, durante muchas décadas las

comunidades construían la infraestructura, usualmente con el apoyo de una agencia externa. En la década de 1960, Cooperación Popular colaboró con ellas para que pudiesen levantar sus escuelas y puestos de salud. A comienzos del siguiente decenio, el Sistema Nacional de Movilización Social (SINAMOS) ayudó a obtener los materiales de construcción a las comunidades organizadas. Estas actividades fueron posteriormente continuadas por ONG que canalizaron fondos externos para apoyar a las comunidades en esa tarea. Muchos de estos centros educativos y puestos de salud sufrieron enormemente durante la década de 1980 debido a la violencia y la crisis fiscal.

En la década de 1990 hubo un frenesí en la construcción de infraestructura simple financiada por FONCODES. El gobierno aprobó una legislación especial que permitió a FONCODES evitar las rigideces de la planificación y ejecución de la inversión pública establecidas por los ministerios sectoriales. Esta ley permitió la transferencia de fondos a los Núcleos Ejecutores, grupos comunitarios que podían elegir entre un simple menú de inversiones y que estaban a cargo de la contratación de obras empleando reglas simplificadas. La agilidad de la nueva ley permitió a estos grupos ejecutar alrededor de 40 mil proyectos de pequeña escala en una década, por un valor de más de 2 mil millones de dólares, fundamentalmente para la rehabilitación y construcción de escuelas, puestos de salud, sistemas de agua y alcantarillado, caminos rurales, programas de electrificación rural y pequeños sistemas de riego. Una vez construida la infraestructura, las comunidades presionaban a las autoridades competentes para que asignasen personal. A menudo, en los primeros años era la comunidad local o el municipio el que financiaba la contratación del primer maestro o auxiliar de enfermería. Era común que jóvenes profesionales ofreciesen sus servicios durante algún tiempo para así establecer el derecho a ser contratados una vez que se creaba el puesto.

Aunque estos programas produjeron beneficios importantes, también crearon problemas. Compitieron con las agencias sectoriales (los ministerios de Educación, Salud, y Vivienda, Construcción y Saneamiento), que los criticaban afirmando que faltaba coordinación, situación que condujo a veces a la creación de un número excesivo de centros educativos o puestos de salud en un área dada. Fue frecuente la construcción de pequeños hospitales rurales a los que no podía asignárseles personal y que terminaron subutilizados. También compiten con los gobiernos locales, que los critican afirmando que en un contexto descentralizado deberían ser ellos los que estén a cargo de organizar las actividades. En los últimos años el gobierno ha venido recortando los fondos de

estos programas, justificando el recorte con el argumento de que las inversiones en pequeña escala en zonas pobres deberán ser implementadas por los municipios y regiones en el contexto de la descentralización. Esto no ha ocurrido, porque los municipios rurales que se beneficiaban de esos fondos no elevaron su inversión debido, entre otras razones, a que no tenían acceso a la legislación especial elaborada para la implementación de proyectos financiados por estos fondos, y también a la falta de capacidad para desarrollar e implementar proyectos.

### *Los usuarios y los programas de asistencia social*

En el Perú, los programas de asistencia alimentaria llegan hoy a 9,5 millones de beneficiarios, y gastan alrededor de 0,4 por ciento del PBI. Los más grandes son implementados por grupos comunitarios que reciben alimentos y requieren que las comunidades se organicen para cocinarlos y distribuirlos. Estos programas tuvieron su origen a comienzos de la década de 1980. Se vieron energizados por el restablecimiento de la democracia luego de un largo periodo de gobierno militar y fueron impulsados por la crisis económica de 1983, que hizo que el PBI cayera en 9 por ciento y la inflación alcanzara 125 por ciento al año. Los programas fueron promovidos de modo independiente por la Primera Dama, que auspició las Cocinas Populares, y por el Alcalde de Lima, quien prometió un millón de vasos de leche y creó el programa del Vaso de Leche.

Con más de 5 millones de beneficiarios, el Vaso de Leche es el más grande de tales programas. Estos se organizan en grupos que reciben los alimentos de la municipalidad y luego los preparan (en algunos casos se reparten crudos). La preparación la realizan, temprano en la mañana, dos o tres mujeres que rotan en esta tarea, en la casa de una de las beneficiarias. Las madres que no están a cargo de la preparación recogen la comida cada mañana. Los beneficios son relativamente pequeños (2 dólares al mes por beneficiario) y el esfuerzo de participar en el grupo es relativamente grande, lo que lleva a una autoselección. El Gobierno Central financia el programa y solamente cubre los alimentos. Los costos restantes deben ser pagados por el municipio o por los beneficiarios.

El empleo de grupos de beneficiarios en estos programas tiene ventajas importantes para los usuarios, entre ellas la creación de capital social y una protección efectiva del presupuesto: por ley, los fondos de estos programas no pueden usarse para pagar salarios, de modo que no hay una burocracia que podría crecer a costa de los beneficios. Sin embargo, los programas también



cuentan con desventajas significativas. Una de ellas es la dificultad con que los usuarios dejan de ser beneficiarios cuando no cumplen con los requisitos establecidos para serlo. Como estos se gobiernan a sí mismos, y dado que el respaldo gubernamental se limita a la provisión de alimentos, los beneficiarios se convierten en un grupo cerrado interesado en extender el beneficio para sí mismos y no para el resto de la comunidad. El capítulo 5 muestra cómo las madres del Vaso de Leche han extendido continuamente la edad límite de los beneficiarios para mantener a sus hijos en el programa. Esto se hace a expensas de otros niños más pequeños cuyo estado nutricional podría ser mejorado. En los últimos años, algunos de los beneficiarios han estado recibiendo los alimentos sin preparar. Esto empeoró desde 2001 y es un serio problema porque elimina el principal instrumento de autofocalización del programa. Por último, en razón de que estos programas son implementados con poco contacto con los servicios gubernamentales, carecen de la coordinación con servicios complementarios como educación, salud y consejería nutricional, necesarios para que logren un impacto sobre el nivel nutricional de los beneficiarios.

### ***Los usuarios y la provisión de salud en el primer nivel de atención: los CLAS***

Luego del éxito alcanzado por los grupos comunitarios en inversiones financiadas por los fondos sociales y la implementación de los programas de asistencia social, a mediados de la década de 1990 hubo diversos intentos de incluir a las comunidades en el manejo de los centros educativos y los establecimientos de salud. En educación, en 1991 el gobierno aprobó un decreto para poner en marcha un sistema que daría a los padres de familia un importante papel en el manejo de las escuelas. El decreto se topó con una huelga de docentes que duró cinco meses, hasta que el intento fue abandonado.

En salud, una opción de perfil más bajo tuvo más éxito. En 1994 se desarrolló un nuevo programa para transferir el manejo de los establecimientos de salud a grupos comunitarios. Se rehabilitaron cientos de establecimientos y muchos de ellos no tenían personal. Los CLAS fueron creados como instituciones sin fines de lucro por los miembros de la comunidad para manejar un establecimiento de salud del primer nivel. Estos reciben fondos públicos para producir servicios específicos con un contrato de tres años. Actualmente, alrededor de una tercera parte de los establecimientos de salud públicos es manejada con este sistema.

En vista de su naturaleza no gubernamental, los CLAS alcanzaron una flexibilidad sustancial en el manejo de fondos y de los trabajadores de salud. Durante los primeros años de funcionamiento no estuvieron sujetos a los lentos procedimientos del manejo del presupuesto del sector público. Además, tuvieron también el manejo directo de sus fondos, a diferencia de los establecimientos de salud convencionales, cuyos recursos son manejados por administradores subregionales situados fuera de ellos. Los CLAS también podían contratar personal ajustándose a la legislación del sector privado. El uso de contratos de corto plazo y de bonificaciones brindó al personal un fuerte marco de incentivos.

Diversos estudios han intentado evaluar el desempeño de los CLAS, como se describe en el capítulo 4. Las comparaciones entre ellos y los establecimientos de salud convencionales en entornos geográficos y sociales similares sugieren que los primeros: (a) tienen una productividad que es 30 por ciento más alta por trabajador de salud (Harding y Alvarado 2005); (b) brindan 61 por ciento más de acceso a usuarios de bajos ingresos —financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS)— en las áreas urbanas y 20 por ciento más en las rurales (Altobelli, Sovero y Díaz 2004); y, (c) alcanzan tasas de satisfacción de los usuarios más altas por 9 puntos porcentuales (Cortez 1998). Hay, asimismo, indicios de que el tiempo de espera es menor en un CLAS que en los establecimientos convencionales.

No obstante estos resultados positivos, el sistema CLAS se encontró con una gran resistencia del sector público y de los sindicatos de trabajadores de salud. Durante varios años los administradores del MINSA se opusieron a ampliar el sistema, sin tener en cuenta los numerosos pedidos realizados por grupos locales. Aún más importante es que la flexibilidad de los CLAS en el manejo de fondos y de recursos humanos ha sido reducida. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) presionó para que se les fijaran normas públicas de contabilidad y de adquisiciones, lo que redujo su flexibilidad y agilidad para procesar las compras. En diciembre de 2004 se aprobó una ley que concedía a todos los médicos que laboraban en los CLAS el derecho a ser nombrados, sujeto a la legislación de la administración pública para los trabajadores de salud. Más de 3 mil médicos cambiaron de estatus con esta legislación, y redujeron así su número de horas diarias y sus días de trabajo al mes, e incrementaron el costo de las planillas. El futuro del sistema CLAS aparece incierto, porque el sindicato que representa al resto de los profesionales de salud está exigiendo un trato similar al que se ha dado a los médicos.

## **Esquivando a las corporaciones**

Esta sección describe tres intentos llevados a cabo para resolver el problema del equilibrio de bajo nivel esquivando a las corporaciones: un ejemplo de tercerización del manejo de los centros educativos, una experiencia de empleo de trabajadores contratados fuera de las reglas de la corporación, y una nueva forma de financiar la salud.

### *Tercerizando la provisión de servicios*

Fe y Alegría (FyA) es una organización católica que gestiona escuelas con financiamiento parcial del sector público. Comenzó a trabajar en Venezuela en 1955 y ahora está establecida en diversos países latinoamericanos. En el Perú, FyA cuenta con 71 mil alumnos, 3.200 docentes, 62 centros educativos grandes, 97 escuelas rurales manejadas por cuatro redes, y varios centros técnicos y vocacionales. Las escuelas de FyA buscan llegar a niños que se encuentran en los dos quintiles inferiores de la distribución del ingreso. Las evaluaciones de desempeño muestran regularmente mejores resultados que los de las escuelas públicas, aunque los costos son aproximadamente los mismos pues el sistema emplea a docentes pagados en igual escala salarial que los profesores estatales y con prácticamente la misma razón alumno/profesor.

El capítulo 3 analiza la posibilidad de expandir la experiencia ampliando el número de centros educativos tercerizados, o de tomar los factores que explican el éxito de FyA y aplicarlos a las escuelas públicas. Se concluye que algunos de estos factores sí son repetibles, pero otros no. Entre los primeros tenemos los siguientes: estándares curriculares y de logros más claros, mayor monitoreo y evaluación, más continuidad en el liderazgo, un mayor uso de mediciones universalizadas con retroalimentación a escuelas individuales, y la toma de conciencia de que los órganos intermedios (como las Unidades de Gestión Educativa Local [UGEL]) tienen como función proporcionar servicios a los centros educativos.

Otros factores no son repetibles; por ejemplo, muchos directores de FyA son personas especiales de las cuales no hay una oferta muy elástica en el sector público. Algunos de ellos son extranjeros, extremadamente bien educados, pertenecen a órdenes religiosas y tienen experiencia en la administración de grandes escuelas modernas en los países desarrollados. Hay cierta selección de los padres. Los centros educativos son ubicados fundamentalmente

donde las comunidades los piden. Todos estos factores sugieren que debe tenerse cautela en lo que respecta a cuánto mejoraría todo el sistema con la tercerización o con contratos modelo como los de FyA. Esto no quiere decir que una tercerización de este tipo no sea prometedora; por el contrario, la experimentación debe proseguir pero debe ser cautelosa y estar bien documentada, y debe prestar particular atención a la investigación de los factores repetibles.

### *La contratación de trabajadores temporales*

En el sector salud hay una inmensa concentración de recursos humanos y equipos en Lima. Esto ha mejorado en años recientes: a mediados de la década de 1960 la disponibilidad de médicos en Lima era cinco veces más alta que en el resto del país; desde ese entonces, la oferta ha crecido fuera de la capital casi cuatro veces más rápido. Una parte considerable de esta mejora fue producida por el crecimiento urbano fuera de Lima, lo que ejerció una atracción natural para los médicos. Parte de ella, sin embargo, se logró gracias a intervenciones del Estado, sobre todo en las áreas rurales.

Una de estas intervenciones fue el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM), un programa de internado voluntario creado en la década de 1980 en reemplazo de un programa anterior que exigía a todos los estudiantes de Medicina, como condición para graduarse, que trabajaran durante un año y sin paga en establecimientos rurales. El SERUM no es un requisito para graduarse, pero sí da a los jóvenes médicos graduados puntos extras para postular a un puesto estatal, y para solicitar la admisión a los programas estatales de internado con miras a una mayor especialización. En años recientes, SERUM ha proporcionado más de mil profesionales de salud a clínicas en localidades pobres.

Otra intervención de esa naturaleza fue el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), que se inició en 1994 con el objetivo de contratar trabajadores de salud para los recién habilitados establecimientos de salud del primer nivel.<sup>11</sup> El programa era manejado centralmente, los trabajadores de salud eran empleados con contratos temporales que no estaban sujetos a la ley de la administración pública y el personal era asignado a establecimientos de

<sup>11</sup> El nombre original del programa fue Salud Básica para Todos, y financiaba el personal, los insumos, los programas centrales de salud pública y algo de construcciones.

salud específicos en localidades pobres. Los contratos eran renovados tomando en cuenta el desempeño del trabajador. Al principio los programas también pagaban bonificaciones al personal regular del MINSA por extender sus horas de trabajo más allá del horario regular. Hacia el año 2000, el programa empleaba a más de 10 mil trabajadores de salud; aproximadamente la mitad eran médicos y enfermeras, y el resto eran auxiliares de enfermería y otros técnicos de salud.

El PAAG y el SERUM debieron enfrentar una gran oposición. En 2004, luego de una prolongada huelga, el gobierno aceptó nombrar a los médicos contratados que laboraban en el PAAG sin pasar por el requisito de una competencia abierta. En 2005, las enfermeras exigieron un trato similar. Una vez nombrados, estos profesionales dejaron pronto sus plazas rurales y pasaron a hospitales urbanos. Otro resultado del conflicto de 2004 fue la eliminación de la ventaja que el SERUM solía conferir a los jóvenes profesionales interesados en postular a los programas de especialización. En virtud de estos cambios, el gobierno que asuma el mando en 2006 tendrá que enfrentar un desafío significativo: mantener o no la asignación de personal en las áreas rurales. En consecuencia, hay un gran riesgo de que las mejoras en los indicadores de salud alcanzadas en años recientes se vean afectadas.

### *El Seguro Integral de Salud*

En 2001, el gobierno instituyó el SIS como un esfuerzo por ayudar a superar la barrera económica que impide a los pobres acceder al cuidado de la salud. El SIS fue creado a partir de experiencias de pequeña escala que habían resultado exitosas en los años previos. Funciona bajo la premisa de que hay una subutilización de la capacidad de los hospitales y establecimientos de salud del Estado, y de que con incentivos adecuados los proveedores existentes podrían incrementar su productividad y proveer servicio a un número mayor de personas. La infraestructura, los equipos y el personal ya han sido cubiertos con el presupuesto del Ministerio de Salud, y el SIS paga una tarifa por cada servicio provisto a beneficiarios predefinidos a partir de tarifas que, se estima, cubren los insumos médicos, las medicinas y otros costos variables. Este seguro evita a la «corporación» al pagarle directamente a los proveedores directos y al hacerlo como un pago por servicios efectivamente proporcionados (y que implican un sistema de auditorías), en lugar de seguir la ruta tradicional que agregaba recursos a una línea presupuestaria asignada al Ministerio. El SIS tiene cinco

planes de beneficios: (a) para niños de hasta 4 años de edad; (b) para niños de 5 a 17 años; (c) para los servicios maternos; (d) para emergencias; y, (e) para grupos seleccionados de beneficiarios, que incluyen a los dirigentes de diversos programas antipobreza y otros grupos políticamente influyentes que han sido agregados a la lista de beneficiarios sin sumarle fondos al presupuesto del SIS para pagar por dichos servicios.

Si bien el SIS tiene un presupuesto equivalente a tan solo 7 por ciento del presupuesto del MINSA (incluyendo el costo de las oficinas regionales), su influencia consiste en abrirles las puertas del Ministerio a personas que no podrían pagar la tarifa del servicio. Se cree que ha contribuido a una mejora significativa en la cobertura de los servicios prestados a los pobres. Aun cuando no hay una evaluación rigurosa del impacto del programa, diversos analistas asocian su implementación con la rápida expansión de los partos institucionales de 58 por ciento en 2000 a 70 por ciento en 2004, según las encuestas de hogares (INEI 2004a). Y aun cuando el SIS no está tan bien focalizado en los pobres como otros programas similares en otros países, es significativamente más progresivo que todos los restantes programas de salud en el Perú. De cada dólar del SIS, 67 centavos van a los pobres, en comparación con 58 centavos de cada dólar de atención primaria del MINSA, 33 centavos de cada dólar de los hospitales del MINSA y 17 centavos de cada dólar de EsSalud. Estos resultados son una consecuencia del énfasis puesto por el SIS en brindar una cobertura fuera de Lima, dando prioridad a las áreas rurales y limitando el financiamiento que otorga a los hospitales que prestan servicios más especializados.

Como todos los demás intentos por reformar el sistema descrito en este libro, el SIS se ha topado con resistencias en muchos frentes. El MINSA quisiera manejar los fondos del SIS a través del presupuesto del sector, y ambas instituciones se han enfrentado en numerosos aspectos, entre ellos la regulación de los servicios, la fijación de las tarifas y la elección de los beneficios incluidos en los planes. Los proveedores directos están bajo presión para incrementar su productividad y se resisten a atender un mayor número de pacientes por día (aun cuando se cree que la productividad diaria por profesional permanece a niveles equivalentes a menos de 20 por ciento de los del sector privado). Los proveedores directos también se resisten al SIS porque este impone tarifas a menudo menores de lo que los proveedores cobrarían al público (los servicios cubiertos por el SIS se brindan libres de costo al usuario). El MEF, asimismo, se opone a él, porque expone al gobierno a una pérdida de discrecionalidad en la ejecución del presupuesto: una vez que se brinda un servicio cubierto por un

plan a alguien que tiene derecho a la cobertura, el SIS incurre en una deuda con el proveedor del servicio. Si bien en teoría esto es manejable —todos los planes de seguros funcionan de la misma manera—, ello requiere un cambio inmenso en la cultura del MEF. En 2004 hubo un gran incremento en las planillas del MINSA y un importante corte en el presupuesto del SIS. Este corte implicó que a muchos proveedores no se les pagaran los servicios ya prestados. Además del costo financiero para los proveedores, esto podría haber creado un problema de confianza de más largo plazo en el nuevo sistema.<sup>12</sup>

### **Fortalecimiento de la voz ciudadana**

La década de 1990 marcó el apogeo de las reformas que estimularon a los usuarios a participar directamente en la provisión de servicios. Al mismo tiempo, ese decenio vio pocos desarrollos en el área de la «voz ciudadana». Se animó a las comunidades a que tomaran acciones en su ámbito local y a que dirigieran sus energías a la implementación de proyectos específicos, pero se las desalentó de una participación activa en la toma de decisiones en temas más amplios. En cambio, en esta nueva década el gobierno ha fomentado la participación en las «actividades de voz» que buscan discutir planes y acciones ambiciosos en su alcance y marco temporal, al mismo tiempo que ha reducido el alcance de la participación directa en la provisión de servicios, actividad que ha dejado a los proveedores formales y a las nuevas burocracias regionales y municipales.

En los últimos cinco años, el entorno para que los ciudadanos influyan en los decisores de políticas se ha visto fortalecido de dos modos significativos, que se describen detalladamente en el capítulo 7. En primer lugar, si bien la década de 1990 se caracterizó por el secreto, desde 2000 el derecho de la ciudadanía a acceder a la información pública se ha ampliado enormemente gracias a la legislación y a una rápida expansión en el uso de las tecnologías de la información. En segundo lugar, diversas instituciones se han materializado para influir en la política y presupuestos sociales a escala nacional, regional y municipal. Esto se produjo inicialmente como una respuesta espontánea al vacío creado por el desmantelamiento del sistema político que existió hasta 2000,

<sup>12</sup> El capítulo 4 incluye diversas recomendaciones para fortalecer la capacidad del SIS, a fin de que se comporte como un asegurador y limitar la incertidumbre de su costo total para el Tesoro.

y luego como parte de la nueva institucionalidad estipulada por la legislación vinculada a la descentralización.

### ***Acceso a la información pública***

La Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal de 2002 (ley 27958), así como la legislación subsiguiente relacionada con la transparencia, la organización sectorial y la descentralización, requieren que los gobiernos central, regional y municipal publiquen regularmente información acerca de diversas áreas. La Defensoría del Pueblo ha estado monitoreando esta política activamente. Gracias a un crecimiento explosivo en el uso de la Internet por los organismos del gobierno y el público en general, hoy se cuenta con bastante información sobre muchas áreas. Hacia fines de 2004, veintitrés ministerios, todos los gobiernos regionales y muchos municipios habían implementado Portales de Transparencia. El sistema de información financiera del Ministerio de Economía y Finanzas (el Sistema Integrado de Administración Financiera, SIAF) estableció un portal bastante amigable para el usuario, con información útil para todo aquel interesado en monitorear el presupuesto del Gobierno Central. Muchos gobiernos regionales y municipales están cumpliendo de modo regular con la obligación legal de hacer pública la información disponible en asambleas. Una serie de organizaciones de la sociedad civil han desarrollado programas dedicados a monitorear el uso de parte de esta riqueza informativa.

La disponibilidad de esta información tiene un significativo valor potencial, pero en su forma actual buena parte de ella no puede usarse como un instrumento de rendición de cuentas. Salvo por unas cuantas excepciones (como el SIAF), mucha de la información no es sistemática y en muy pocos casos está dirigida a monitorear el avance en la ejecución de programas. Es probable que su calidad y utilidad mejoren a medida que la usen personas e instituciones interesadas en el monitoreo.

### ***Instituciones que influyen en la política social***

Un gran número de organizaciones y procesos participativos institucionalizados se desarrollaron en los ámbitos regional y local durante el gobierno de transición, y en el contexto de la implementación de las diversas leyes promulgadas después de 2001 para promover la descentralización. Las principales organizaciones y procesos hoy son la Mesa de Concertación para el Alivio de la Pobreza,



los Consejos de Coordinación Regional y Local, y el Presupuesto Participativo. Las primeras organizaciones en generalizarse fueron las Mesas —que estaban conformadas por funcionarios del gobierno, representantes de grupos religiosos, ONG y otros grupos de la sociedad civil— para llenar el vacío de coordinación que siguió al desmantelamiento de algunos de los controles centralizados de la toma de decisiones de fines de la década de 1990. Las Mesas locales fueron establecidas durante el periodo de transición para coordinar y monitorear los programas sociales del gobierno.<sup>13</sup> A diciembre de 2003, 1.283 Mesas estaban operando en el país. Su rápida organización es un reflejo de la sed de participar en la toma de decisiones de la política social que caracterizó a la transición política. Este apetito llevó, en 2002, a la aprobación de leyes que intentaron formalizar la participación en muchas áreas de la vida pública. La legislación que creó las regiones estipulaba que los nuevos gobiernos regionales debían contar con un Consejo de Coordinación Regional (CCR), y la nueva Ley Orgánica de Municipalidades requiere que ellas tengan un Consejo de Coordinación Local (CCL). Estos Consejos están conformados por diversas combinaciones de funcionarios elegidos y representantes de distintas organizaciones de la sociedad civil.

El intento máximo de formalizar la participación fue la aprobación de leyes en 2004 (y de las normas complementarias en 2005) que obligaban a todas las regiones y municipalidades a producir Presupuestos Participativos. Este presupuesto tiene como base la ya legendaria experiencia del municipio de Porto Alegre, en el Brasil, que permitió a la población opinar sobre las decisiones de desarrollo clave implementadas por el presupuesto. El proceso fue piloteado por funcionarios del MEF en nueve regiones del Perú en 2002, y fue ampliado de inmediato a todo el país; en 2004 se le hizo obligatorio. El capítulo 7 analiza el Presupuesto Participativo y encuentra que este se concentra en el diseño del presupuesto y del plan de desarrollo, pero no presta atención al monitoreo de la ejecución del primero o los resultados del segundo. Si bien es demasiado temprano para evaluar sus costos y beneficios, hay una impresión incipiente de que

<sup>13</sup> El mecanismo de la Mesa fue inspirado por el éxito de la Mesa [nacional] de Diálogo Democrático instituida por la Organización de los Estados Americanos, los partidos políticos y la sociedad civil para manejar el proceso que llevó a la renuncia del gobierno de Fujimori en septiembre de 2000, y a la organización ordenada de elecciones en abril de 2001. La Mesa cuenta con estructuras nacionales, regionales y municipales que promueven la coordinación de la política social y participan en diversos procesos de políticas sociales, algunos de ellos informales y otros vinculados a procesos de gobierno específicos.

podría producir frustración porque exige demasiada energía social y hasta ahora ha mostrado a cambio relativamente poco impacto. Este efecto ligero se debe en cierto modo a que se tiene un proceso que solo afecta a una pequeña parte del presupuesto: los estimados varían entre uno por ciento y 6 por ciento de los presupuestos municipales (estas son las nuevas inversiones; el presupuesto recurrente y todas las inversiones en curso no están incluidas). La frustración podría surgir como resultado de la falta de impacto visible y de la gran brecha que se abre entre las expectativas que se reflejan en la propuesta del presupuesto y los resultados obtenidos cuando este se ejecuta. Por lo común, el proceso del Presupuesto Participativo termina con una gran propuesta que refleja los deseos de los participantes. La propuesta es posteriormente recortada por el Gobierno Local y muchos de los planteamientos específicos son rechazados por el Sistema Nacional de Inversión Pública. En consecuencia, el presupuesto final aprobado se parece poco a la propuesta formulada por el Presupuesto Participativo. Además, muchas de las iniciativas aprobadas no se implementan, sea intencionalmente, sea por la falta de capacidad de los gobiernos locales.

En suma, la sed de participar desarrollada después de 2000 llevó a la creación de numerosas instancias de «voz». Hoy, dichas instancias no cuentan con papeles claramente definidos y hay una superposición sustancial entre los papeles de las Mesas, los Consejos Regionales y Locales, y los grupos que participan en el Presupuesto Participativo. Estas superposiciones, la falta de claridad de la función y la gran cantidad de energía social invertida en esas actividades podrían estar llevando a un «cansancio de participación». Peor aún: todas las energías se dirigen al diseño del presupuesto o a un ambicioso plan de desarrollo, y nada al monitoreo de su ejecución. Algunos analistas asocian el incremento en la «participación conflictiva» a una fatiga con las «formas institucionalizadas de participación» (Remy 2005).<sup>14</sup> El capítulo 7 concluye que una de las debilidades de la conformación participativa de los mecanismos de voz en el Perú es su orientación exclusiva a influir en el diseño de políticas, y recomienda que la participación social en las instituciones de voz debería volcar su

<sup>14</sup> Remy presenta una relación cuidadosa de ambos tipos de participación. La autora sugiere que la mayoría de las formas de participación tienen altos costos de transacción; que en 2000-03 se crearon altas expectativas; y que ahora hay una creciente sensación de frustración con algunas de las instancias de participación institucional. Desde 2004 hubo noventa casos de poblaciones locales que intentaron destituir violentamente a sus autoridades locales (esto además de los 189 municipios que efectuaron revocatorias especiales en 2004 para destituir a sus funcionarios elegidos).

atención al monitoreo del gasto público, el desempeño de los servicios y los estándares de calidad. Con esta orientación, la voz desempeñaría un papel importante en el esfuerzo por romper el equilibrio de bajo nivel en la provisión de servicios diagnosticado por el presente estudio.

### **La descentralización como un choque externo para la provisión de servicios**

¿Es la descentralización el choque externo necesario para romper el equilibrio de bajo nivel? La experiencia internacional sugiere que puede haber cuatro canales a través de los cuales la descentralización logre actuar como un choque que mejora la rendición de cuentas en la provisión de servicios sociales. En primer lugar, la descentralización puede favorecer el desarrollo de parámetros de referencia competitivos. En el Brasil, por ejemplo, la comparación abierta del desempeño de los estados ha creado una fuente de presión «competitiva» para mejorarlo, pues los gobiernos de los estados son presionados por su población para obtener mejores resultados que estados comparables, y también porque el gobierno federal tiene que explicitar las fórmulas usadas para asignar fondos a los distintos estados. En segundo lugar, la descentralización puede abrir la puerta a la experimentación y a innovaciones que responden mejor a las necesidades locales. Los estados más orientados a las reformas tenderán a innovar, y las lecciones aprendidas con esa experiencia pueden ayudar entonces a los demás estados a reconfigurar sus propios sistemas. Algunas innovaciones en Medicaid en Estados Unidos y en el sector salud en el Brasil se iniciaron de ese modo. Tercero, la descentralización puede llevar a una «separación de funciones» si la relación federal-provincial es reconfigurada de modo tal que el gobierno federal tenga un papel más fuerte (o exclusivo), concentrado en la fijación de normas, en financiar la igualación (equidad interregional) y en monitorear el desempeño. Algunos analistas sugieren que este fue el cambio más positivo en el sector educación del Brasil en la última década. En este país, el gobierno federal se ha alejado de la provisión de servicios y se ha acercado a la regulación y el financiamiento de los servicios provistos por los estados y municipalidades. Cuarto, la voz ciudadana puede tener un mayor impacto en las autoridades locales que en las nacionales. Sin embargo, las evidencias de este último canal sugieren que depende de con cuánta claridad las autoridades locales asuman la responsabilidad por el servicio; la descentralización puede empeorar las cosas y no mejorarlas cuando tal responsabilidad está repartida de

modo ambiguo entre los gobiernos locales y el nacional, como ocurre en el Ecuador o en Venezuela.

Según la Ley de Bases de la Descentralización, este proceso debería tener cuatro etapas en el Perú. La asistencia social se descentralizaría en las etapas iniciales y sería fundamentalmente responsabilidad de los municipios. La descentralización de estos programas comenzó en 2003 y debería haber avanzado mucho para 2006. De acuerdo con la Ley de Bases, la salud y la educación serán descentralizadas en la etapa final del proceso y serán responsabilidad fundamentalmente de los gobiernos regionales.

Diversos capítulos de este libro son sumamente optimistas acerca del impacto potencial de los primeros dos canales: una mayor descentralización podría mejorar la provisión de servicios creando un entorno en el que la fijación de parámetros de referencia podría llevar a que las regiones «compitan» para mejorar su desempeño relativo. Además, algunas regiones ya están mostrando un espíritu innovador, como Lambayeque, que llevó a cabo un referendo para fijar sus prioridades en salud, y San Martín, que está experimentando con un nuevo sistema de enseñanza primaria en las escuelas multigrado.

En cambio, el tercer y cuarto elementos serán más difíciles de alcanzar en el Perú por la forma como se ha dado la descentralización en la práctica. La función principal de los ministerios de Salud y Educación consiste hoy en la provisión de servicios en Lima Metropolitana, puesto que tienen un papel pequeño en la formulación nacional de políticas y ninguno en la provisión de servicios fuera de la capital. Será políticamente difícil cambiar esta configuración, porque los funcionarios de los ministerios, las autoridades municipales, los sindicatos y muchas otras organizaciones en las corporaciones de servicios se oponen al cambio. Sin dejar la función de provisión en Lima, será para ellos complicado desarrollar un papel nacional focalizado en la fijación de normas, el financiamiento de la igualación (la equidad interregional) y el monitoreo del desempeño. El debate acerca de la descentralización desarrollado desde la Ley de Bases ha descuidado este aspecto.

Será también difícil estimular a las regiones y municipios para que asuman una mayor responsabilidad por la educación y la salud. La descentralización conlleva la transferencia de ciertos derechos que las regiones desean obtener (como el estar a cargo de la contratación de los futuros docentes), junto con responsabilidades que ellas preferirían no tener (como ser responsables por un proceso políticamente doloroso de racionalización, necesario para mejorar el sistema). El dinero solo debería ser transferido a las regiones una vez que estas

hayan aceptado también que se les asignen responsabilidades (los derechos solamente deberían ser transferidos junto con las responsabilidades). En el Perú, la mayoría de los derechos atractivos para las autoridades regionales ya han sido transferidos, en especial el derecho de decidir a quién se contrata cuando la planilla se expande. Durante casi dos décadas, las planillas y muchos de los bienes y servicios usados para proporcionar servicios de salud y educación fuera de la Región Lima los manejaban las oficinas regionales de los ministerios, mientras que las sedes centrales de los ministerios de Salud y de Educación manejaban la planilla y los servicios en la Región Lima (lo que incluye a Lima Metropolitana y el Callao). En la década de 1990, los administradores regionales eran funcionarios nombrados por el Gobierno Central, de modo que la desconcentración del poder mantuvo las decisiones dentro de él. Luego de la elección de los presidentes regionales en 2003, el Presidente Regional y el ministerio del sector nombraron, juntos, a las autoridades regionales de salud y educación, pero ellas responden cada vez más a la autoridad regional elegida.

Si bien la mayor parte del presupuesto transferido a los gobiernos regionales debe usarse para pagar las planillas ya existentes de trabajadores de salud y educación (la mayoría nombrados), las autoridades regionales también tienen el papel principal en la decisión de nuevas contrataciones. Más allá de la elección de personas, ellas ahora están asimismo definiendo políticas clave; por ejemplo, en 2004 dos regiones (Iquitos y Puno) decretaron que únicamente se podía contratar docentes originarios de la región. Si bien las políticas salariales son manejadas por el Gobierno Central, el estudio de campo realizado para el capítulo 6 encontró que algunas regiones aplican la política nacional salarial con gran flexibilidad; específicamente, las bonificaciones (que pueden sumar más de la mitad del salario que se lleva a casa) son asignadas de diferente modo por las regiones.

Además, una gran parte de las futuras rentas fiscales del gobierno, procedentes de la exportación de recursos naturales, ha sido asignada ya a las regiones y municipios sin exigirles que asuman nuevas responsabilidades en la provisión de servicios. Por último, se han concedido grandes alzas salariales a los docentes y trabajadores de salud sin hacer que ello forme parte de un paquete de mejor desempeño, o de un acuerdo para transferir autoridad a las regiones. En estas circunstancias será difícil para el siguiente gobierno convencer a las regiones de que asuman más responsabilidades en salud y educación, o a los sindicatos para que acepten cualquier cambio en su estatus. Dadas estas condiciones, no se debería esperar una mayor rendición de cuentas del sistema,

pues los gobiernos regionales seguirán culpando al Gobierno Central de todo problema que pueda ocurrir en los sectores.

## VII. La necesidad de contar con estándares de servicio

Cuando el desafío de la provisión de servicios consistía en incrementar la cobertura, como sucedía en décadas pasadas, su avance o estancamiento era evidente para todos: el número de niños en una escuela, el porcentaje que había sido vacunado o recibía tratamiento por neumonía, el número de beneficiarios de los programas alimentarios, son, todas ellas, cosas de medición sencilla. Los diseñadores de políticas pueden seguir el avance en la cobertura recurriendo a estadísticas que son relativamente fáciles de producir e interpretar. Los padres saben si sus hijos están recibiendo el servicio o no, y en este último caso es relativamente obvio que lo que se necesita es ampliar la cobertura: construir una escuela o puesto de salud, presionar para que se contrate un docente o enfermera, negociar con el organismo estatal responsable para ser incluido en un programa de asistencia alimentaria.

La dificultad para medir el desempeño de un programa social se incrementa drásticamente cuando el desafío es mejorar la calidad. ¿Cómo pueden saber los decisores de políticas, los administradores o los padres si los niños están recibiendo una buena educación, si la atención médica es de un estándar aceptable, o si un programa de asistencia alimentaria está mejorando el estado nutricional de un niño? ¿Cómo se mide la calidad?

Medir la calidad del servicio requiere estándares. Estos son los «pesos y medidas» necesarios para evaluar la provisión de los servicios. Sin ellos los usuarios, administradores y decisores de políticas no cuentan con ninguna forma objetiva de juzgar si los servicios son de calidad aceptable, o si ella está mejorando. Los usuarios a menudo basan sus expectativas de la calidad del servicio en comparaciones. Es imposible comparar escuelas, hospitales y programas sociales a menos que la calidad de sus servicios pueda medirse. De igual modo, la calidad del sistema educativo o de salud en una región no puede ser comparada con la de otras sin contar con estándares de calidad. Una evaluación nacional de satisfacción de los padres con las escuelas de sus hijos mostró que más del 80 por ciento de ellos estaban satisfechos con el servicio que sus hijos recibían; las encuestas de satisfacción con la atención de la salud a menudo encuentran igualmente altos grados de satisfacción. El capítulo 3

analiza la relación existente entre la satisfacción de los padres y las medidas objetivas de la calidad, y no encuentra correlación alguna.

¿Por qué razón no se han desarrollado estándares claros? Parte de la respuesta es que resulta técnicamente difícil definir estándares de calidad, pero otra parte es que las corporaciones se resisten a ellos. Los estándares permiten que la rendición de cuentas sea posible. Con ellos, los usuarios y los decisores de políticas pueden hacer que las corporaciones de proveedores rindan cuentas. De ahí que estas rechacen los estándares y las mediciones de la calidad para evitar tener que rendir cuentas. Los usuarios necesitan conocer la calidad de los servicios que están recibiendo para así poder exigir sus derechos a la educación o a la salud. Los estándares, por ende, son cruciales para un enfoque de mejora de los servicios orientado a los derechos. De igual modo, los decisores de política los necesitan para determinar si una municipalidad está ejecutando los programas de nutrición de modo efectivo. No puede establecerse ningún contrato hasta que no se hayan aclarado las unidades de medida y los objetivos.

En educación, la implementación de estándares mensurables ha sido resistida de muchos modos. En primer lugar, aunque se han preparado pruebas para medir la calidad, estas siguen siendo aplicadas de modo irregular, solo a un subconjunto de centros educativos, y el uso de los resultados sigue estando restringido (de modo que un padre, por ejemplo, no tiene acceso a los datos del centro educativo de sus hijos para compararlos con la escuela de otro distrito, o los resultados de cada región no se publican de un modo que permita a los votantes de la región A comparar sus centros educativos con los de la región B). En segundo lugar, los lineamientos del currículo oficial están diseñados con una complejidad tal que no se los puede entender o medir. El capítulo 3 compara los lineamientos oficiales con los de Fe y Alegría. Un alumno de segundo grado en una escuela de Fe y Alegría debería poder «lee[r] con voz audible, respeta[r] la entonación de pregunta y de exclamación y no silabea[r]». Compárese este objetivo claro y mensurable con los lineamientos oficiales, que son complejos hasta el punto que resulta imposible entenderlos o medirlos: los alumnos de segundo grado deberían «constru[ir] la comprensión del texto que lee[n], a través del siguiente proceso: hace[r] anticipaciones sobre el tipo de texto y el propósito del escrito, por el contexto [...] formula[r] hipótesis sobre el significado del texto y confronta[r] sus hipótesis con las de sus compañeros y saca[r] conclusiones».

En salud tampoco existen estándares claros. Como se describe en el capítulo 4, los sistemas de información son sumamente débiles en la mayoría de las

áreas requeridas para medir los resultados de salud; por ejemplo, el sistema de estadísticas vitales no es en absoluto de fiar, y la mortalidad materna y la infantil son muy mal monitoreadas. La medición de los resultados en salud también es sumamente débil; por ejemplo, casi no se cuenta con información centralmente disponible acerca de la producción de servicios por los hospitales del Estado. Sin esta información, no hay modo de medir la eficiencia en el uso de fondos públicos, o de comparar la calidad de los resultados entre las regiones. Tampoco hay ningún estándar referido a los derechos de los usuarios: no queda del todo claro qué servicios están financiados por el SIS, ni quién tiene derecho a esta cobertura; asimismo, no hay definición alguna de qué servicios pueden cobrarse a los usuarios, o qué tarifas aplicar para servicios específicos de los hospitales públicos. Sin esta información, los usuarios en realidad no cuentan con derecho alguno.

En la asistencia social encontramos un problema similar. Los programas de este tipo examinados en el capítulo 5 no tienen objetivos claros; la mayoría están basados en la distribución de alimentos y dicen incluir entre sus objetivos la mejora de la nutrición, pero no hay ningún esfuerzo por monitorear el estado nutricional de los beneficiarios. La elegibilidad para los programas es asimismo borrosa; originalmente, los beneficiarios del programa del Vaso de Leche fueron definidos como niños hasta de 6 años de edad, pero este incluye cada vez más niños mayores. En vista de esta ambigüedad acerca de los objetivos del programa y de sus beneficiarios, resulta imposible monitorear sus beneficios. Las familias pobres que actualmente no son beneficiarias tampoco pueden exigir su derecho a ser incluidas.

### **VIII. Conclusiones y recomendaciones**

Este libro analiza una serie de reformas probadas en décadas recientes para mejorar los servicios en el Perú. Muchas de ellas tuvieron éxito en incrementar la cobertura y a veces, también, en elevar la calidad de los servicios y los resultados en la población. Sin embargo, la mayoría de las reformas exitosas lo fueron a pequeña escala o solo por un breve lapso. Unas cuantas siguen teniendo éxito y cuentan con el potencial para crecer en escala, pero muchas no son repetibles o están siendo desmanteladas. ¿Cómo encontrar soluciones más permanentes? ¿Qué reformas pueden ser ampliadas y qué se requiere para ello?



Los diversos capítulos que conforman este libro hacen recomendaciones específicas acerca de cómo alcanzar ese objetivo. Podemos enunciar estas recomendaciones como sigue: (a) desarrollar estándares y fijar metas; (b) fortalecer las relaciones de rendición de cuentas; y, (c) construir capacidades institucionales para fortalecer la provisión de servicios que rindan cuentas según metas y estándares establecidos. Estas recomendaciones se resumen más adelante. Antes de examinar las recomendaciones de más largo plazo es útil, sin embargo, subrayar nuevamente la necesidad de un choque que rompa el equilibrio de bajo nivel que predomina en el sistema. Sin él, es improbable que las recomendaciones de largo plazo tengan un efecto significativo.

### **Desarrollar estándares y fijar metas**

El desarrollo de estándares de servicio es una tarea compleja. Se requieren estándares y metas en tres áreas: resultados, procesos y asignación de recursos. En educación, deberían desarrollarse estándares de aprendizaje para cada curso y grado de instrucción, tomando en cuenta la diversidad cultural y regional del país. También se necesitan estándares de proceso. Las UGEL deberían fijar estándares de servicio a las escuelas, y estas a las comunidades. Los estándares de selección de docentes, materializados en los exámenes que tendrían que aprobarse antes de que alguien pueda convertirse en maestro, deberían asimismo ser creados, impuestos y coordinados con los estándares de la capacitación preservicio de docentes. En el sector salud hay una industria sumamente sofisticada en el mundo que produce estándares de calidad, y otra industria compleja que brinda acreditación a los establecimientos sobre la base de tales estándares. En la asistencia social, los programas pueden tener diversas metas y varios grupos objetivos, cada uno de los cuales puede requerir un conjunto complejo de estándares. También se requieren estándares de financiamiento, en particular a medida que el país se descentraliza. Esto podría tomar la forma de una transferencia de fondos a partir de fórmulas, del nivel nacional a las regiones y municipios, y de las regiones a los proveedores. Es necesario producir esos estándares para mejorar la calidad de los servicios, pero este será un proceso largo y complejo.

El Perú no puede esperar a que ese proceso prolongado ocurra. Debe haber una estrategia de corto plazo ligada a otra de largo plazo. Dado que el sistema se encuentra en un equilibrio de bajo nivel, un requisito de toda reforma es la generación de un choque que rompa la inercia. Este choque consistiría en

nuevos comportamientos desatados por un amplio reconocimiento de la mala calidad de los resultados en el sistema, y en entender que se pueden lograr las mejoras si se hace responsables a los proveedores. La estrategia de corto plazo debe concentrarse en generar los elementos necesarios para producir el choque; específicamente, debe producir estándares y objetivos simples y fáciles de entender que puedan captar la imaginación de la opinión pública y de los políticos, y motivarlos a que actúen y hagan que los proveedores rindan cuentas.

El conjunto inicial de estándares y metas debería estar diseñado para desencadenar el choque. No reemplazará el desarrollo de todo un conjunto más amplio y exhaustivo de estándares, que tendrán que ser desarrollados en el largo plazo para sostener el impulso una vez iniciado el proceso de cambio. Este conjunto inicial de estándares serían «trazadores» de un conjunto más completo de estándares que tomará más tiempo crear.

El conjunto inicial debería incluir estándares simples y entendibles que los usuarios puedan aplicar en su vida cotidiana. Por ejemplo, el capítulo 3 sugiere que los alumnos de segundo grado, de 8 años de edad, deberían poder leer sesenta palabras por minuto con un buen nivel de comprensión. Todos los padres de los niños de ese grado deberían saber si sus hijos cumplen con ese estándar. Deberían también saber cuán bien queda su centro educativo si se lo compara con otros en su región, y cuán bien queda esta última si se la compara con otras. Los datos deberían ser presentados de modo tal que permitan las comparaciones sin perder de vista la diversidad cultural y étnica, pero la diversidad cultural no tendría por qué ser una excusa para justificar la mediocridad. Un examen nacional al egresar de secundaria también brindaría una medida simple de calidad a este nivel.

El capítulo 4 sugiere concentrarse en el esclarecimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, y enuncia claramente qué servicios están incluidos en el paquete de beneficios del SIS y quién tiene derecho a ellos. Esta información, que ahora parece ser un secreto bien guardado, debería estar ampliamente disponible, incluso en carteles que podrían colocarse junto a la ventanilla de la caja de todo hospital y clínica. Los criterios de elegibilidad para el SIS deberían asimismo estar a disposición de todos. Deberían publicarse metas para cada región, y el avance hacia esas metas debería ser reportado trimestralmente.<sup>15</sup> De modo similar a las recomendaciones en educación, el

<sup>15</sup> El desafío de lograr que los derechos de los usuarios sean más transparentes en la salud es que el gobierno no haga promesas que sean mayores que el presupuesto que efectivamente puede dar al SIS. Una vez hechas las promesas, no podrá cortarse el presupuesto asignado al SIS.

informe sugiere que se desarrollen sistemas de información que permitan comparar hospitales y establecimientos de salud en cierta región, o entre regiones. Los indicadores deberían incluir el historial de seguridad de los proveedores (por ejemplo, la tasa de mortalidad perinatal) e indicadores mensurables de satisfacción del cliente, como el tiempo de espera (u otros aún más simples, como el número de consultas por profesional por día).

El capítulo 5 muestra que en el Perú los programas alimentarios, aunque bien focalizados, no tienen un impacto mensurable sobre la nutrición, en parte porque carecen de un vínculo con las intervenciones en educación y en salud. Y sugiere que todos los programas de nutrición deberían tener un paquete integrado de intervenciones. Para hacer que los sistemas funcionen, toda madre (incluso aquellas que actualmente no son beneficiarias de ningún programa) debería saber si su hijo está crónicamente desnutrido y cómo monitorear el progreso del niño.

El grupo inicial de estándares debería, asimismo, incluir estándares de financiamiento con dos objetivos: primero, llevar transparencia a la distribución de fondos a las regiones y municipios en el contexto de la descentralización; y, segundo, proteger los fondos requeridos para asegurar una provisión de insumos clave (como las vacunas o las conexiones de Internet), pues como el techo presupuestal asignado a cada sector es fijo, cada vez que la planilla se incrementa se corta el dinero destinado a insumos fundamentales.

El anuncio de un conjunto inicial de estándares fortalecería otros procesos que ya están en marcha. Las reformas que intentan otorgar a los usuarios un papel más directo en la gobernabilidad sobre los proveedores se verían fortalecidas si los usuarios pudieran medir la calidad de su escuela o establecimiento de salud empleando indicadores comunes y trabajando con parámetros conocidos. Provistos de un conocimiento de cómo le va a sus hijos, los padres podrían apoyarlos de modo más efectivo y serían miembros más eficaces de los consejos educativos. El desarrollo de los mecanismos de voz y contrato ya examinados también se beneficiaría con objetivos más claros: cuán diferente sería el debate en educación si el eje cambiara de solo medir la parte del PBI asignada a este sector, o del porcentaje del incremento de los docentes, a por qué razón los alumnos de segundo grado en cierta región alcanzan la meta de leer fluidamente mientras que otros no. El diálogo con los sindicatos también podría ser más eficaz si se pudieran ligar los incrementos en las remuneraciones a la mejora en la capacidad de lectura de los niños, o al acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud sujetos a límites en el tiempo de espera.

Podría ser más factible implementar otros tipos de reformas que fracasaron antes. Por ejemplo, se ha intentado iniciar el proceso de cambio desarrollando estándares para la selección de docentes y profesionales de salud, y exigiendo que se aprueben estos estándares antes de que se otorgue el nombramiento en el sector público. La historia reciente incluye muchos intentos de imponer tales estándares, y todos han fracasado. Durante décadas la legislación, tanto en salud como en educación, ha exigido que el proceso de contratación incluya una selección cuidadosa con exámenes y credenciales académicas. En la práctica, estos requisitos casi siempre son dejados de lado. En 2002, el Ministerio de Educación abrió un concurso para un gran número de plazas docentes buscando así mejorar la calidad de la enseñanza. Se diseñó un examen cuidadoso y muy pocos postulantes aprobaron. Esto provocó conflictos, cambio de ministros y el nombramiento de la mayoría de los postulantes; al finalizar el proceso, 90 por ciento de los docentes contratados habían desaprobado el examen. En 2004, tras una prolongada huelga de los médicos, el gobierno aceptó nombrar a varios miles de ellos. La legislación que exige que los nombrados aprueben estándares específicos fue obviada y el criterio principal empleado fue el tiempo trabajado como contratado. Tal vez la lección principal de esto es que los decisores de políticas no podrán realizar cambios, no obstante las buenas intenciones de un ministro, mientras no haya apoyo activo de los usuarios.

Compárense los fracasos en las reformas antedichas con el éxito conseguido en cerrar el vacío legal que obligaba al Estado a subsidiar un sistema de pensiones altamente regresivo. Cerrar este vacío requería que muchos congresistas que se beneficiaban con el programa votaran para cambiar la Constitución. Una campaña de información nacional creó una enorme presión pública y la reforma fue aprobada.

### **Fortalecer la rendición de cuentas**

Las secciones anteriores han descrito una serie de iniciativas que ya están en curso para fortalecer la rendición de cuentas en los tres lados del triángulo. Muchas de estas iniciativas deberían ser fortalecidas y habría que introducir otras que aún no han sido desarrolladas. Debería estimularse la experimentación con distintas formas de rendición de cuentas.

### ***La rendición de cuentas a los usuarios por los proveedores individuales***

El capítulo 3 sugiere que los grupos de padres de familia en los centros educativos reciban el poder para hacer que estos rindan cuentas asegurándose, por ejemplo, una mayoría estatutaria en los Consejos Educativos Institucionales (CONEI), y requiriendo que las escuelas informen a los padres los estándares de logros y los recursos recibidos y usados, según formatos simples preestablecidos. Los padres de familia deberían participar en la promoción y selección de directores y docentes. El capítulo 4 propone conservar la organización de los CLAS y, de ser posible, ampliarla para cubrir a una parte aún más grande de los establecimientos de atención primaria. Los dirigentes comunitarios deberían conservar un voto mayoritario en los CLAS, y estos últimos tendrían que seguir decidiendo la promoción y selección de todo el personal. Los usuarios también deberían adquirir un nuevo papel para supervisar la calidad de la atención en los hospitales, particularmente en relación con las muertes maternas o perinatales.

### ***Rendición de cuentas a la ciudadanía por los gobiernos locales y regionales***

El capítulo 7 sugiere que las organizaciones de la sociedad civil deberían fortalecer su papel en el monitoreo de la implementación de servicios. Para permitirlo, habría que precisar más la obligación de los gobiernos regionales y municipales de reportar periódicamente sus actividades. Los gobiernos deberían informar a la ciudadanía acerca de los estándares de logro y los recursos recibidos y usados, según formatos simples preestablecidos. Los indicadores deben elegirse cuidadosamente y ser pocos, y todos los gobiernos deben usar los mismos para así asegurar que se puedan comparar.

### ***Rendición de cuentas a los decisores de políticas por los proveedores***

Los decisores de políticas deberían experimentar de modo más amplio con la administración no gubernamental de proveedores de servicios que usan fondos públicos, de modo similar al programa seguido por las escuelas de Fe y Alegría o los establecimientos de salud CLAS. Para hacer esto deberían reducir la actual naturaleza *ad hoc* de tales experiencias creando más formatos y contratos estandarizados para este tipo de gestión, y mejorar la evaluación comparativa de las experiencias según los resultados y la medición de los costos. También

deberían difundir los resultados para que puedan asimismo ser relevantes para los proveedores públicos.

Se supone que las unidades administrativas que operan inmediatamente por encima de los proveedores tienen un papel de apoyo para con ellos. Las evidencias sugieren que las UGEL en educación, las Redes en salud y las municipalidades en los programas de asistencia social que estas manejan, no desempeñan un papel significativo de supervisión acompañante, observación de aulas y de establecimientos de salud, y asesoría personalizada. Su énfasis está puesto hoy más bien en las funciones de control mecánicas basadas en listas de requisitos formales y en cursos y seminarios grupales de capacitación. Las unidades de apoyo deberían fijar estándares de servicio, y los centros educativos, clínicas y proveedores de asistencia social deberían «ponerle nota» a las unidades de apoyo. Deberían publicarse datos comparativos. Los decisores de políticas deberían, asimismo, considerar la posibilidad de contratar algunos de los servicios que estas unidades brindan a terceros de modo experimental.

### ***Rendición de cuentas a los gobiernos subnacionales por el MEF***

También se requieren estándares de financiamiento más transparentes; se necesita desarrollar esos estándares para los niveles regional y municipal, para, así, permitir comparaciones a medida que el país se descentraliza. Además, para que la eficiencia de los proveedores individuales crezca debe haber un esfuerzo por esclarecer los costos y la productividad de cada escuela y hospital. Esto requerirá grandes cambios en la forma como se estructura el presupuesto público, pues el sistema existente hace que sea casi imposible identificar los insumos y costos del proveedor. El uso de fórmulas transparentes para distribuir el presupuesto reducirá los costos de transacción e incrementará la confianza. La falta de más de una década de datos censales hacía que fuera difícil implementar estos tipos de fórmulas, pero su uso será factible una vez que se cuente con los datos del censo de 2005. El empleo de fórmulas también presionará sobre los sistemas de datos, creando así un círculo virtuoso.

### **Construcción de capacidades institucionales**

En el Perú hay evidencias de cierta subutilización en el uso de recursos necesarios para la producción de servicios. Así, en el corto plazo bastará un choque en la rendición de cuentas para producir ciertas ganancias en la calidad. Sin embargo,

en el largo plazo la presión por la rendición de cuentas construida en torno de los estándares llevará a mejores resultados solo si los proveedores desarrollan la capacidad de responder a demandas más altas. Por ende, la construcción de capacidades es el tercer componente necesario para mejorar la calidad de los servicios. Cada sector tiene distintos requisitos al respecto, pero es posible clasificar la mayoría de las necesidades en cuatro categorías.

Se requieren mejores sistemas de información en muchas áreas de todos los sectores. El monitoreo de la evolución de la calidad de los servicios demandará el desarrollo de una variedad de nuevos sistemas de información. Algunos de los sistemas ya existen y necesitan actualizarse, mientras que otros tendrán que ser desarrollados desde cero. Debe señalarse que muchas personas, en especial muchos jóvenes, ya están listos para esta actualización, como lo muestran los cientos de cabinas de Internet que pueden encontrarse hoy hasta donde llegan las comunicaciones, incluso en los pueblos más remotos del Perú.

Se requerirá capacitación en la mayoría de los sectores y tal vez para muchos actores del sistema. Los proveedores directos ciertamente necesitarán capacitarse para poder proporcionar los servicios de acuerdo con los estándares. Los directores de centros educativos y los administradores de los hospitales también requerirán capacitación para aprender a cumplir con su nueva responsabilidad y a desempeñarse para satisfacer los estándares de resultado y de proceso. Asimismo, los funcionarios de las UGEL, Redes y municipalidades necesitarán capacitarse para cambiar su papel del control burocrático al apoyo técnico. Los usuarios —corporaciones de padres de familia, grupos comunitarios— también requerirán capacitación acerca de cómo hacer que los proveedores sean responsables por su desempeño de conformidad con los estándares y cuestiones presupuestarias y financieras.

Alcanzar una mayor capacidad puede también requerir una tercerización aun mayor de los servicios. En algunos casos puede ser experimental y tener como objetivo el aprendizaje. En estos, un componente principal de la inversión necesaria debería ser una rigurosa evaluación del experimento. En otros casos podría ser proveer servicios especializados que no pueden desarrollarse localmente a tarifas competitivas, como servicios especializados para municipalidades pequeñas que no tienen la escala necesaria para producir los servicios eficientemente.

Por último, podrían ser necesarios incentivos financieros significativos para mejorar el comportamiento del conjunto existente de proveedores directos en el corto plazo y —lo que es tal vez más importante— la composición de ese

conjunto en el largo plazo. Sin embargo, estos incentivos deberían ser condicionados a la existencia de un riguroso control de calidad al ingreso, pues hay numerosas evidencias de que un salario más alto no mejorará la calidad si no se establece primero un vínculo entre el salario y la calidad. El capítulo 6 muestra que los salarios de los docentes y los médicos se han incrementado en los últimos años. Sin embargo, el Perú ya tiene un exceso de oferta de ambos profesionales. Si no están ligadas a una mejor selección, a incentivos y al desarrollo de capacidades, las alzas en el salario no producirán mejores docentes o médicos más comprometidos. Se produciría un exceso de oferta aun mayor. Por otro lado, una vez que los incentivos estén bien dirigidos a mejorar la calidad de los servicios y que un grupo de personas altamente motivadas y calificadas hayan elegido dedicarse a mejorar la salud y la educación de los niños del Perú, será necesario asignar mayores recursos en apoyo a sus esfuerzos.

El Perú se encuentra en una coyuntura que exige un nuevo contrato social. La sociedad requiere ahora no solo que se continúe mejorando la cobertura de los servicios, sino principalmente que mejore la calidad y la equidad de los servicios. Para ser exitoso, el nuevo gobierno deberá responder a las crecientes demandas sociales, y para ello tendrá que transformar las relaciones existentes entre los ciudadanos, los proveedores de servicios sociales y el Estado introduciendo una nueva dinámica que permita llegar al equilibrio de alto nivel que se requiere para lograr un país más educado, más saludable y más solidario. Este libro es una contribución al debate necesario para la invención del nuevo contrato social.



## CAPÍTULO 2

# EL GASTO PÚBLICO EN LOS SECTORES SOCIALES

*José Roberto López-Cálix*

Cuando los servicios les fallan a los pobres, casi siempre el mejor lugar para buscar el problema fundamental es determinar la forma en que el gobierno gasta el dinero. Si los políticos y los encargados de la formulación de políticas gastan más de lo que pueden, los servicios se deterioran. Si los presupuestos son mal asignados, la financiación de los servicios básicos continúa siendo insuficiente y los proveedores principales quedan en desventaja. Y si hay malversación de fondos, se deteriora la calidad y la cantidad de los servicios y el acceso. El presupuesto es el vínculo crucial en la ruta larga de la responsabilidad que conecta a los ciudadanos con los proveedores a través de los políticos y de los encargados de la formulación de políticas.

Banco Mundial 2004a.

### I. Introducción

Durante el gobierno de Toledo, la estrategia de reducción de la pobreza seguida por el Perú ha dependido esencialmente del efecto del ‘goteo’ del crecimiento económico. Los esfuerzos exitosos por restaurar la disciplina fiscal han sido cruciales para promover de la recuperación económica. Tal disciplina —que se refleja en déficit más bajos— ha sido posible por una combinación de un gasto de capital dramáticamente reducido, un incremento modesto de la tributación y algo de ahorro en el servicio de la deuda gracias a un manejo activo de la deuda pública. El crecimiento promedió el 4,5 por ciento al año, pero su impacto sobre la reducción de la pobreza resultó, en el mejor de los casos, mitigado. La pregunta es: ¿por qué? Y la respuesta es múltiple.

En primer lugar, el gasto social sigue siendo bajo —alrededor del 5,6 por ciento del producto bruto interno (PBI)—, y creció únicamente en forma

modesta hacia finales del periodo. Por sí mismo, el crecimiento económico es un determinante fundamental de los resultados de la pobreza, pero según la experiencia internacional es el gasto público el que permite hacer las mejoras más dramáticas. Así, la disciplina fiscal no se tradujo en mayores desembolsos sociales, de donde resulta que es preciso explorar las rigideces del presupuesto.

En segundo lugar, la combinación particular de medidas implementadas para restaurar la disciplina fiscal tuvo un resultado de doble filo para la pobreza. Por un lado, los déficit más bajos llevaron a una inflación reducida, un crecimiento más alto y una fuerte posición externa, todo lo cual ayudó a mejorar los estándares de vida —medidos por los niveles de ingreso per cápita— y algunos indicadores sociales a escala nacional. Por otro lado, estos déficit más bajos se explican por una significativa reducción del ya de por sí pequeño ámbito fiscal:<sup>1</sup> el gasto no salarial dedicado a los programas pro pobre. Es cierto que hubo recortes de gastos de inversión y se alcanzaron ahorros adicionales gracias a las ganancias en la recaudación fiscal y los menores pagos de intereses de la deuda, pero la mayor parte de lo ahorrado sirvió para financiar significativos incrementos en la planilla, en especial de docentes y trabajadores de salud.

El proceso de descentralización también ha reforzado estas tendencias. De hecho, se conservó la neutralidad fiscal durante la creación de los gobiernos regionales siguiendo los mismos patrones de gasto. La creación de burocracias adicionales en esas instancias de gobierno fue financiada sobre todo con los escasos recursos antes asignados a la inversión regional.

En consecuencia, con el uno por ciento del PBI, la mayoría de los gastos públicos pro pobre del Perú —los recursos asignados a los Programas Sociales Prioritarios (PSP)— se encuentran en su nivel más bajo, y según los estándares internacionales y regionales, el gasto social global sigue siendo reducido. Los gastos de capital en educación y salud han caído virtualmente a cero. El costo de la planilla de los docentes de la educación pública, los trabajadores de salud y los empleados públicos subnacionales ha alcanzado niveles insostenibles.

En tercer lugar, el continuo cambio en la definición de las políticas sociales y la mala implementación de los programas destinados a este fin, a cargo de instituciones débiles, tuvieron un efecto sobre la provisión de servicios sociales y los resultados de los índices de pobreza. A pesar de los esfuerzos perceptibles

<sup>1</sup> Se define el espacio fiscal como la parte del presupuesto de gasto flexible no salarial, financie-ro o de pensiones.

de los actuales funcionarios del gobierno, la ejecución de los programas sociales aún muestra significativas ineficiencias, mala focalización y filtraciones, todo lo cual ha hecho que las políticas sociales sean ineficaces. Además, los gobiernos subnacionales rinden aún poca o ninguna cuenta por los recursos que gastan, y la mayoría de sus inversiones no tienen mucho que ver con los programas pro pobre. Carentes de una capacitación adecuada, estos gobiernos han reproducido o agravado los defectos institucionales característicos del Gobierno Central. De este modo, la asignación —a escala nacional— de lo que queda de los recursos fiscales a programas de reducción de la pobreza no es ni óptima, ni está tampoco sujeta a una rendición de cuentas.

En cuarto lugar, la combinación actual de medidas de ajuste es obsoleta. En el próximo gobierno es probable que las ganancias en la recaudación fiscal desaparezcan; que persistan las fuertes presiones de los trabajadores de educación y salud a favor del crecimiento de la planilla; que se materialicen los pedidos de los gobiernos subnacionales de transferencias adicionales de inversión; y que únicamente se consigan pequeñas ganancias incluso con un sólido manejo de la deuda pública. Todo ello llevaría a descartar las políticas que hoy se siguen para combatir la pobreza. La simple aritmética nos dice que la estrategia original de ajuste, implementada para recuperar y conservar la disciplina fiscal, ya no es una buena alternativa.

En quinto lugar, en este contexto queda claro que el simple incremento de los insumos (el gasto social), sin reformar también las instituciones que producen ineficiencias, no llevará a mejoras sostenibles. Si los funcionarios entrantes insisten en la preservación de la disciplina fiscal como primer punto de su agenda para reducir la pobreza, y si esta agenda depende esencialmente de que se complete una descentralización sólida de los sectores educación, salud y protección social, entonces será necesario encontrar una combinación distinta de los componentes de política capaz de generar un espacio fiscal sostenible, además de mejoras perceptibles en el marco institucional. Este es el tema del presente capítulo.

## **II. Principales recomendaciones de política**

Este capítulo se inscribe en un nuevo marco de rendición de cuentas, que combina un conjunto de rendiciones, entre sí, de tres actores principales: los ciudadanos, los decisores de políticas y los proveedores de servicios, pero que se

concentra en un vínculo particular denominado el «contrato», esto es, aquel que une a decisores y proveedores. En esta relación, los proveedores aceptan suministrar un servicio a cambio de ser recompensados o penalizados. Este puede ser un vínculo sumamente explícito, como un contrato con el gobierno; o no tanto, como la contratación de servicios de docencia cuyo rendimiento resulta sumamente difícil de medir. Los elementos cruciales del contrato son las normas, los estándares, las metas buscadas y la información requerida para hacerlos cumplir y monitorear, lo que permitirá a los funcionarios medir el avance en sus políticas, y a los ciudadanos, enterarse del uso concreto de los recursos asignados.

En un contexto en el que los recursos fiscales existentes para el gasto social son muy limitados, el futuro gobierno estará en posición de fortalecer el contrato de modo fiscalmente responsable siguiendo estas cinco recomendaciones:

1. Dedicar recursos adicionales a las necesidades sociales solo en la medida en que se cree un nuevo espacio fiscal. Dado que el Perú a duras penas encontrará ahorros adicionales con un mayor recorte de los desembolsos públicos, no tiene ninguna opción fuera de incrementar su gasto social *pari passu* con ganancias adicionales en la recaudación fiscal y la reasignación presupuestaria. Urge encontrar rentas adicionales, sobre todo ahora que están por desaparecer varios impuestos temporales. La reasignación de gastos debiera seguir un exhaustivo examen de las prioridades presupuestarias con respecto a los programas sociales progresivos y pro pobre.
2. Desarrollar una estrategia y un sistema de monitoreo de mediano plazo para los programas sociales. Con ese fin, es preciso definir las metas específicas en educación, salud y nutrición. Tal estrategia debiera identificar los programas prioritarios clave para alcanzar estos resultados, así como un marco de gastos proyectados a varios años en el sector social, con asignaciones mínimas explícitas adjudicadas a los programas prioritarios. Debiera asimismo definirse un pequeño número de indicadores anuales y trimestrales para monitorear el progreso de los programas prioritarios. Sería deseable que estos indicadores estén a disposición del público, por ejemplo en una interface de Internet amigable para el usuario y que permita que beneficiarios, municipalidades y regiones midan el avance en la ejecución del presupuesto y la consecución de los indicadores intermedios. La evaluación del impacto de todos los programas clave debiera ser llevada a cabo por analistas independientes, quienes emplearían metodologías que

cuenten con reconocimiento internacional; además, debería hacerse pública antes de que cada presupuesto anual sea enviado al Congreso.

3. Revertir la disminución del gasto no salarial por una planilla pública creciente, pesada e insostenible, en particular la de los docentes de la educación pública y los trabajadores de salud, y llevar a cabo una descentralización de los sectores sociales que sea fiscalmente neutra y que esté obligada a rendir cuentas. A corto plazo, esto implica una congelación temporal tanto de la contratación como del nivel de los salarios públicos; y a mediano plazo, una reforma global de la administración pública. En el ámbito subnacional, la contratación de personal adicional debiera ir de la mano *pari passu* con una mayor capacidad recaudadora en este nivel, junto con los subsecuentes requisitos de un reporte mínimo del gasto ejecutado por los gobiernos regionales y municipales.
4. Introducir el presupuesto por resultados en el ámbito subnacional, con especial énfasis en las implicaciones que tiene para la mejora de la actual política de protección presupuestaria. Para ello se requiere, primero, definir regularmente los resultados de política por seguir, de acuerdo con el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). Esto es particularmente relevante para el gasto en los PSP que están siendo descentralizados. En segundo lugar, y siguiendo el ejemplo de la asistencia alimentaria y de los programas del Seguro Integral de Salud (SIS), es preciso introducir de manera gradual transferencias condicionadas a través de «contratos de desempeño» anuales con las autoridades subnacionales. El presupuesto por resultados debiera ser la regla antes que la excepción en el futuro manejo del gasto social descentralizado. Semejante herramienta técnica ayudará a optimizar los retornos de cada dólar gastado y a asegurar la rendición de cuentas y la eficiencia en la provisión de servicios en los programas de salud, educación y protección social, en particular en el ámbito subnacional. También implicará un examen anual independiente de los resultados del presupuesto, que debieran ser monitoreados y publicados con regularidad. Estos exámenes conformarían la base sobre la cual se definiría la redistribución anual del presupuesto, y a partir de ella se eliminaría el personal excedente y se completaría la descentralización del personal a las oficinas subnacionales. En caso de ser necesario, la implementación del presupuesto por resultados puede ser tercerizada.
5. Seguir mejorando la efectividad del gasto social eliminando programas con una deficiente focalización, con baja cobertura o altas filtraciones, y asignando

mayores recursos a aquellos programas que sean progresivos y pro pobre. Esto conlleva cubrir los vacíos en la cobertura de la población beneficiaria, en especial en la educación inicial; mejorar la focalización, que es particularmente deficiente en la mayoría de los programas de salud; y reducir las filtraciones, que son especialmente agudas en los programas alimentarios. El Perú cuenta con excelentes herramientas de focalización geográfica, como un Mapa de Pobreza que llega hasta el nivel municipal, pero su uso no está generalizado. Dado que la extrema pobreza se concentra en las áreas rurales, su reducción requiere una mejor focalización de los programas sociales en ellas antes que en los no pobres, que viven sobre todo en áreas urbanas y no necesitan estos programas. Corregir las filtraciones en la administración de los programas sociales exige remediar su defectuoso diseño técnico o los problemas de su manejo.

Las complementariedades existentes entre estos cinco componentes son claras. En primer lugar, mantener un déficit fiscal bajo es la base de las políticas fiscales y sociales sostenibles. También es útil para conservar la estabilidad de los precios, garantizar mayores índices de crecimiento y preservar las políticas fiscales y sociales contracíclicas y viables.

En segundo lugar, para alcanzar los resultados sociales deseados a mediano plazo resulta esencial mantener el gasto social como la principal prioridad del presupuesto y seguir reorientándolo a programas pro pobre. Sin embargo, reorientar el presupuesto requiere hacer frente a los viejos problemas de una baja recaudación fiscal y las rigideces presupuestarias.

Tercero, el gobierno no tiene ninguna opción fuera de reabrir el espacio fiscal tanto incrementando las rentas como deteniendo el gasto corriente inercial, en particular la planilla de salarios. Una solución de corto plazo resulta insuficiente, puesto que el régimen de la administración pública se encuentra en total desorganización. Los múltiples suplementos salariales y beneficios en dinero y en especies actualmente prevalecientes deben unificarse y ser reemplazados por nuevos sistemas racionales y transparentes de administración de personal y de pensiones.

Cuarto, la ausencia de un marco fiscal de mediano plazo que fije parámetros claros de gasto social intersectorial e intrasectorial ha hecho que la política de protección presupuestaria sea útil como la segunda mejor opción, pero ella únicamente se ocupa de una parte muy pequeña del presupuesto total y su implementación ha revelado resultados mixtos: por un lado, se preservó la política; por

otro, la priorización del gasto en programas sociales clave no impidió que se produjeran desviaciones a un gasto no prioritario (por ejemplo, al salario de los docentes), y su débil monitoreo no aseguró, con excepciones, una focalización adecuada. Además, en un contexto de decisiones de gasto descentralizadas, autónomas y participativas, esta política requerirá algunos ajustes.

Quinto, en un país inmerso en una retracción fiscal resulta esencial hacer un uso más eficiente y eficaz de los escasos recursos. Esto implica reducir las disparidades antipobre en las asignaciones sectoriales del presupuesto; eliminar las redundancias en los proyectos sociales; minimizar la filtración de fondos públicos, en especial en los programas alimentarios complementarios y en el nivel inferior de la provisión de servicios, y, de ser posible, considerar su reducción o reemplazo gradual con otras herramientas (esto es, programas de transferencia de efectivo); y mejorar la focalización geográfica y la autofocalización, en especial en las áreas rurales donde se encuentran los más vulnerables.

Sexto, las necesidades de gasto en educación, salud y asistencia social deben tratarse resolviendo complejos interrogantes de la descentralización, en particular aquellos relacionados con la rendición de cuentas. Por ejemplo, ¿qué funciones y responsabilidades deben descentralizarse gradualmente? ¿Y con qué cronograma y resultados en mente? Un proceso de descentralización mal diseñado tiene un potencial considerable para provocar no solo desequilibrios fiscales, sino también un grave desorden en la provisión de servicios, en especial si quienes lo llevan a cabo son gobiernos regionales recién constituidos o administraciones municipales débiles. Por ello se debe proceder con cautela.

### **III. Principales diagnósticos**

#### **Tendencias del gasto en los sectores sociales**

El Perú vivió en la década de 1990 un círculo virtuoso: un gasto social creciente, acompañado de mejores resultados sociales. En los tres años posteriores a 1992 el total del gasto social privado y público subió 50 por ciento, de 6 a 9 por ciento del PBI, y permaneció en ese nivel hasta el final de la década. Al mismo tiempo, los resultados sociales mejoraron en forma notable. En salud, el suministro de servicios se incrementó significativamente, en especial los de atención primaria, y el empleo de los profesionales de este sector se elevó, sobre todo en los establecimientos en los que se brinda esa atención. También se incrementó

la demanda de servicios, en particular en las áreas rurales. La mortalidad y la desnutrición infantil cayeron casi en 25 por ciento durante la primera mitad de la década y las cifras han seguido mejorando.

En educación se registró un patrón similar. Del lado del insumo, el Perú —a diferencia de muchos países en los que la mayor parte del incremento del presupuesto fue absorbido por los costos de la planilla— transfirió recursos adicionales a la infraestructura educativa, a la elaboración de materiales que mejoran la calidad (como los libros de texto) y a la capacitación de docentes. En consecuencia, el porcentaje de los gastos de personal (planilla y pensiones) respecto del gasto total en educación se redujo significativamente a 60 por ciento, una de las proporciones más bajas en los países de ingreso bajo a medio. En materia de resultados, se logró alcanzar la matrícula universal, aun cuando prevalecieron diferencias notables entre lo urbano y lo rural, por género y por niveles socioeconómicos.

En lo que concierne a la asistencia social, se crearon o fortalecieron programas temporales de la red de protección social fuera de los ministerios. Programas como el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), el Vaso de Leche y los Comedores Populares se fortalecieron a medida que se instituían otros de transferencia directa de ayuda alimentaria y de creación de empleo temporal. Las ganancias en cobertura y resultados fueron asimismo significativas. Infortunadamente, la situación fiscal sufrió un grave deterioro a fines de la década de 1990, cuando surgieron grandes déficit fiscales debido a una marcada caída de la recaudación tributaria y al uso imprudente de los recursos públicos.

En vista de la frágil posición fiscal, el gobierno de Toledo optó por el objetivo supremo de recuperar el crecimiento y restaurar la disciplina en este ámbito. Así, a partir de 2003 los excedentes primarios (y los déficit cada vez menores) se debieron fundamentalmente a la combinación de tres medidas: (a) fuertes cortes en la inversión pública; (b) pequeñas ganancias en la recaudación fiscal con la reforma de la política tributaria y administrativa; y, (c) ligeros ahorros en intereses gracias a la reestructuración de la deuda. La dramática caída de la inversión como porcentaje del PBI entre 1999 y 2004 afectó considerablemente la atención de las necesidades sociales; se desarrolló, así, una correlación negativa entre el déficit fiscal y la inversión pública, inexistente en la década de 1990. Dado el compromiso y actual cumplimiento de las metas fiscales anuales, el corte en las inversiones (y su espacio fiscal asociado) era esencial para



compensar los gastos provocados por las rigideces del presupuesto en el gasto corriente, en especial con el crecimiento de los salarios y el más reciente proceso de descentralización, que absorbieron, juntos, aproximadamente 60 por ciento del ahorro total generado por el proceso de ajuste fiscal.

La recuperación paulatina de la disciplina fiscal tuvo importantes consecuencias sobre las tendencias del gasto social. Esto comprende: (a) un austero incremento del nivel del gasto social, de 5,2 por ciento del PBI en 2000 a 5,6 en 2004; (b) una modesta reorientación del presupuesto, que redujo el gasto militar e incrementó el gasto social hasta alcanzar cerca de una tercera parte del presupuesto; (c) una renovada búsqueda de eficiencia y efectividad con la fusión de múltiples programas sociales, seguida de su gradual descentralización y la aplicación de herramientas de focalización pro pobre; y, (d) la implementación de una activa política de protección presupuestaria de asignaciones no salariales en determinados programas, que buscaba, inicialmente, compensar los costos sociales de los programas de ajuste, y que luego fue dirigida a focalizar los insumos mínimos necesarios para alcanzar los objetivos de la reducción de la pobreza. Más adelante examinaremos estas implicaciones con mayor detenimiento.

Sin embargo, la composición del presupuesto ha cambiado de forma significativa, en especial entre los sectores sociales más importantes: educación, salud y protección social. Se produjeron dos resultados principales, empujados por los sucesivos incrementos de planilla en los sectores sociales. Por un lado, el gasto corriente se disparó hasta alcanzar más de 90 por ciento del presupuesto en 2004, lo que fue compensado con una caída significativa en el gasto de capital. Por otro, ganaron peso aquellos sectores sociales que tienen una mayor parte de su presupuesto asignada a los salarios. Entre 2001 y 2004, los salarios en los sectores sociales subieron de 56 a 65 por ciento del presupuesto total de la planilla, liderados por el alza del salario de los docentes. Una consecuencia directa de la caída de los desembolsos de capital es que el Perú ciertamente ha incrementado su brecha en infraestructura. Aunque no hay datos confiables acerca de su tamaño, según los funcionarios del Ministerio de Educación (MINEDU) el mantenimiento de los centros educativos por el Gobierno Central ha poco menos que desaparecido, y la rehabilitación y equipamiento de las instalaciones escolares y de salud se han reducido al cofinanciamiento de los proyectos de asistencia externa. Similares tendencias se observan en los patrones de gasto de los gobiernos regionales.

En este mismo lapso, el Perú alcanzó notables mejoras en el manejo del presupuesto. El desempeño de este último, medido por la razón gasto ejecutado/gasto presupuestado, ha mejorado, aunque el rendimiento no es tan espectacular cuando se compara el desempeño del presupuesto en la participación de inversión, sobre todo en el sector salud. Varias son las razones que explican este mejor desempeño, entre ellas la actualización del SIAF, su extensión a los gobiernos subnacionales y la creación de un Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). Al emitir un «sello de aprobación», el SNIP fue crucial para suministrar «calidad de ingreso», al mismo tiempo que maneja una cartera racionada de proyectos de inversión pública en los sectores sociales.

La descentralización, a su turno, no ha afectado la neutralidad fiscal, definida como la ausencia de desviaciones del déficit fiscal respecto de su meta anual. Sin embargo, el equilibrio fue logrado a costa de reducir el capital de inversión, pues así lo requería el financiamiento de las nuevas burocracias regionales. En los sectores salud y educación aún perdura un marco regulador y de rendición de cuentas débil e incompleto. Actualmente, las áreas superpuestas entre los niveles de gobierno están llevando a una creciente fragmentación de la autoridad de gasto, al desperdicio de recursos, a una baja inversión de capital y a un creciente gasto que no es pro pobre.

### **Empleo, salarios y manejo de pensiones**

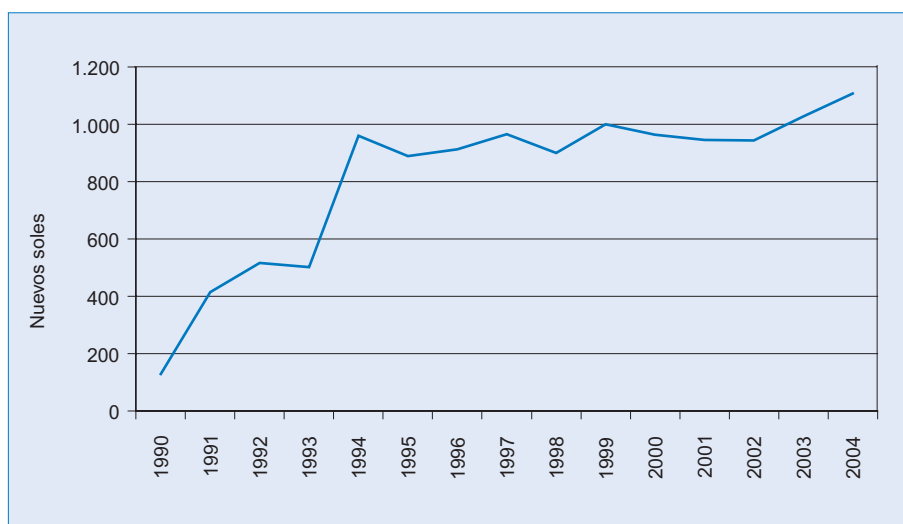
La reforma de la administración pública sigue siendo el eslabón faltante de una modernización del Estado en el Perú orientada a los resultados y a la reducción de la pobreza. Hay razones claras detrás de las tendencias cada vez peores del gasto corriente, en especial en la planilla y en las pensiones de los sectores educación y salud. En los últimos quince años la administración pública peruana ha sufrido un severo deterioro que ha tenido serias implicaciones para las cuentas fiscales y los costos del régimen de pensiones. Hay una falta de respeto arraigada por las disposiciones de la ley existente de la administración pública y sus reglamentos asociados. Los empleados públicos laboran bajo diversos regímenes legales y con una amplia disparidad en sus salarios por tareas similares. No se ha revisado la estructura formal de salarios y pensiones en más de una década, de modo que los ingresos base se incrementan con diversos suplementos y beneficios en efectivo y en especies. Cuando, hace más de una década, se prohibió la apertura de plazas permanentes, las instituciones recurrieron al empleo por contrato, un proceso que no está sujeto a ningún procedimiento

establecido de reclutamiento y selección, y que tiene graves repercusiones fiscales. Todos estos factores contribuyeron al legado existente de una fuerza laboral que se encuentra mal preparada, mal capacitada, mal supervisada y que, por ende, es muy poco productiva.

La carga fiscal de la fuerza laboral pública es ahora muy pesada, de manera que resulta insostenible. Los gastos salariales en los sectores educación y salud han venido creciendo en años recientes. La proporción del gasto corriente dedicada al salario de los docentes, recomendada internacionalmente, es de 66 por ciento para la educación primaria. El Perú llegó a 88 por ciento en 2004, lo que lo puso en la parte superior de una lista encabezada por países africanos como Nigeria (96 por ciento), el Congo (90 por ciento) y Tanzania (89 por ciento). Si bien nadie niega que los docentes constituyen un sector clave del sistema escolar o que pagarles de modo adecuado sea importante, lo cierto es que queda muy poco dinero para adquirir insumos necesarios, como libros de texto y materiales de colegio, y para solventar actividades de capacitación, lo que, obviamente, tendrá un impacto sobre la calidad de la educación (véase el gráfico 2.1).

Los gastos salariales representan también uno de los factores que más contribuyen a hacer del presupuesto peruano uno de los más rígidos del mundo

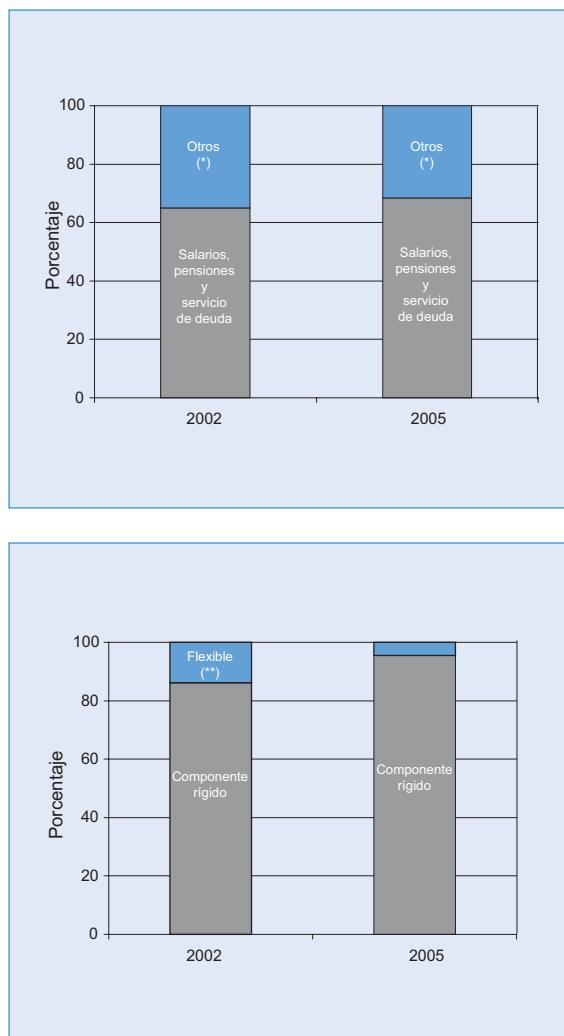
**Gráfico 2.1. Evolución del salario real de los docentes estatales, 1990-2004**  
(En nuevos soles constantes de 2004)



Fuentes: hasta 1999, Saavedra (2004), y MINEDU para 2000-04.

—menos del 5 por ciento del presupuesto total en términos netos—, junto al Brasil, la India y otros países pobres altamente endeudados (véase el gráfico 2.2). La reducción del espacio fiscal se explica fundamentalmente por: (a) una

**Gráfico 2.2. Asignación presupuestaria y espacio fiscal, 2002 y 2005  
(En porcentaje del presupuesto)**



\* Se refiere al espacio fiscal «bruto» disponible: gastos del presupuesto no salariales, no financieros ni de pensiones.

\*\* Se refiere al espacio fiscal «neto», tomado como la parte flexible de la porción «otros» de las columnas a la izquierda del gráfico 2.2.

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2005b.

proporción creciente dedicada a salarios y obligaciones sociales; en menor medida, a: (b) desembolsos comprometidos de antemano cada vez más grandes en bienes y servicios y en gastos de capital, a menudo como la contraparte del financiamiento de créditos externos; y, (c) la remoción de la reserva de contingencia. Los funcionarios de gobierno y los parlamentarios no tienen, hoy, casi ninguna capacidad de reasignar los gastos.

Tal vez la distorsión más notable agravada durante el gobierno de Toledo sea la aprobación de incrementos salariales de los docentes por medio de bonificaciones especiales. La estructura salarial de estos últimos años se encuentra severamente distorsionada: casi 90 por ciento del salario total de los docentes proviene de bonificaciones, entre ellas una por preparación de clases. En términos nominales, el incremento salarial total en 1999-2004 fue de 44 por ciento, o un promedio anual de alrededor de 7,6 por ciento (Crouch 2005). Urge, pues, llevar a cabo una reforma exhaustiva que restablezca algún control sobre el rubro salarios y promueva la creación de un gobierno más eficiente.

No es distinta la figura en el sector salud, caracterizado por los pagos informales y la falta de transparencia. En él, también 90 por ciento del salario total está conformado por bonificaciones no sujetas a beneficios sociales, no pensionables y que no se incluyen en el sistema de planilla. Además, el Ministerio de Salud (MINSA) es el que registra el más alto número de trabajadores contratados con la modalidad de servicios no personales.

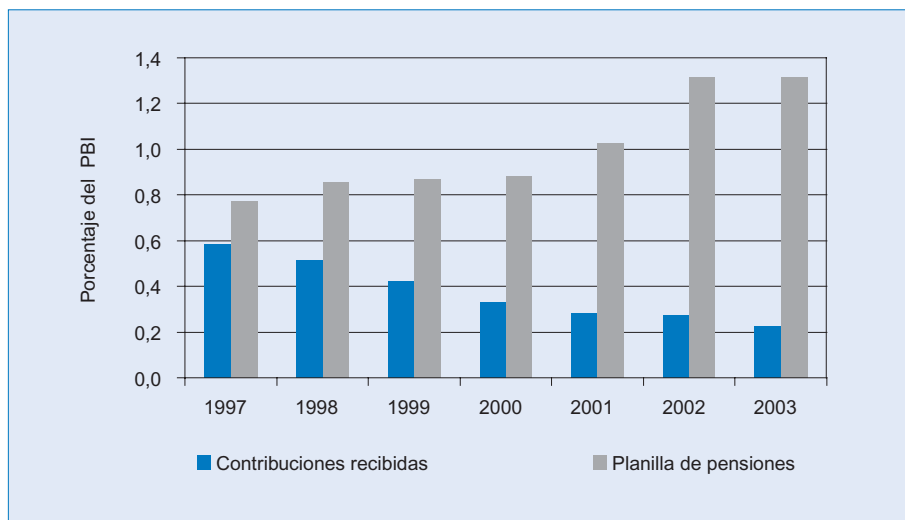
En suma, resulta difícil proporcionar estimados cuantitativos exactos de qué ha sucedido con los salarios totales en ambos sectores, pero toda iniciativa diseñada para mejorar el desempeño del gobierno debe incluir una gran reforma del marco institucional que rige el empleo en el sector público y el manejo de sus recursos humanos.

La expansión del empleo en los sectores sociales, y el de los docentes en particular, también se dio en los últimos catorce años, pero se ha intensificado desde 2000. Como resultado, el número de docentes en el sistema de educación pública ha crecido más que el de alumnos (la proporción de alumnos de educación primaria por docente bajó de 25 en 2000 a 23 en 2004). Además, la cantidad de docentes no regulares disminuyó a medida que se daba el proceso de regularización, lo que provocó una reducción del porcentaje de docentes contratados (contratistas temporales) en el sistema. En el sector de salud pública, el número de médicos y trabajadores de salud también creció. Además, y como ya se señaló, la mayoría de los empleados que laboran en este sector han sido contratados bajo modalidades de trabajo no regulares (fundamentalmente servicios no personales, SNP), situación esta que también se agravó a partir de

2000. Al mismo tiempo, el MINSA inició en 2004 un proceso de regularización prometedor. Por otro lado, las remuneraciones en los sectores salud y educación han sido mayores que en el resto del sector público, no solo debido a los trabajadores adicionales que fueron regularizados, sino también a las bonificaciones especiales que consiguieron a raíz de sus respectivas huelgas.

Las deficiencias institucionales agravan las distorsiones salariales. Ante las debilidades del marco legal, predominan la desorganización, la falta de control y la información no organizada, las filtraciones en la planilla, los docentes fantasmas y el ausentismo. El MINEDU está implementando nuevos sistemas unificados de planilla e información que producirán importantes ahorros al sector. El manejo de los recursos humanos en ambos sectores aún no ha experimentado mayores cambios legales debido al proceso de descentralización en marcha. Sin embargo, sí ha habido cierta descentralización de hecho, puesto que ahora los gobiernos regionales cuentan con más poder sobre las Direcciones Sectoriales Regionales y sobre el manejo de su presupuesto. Así, dado que los ministerios de Educación y de Salud no tienen mucho control sobre las unidades regionales intermedias, y en virtud de que no hay un registro central adecuado de las plazas vacantes existentes, cada unidad intermedia está siguiendo sus propios procedimientos de contratación, lo que, como se ha señalado, ha conducido a una descentralización de hecho del manejo de personal por los gobiernos regionales.

De igual modo, el Estado peruano tiene ante sí un gran desafío para reducir la carga fiscal de las pensiones y, al mismo tiempo, mejorar los servicios sociales y ampliar la cobertura de protección a los ancianos pobres. Al igual que en muchos otros países, en el Perú las pensiones de los empleados públicos constituyen un problema fiscal significativo. Hay una disparidad entre la recaudación y las obligaciones actuales, lo que amplía la brecha u obliga a cubrirla con transferencias del Tesoro (véase el gráfico 2.3). La medición de la carga fiscal de largo plazo (el valor actual neto de los futuros pagos de pensiones menos las contribuciones) indica que el tamaño del problema es mayor que el del *stock* de deuda externa. La mayor parte de estos costos (alrededor de 60 por ciento antes de la reciente reforma) estaban asociados con la cédula viva (CV), aun cuando los beneficiarios de este régimen (tanto actuales como futuros) únicamente comprenden a uno de cada cuatro del régimen del Sistema Nacional de Pensiones (SNP). La última reforma de la CV constituye un paso importante hacia la moderación de los costos fiscales, pero ellos siguen siendo grandes incluso después de esta reforma.

**Gráfico 2.3. SNP: contribuciones recibidas y pensiones pagadas**

Fuentes: Ministerio de Economía y Finanzas 2004a, 2004b.

En este contexto, el análisis del efecto fiscal de los cambios en las políticas de pensiones sobre los empleados de los sectores educación y salud del Perú arrojó resultados mixtos. Un aspecto por considerar es que resulta difícil evaluar indicadores básicos como la proporción de participantes activos con respecto a los pasivos, porque el sistema se encuentra en transición. En primer lugar, la presencia del sector privado es relativamente reciente —poco más de una década—, aunque la afiliación creció de forma rápida, en especial entre aquellos que se encontraban más arriba en la escala de ingresos. En segundo lugar, a lo largo de la última década las nuevas afiliaciones al régimen de la CV se vieron restringidas, y una reforma muy reciente acaba de cerrar la posibilidad de ingresar en el sistema. Sin embargo, debe señalarse que no es la primera vez que este régimen se cierra, aunque un intento por reabrirlo requiere una reforma constitucional. Además, la reforma brinda amplio espacio para efectuar cambios en las características y en el manejo del régimen. De este modo, algunas desproporciones existentes en el actual sistema de pensiones se deben en gran medida a los cambios institucionales resultantes de las mismas políticas. En general, sin embargo, el resultado central es que en el corto y en el mediano plazo el sistema seguirá produciendo una significativa carga fiscal, incluso después de la reforma del régimen de la CV.

La mayoría de los trabajadores activos de los sectores salud y educación (cerca de dos tercios) ya forman parte del sistema privado de pensiones (SPP). Los afiliados al régimen de la CV constituyen una pequeña proporción (5 por ciento), aunque comprenden a la mayoría de los restantes trabajadores en actividad de este régimen. Esto permite guardar un cauteloso optimismo respecto de las perspectivas a largo plazo. La transición es más rápida en el sector salud, no solo porque este es más pequeño, sino también porque una proporción más grande de sus integrantes forma parte del SPP y únicamente una pequeña proporción (4 por ciento) está en la CV. En este caso, la perspectiva cautelosamente optimista concierne no al largo sino al mediano plazo.

En lo que respecta a los pensionistas, una gran parte de la carga actual de la CV —48 por ciento por número de afiliaciones— es probablemente menor en términos financieros debido a los bajos beneficios pagados. Casi todos los nuevos trabajadores que se sumarán provienen del sector educación. Por último, los trabajadores en actividad afiliados al SNP representan una parte relativamente pequeña (14 por ciento) del total, y los pensionistas, una aún menor. Además, aquí la proporción de trabajadores en actividad respecto de los pensionistas es casi de 50 a 1. Los desafíos centrales de estos sectores consisten en reducir la carga de la CV en el corto y mediano plazo y mejorar el manejo del SNP, pues en este la población jubilada crecerá rápidamente por lo menos durante la siguiente década.

La reciente reforma de la CV aprobada por el Congreso es prometedora y ha abierto el camino a un sistema público de pensiones más sostenible, fiscalmente menos oneroso y más equitativo. Sin embargo, nuestros resultados más importantes obligan a guardar un optimismo cauteloso en cuanto a la posibilidad de un gran ahorro fiscal en el corto plazo gracias a la reforma de la CV, pues el SPP ya había absorbido una gran parte (casi dos tercios) de los trabajadores en actividad de los sectores salud y educación, y los ahorros que se obtendrán gracias a las reformas serán empleados para incrementar las pensiones más bajas. Las reformas, en todo caso, debieran concentrarse en el sistema de remuneraciones y en las prácticas de empleo de estos sectores, como parte de una actualización más global del manejo de los recursos humanos y de la administración financiera de los fondos públicos de pensiones.

### **Espacio fiscal, protección presupuestal e inversiones públicas con la descentralización**

En el Perú, el ajuste fiscal en un contexto de alta rigidez presupuestaria ha minimizado el espacio fiscal disponible para el financiamiento de los programas



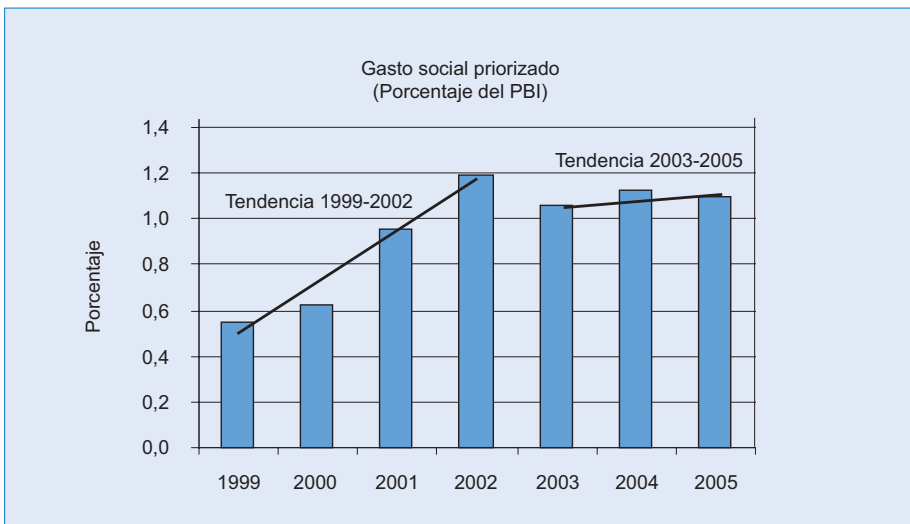
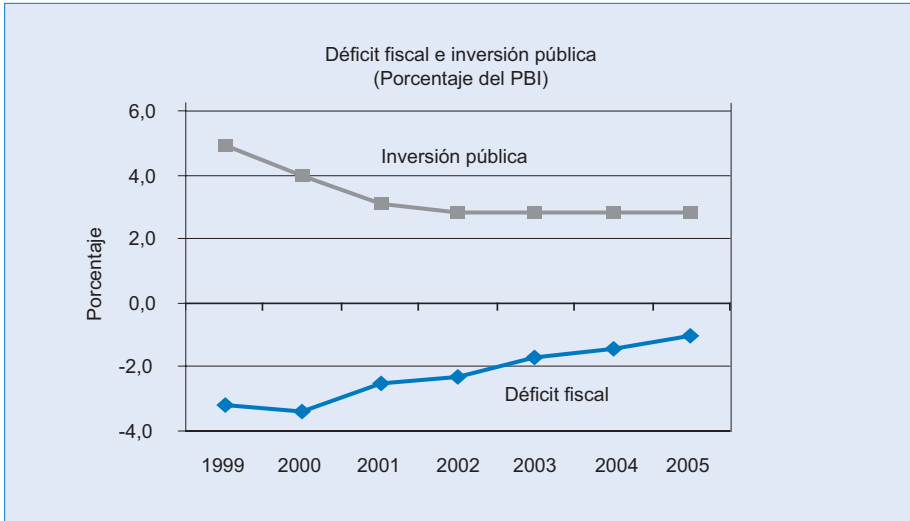
de reducción de la pobreza. El espacio fiscal ha tocado fondo: tres años después de la descentralización, los programas de reducción de la pobreza apenas si representan el 4,5 por ciento de los recursos totales del presupuesto y menos de uno por ciento del PBI. El espacio fiscal para la inversión en gastos en educación está cerca de cero. Urge pues conservar la protección presupuestal en los sectores sociales. Mantener los desembolsos cruciales en un contexto de descentralización naciente mitiga los efectos adversos de la expansión de la planilla sobre un gasto social sumamente limitado, pero resulta imprescindible mejorar la focalización y el monitoreo de los insumos protegidos y los resultados sociales arraigados en las políticas sociales.

En los últimos cuatro años, el Perú ha desarrollado silenciosamente una innovadora política de protección presupuestal. En un contexto de recursos cada vez más racionados para todo lo que no fueran incrementos de planilla, y de recortes considerables de la inversión pública, la política de protección presupuestal resultó sumamente útil para elevar, primero (de 1999 a 2002), y conservar, luego (de 2003 a 2005), el gasto social prioritario en gastos no salariales y de capital asignados a seis PSP: educación inicial, primaria y secundaria, salud individual y colectiva, y asistencia social (véase el gráfico 2.4). En general, el gasto en los PSP se ha duplicado: de 0,5 por ciento del PBI a un proyectado 1,1 por ciento del PBI en 2005.

Existe en el Perú una poderosa racionalidad para argumentar en favor de la política de protección presupuestal. Las tres razones principales son las siguientes: (a) reservar recursos de contingencia para la preservación del ingreso de los pobres durante una recesión severa; (b) mantener el capital humano durante un ajuste fiscal; y, (c) respaldar la dirección del gasto hacia programas clave de reducción de la pobreza, al mismo tiempo que se desarrollan mecanismos presupuestarios orientados a resultados. Estas razones no se excluyen entre sí, como lo muestra el caso peruano, puesto que puede haber superposiciones entre ellas.

Qué gastos proteger, sigue siendo la pregunta clave. Una vez que el Perú decidió que necesitaba una protección presupuestal a múltiples niveles, la siguiente pregunta a la que tuvo que hacer frente fue cómo seleccionar los programas que habrían de formar parte de una política de protección presupuestal. Esto requirió: (a) identificar el gasto pro pobre en el presupuesto general; (b) definir si este habría de aplicarse a uno o a múltiples niveles presupuestales; y, (c) elegir entre estos programas (y proyectos/actividades) según ciertos criterios.

**Gráfico 2.4. A pesar del ajuste fiscal y la menor inversión pública... el gasto social prioritario ha permanecido constante**



Fuente: estimaciones del autor a partir de datos del SIAF.

Las siguientes son reglas empíricas que hay que seguir: (a) Durante una recesión o un desastre natural, la máxima prioridad debe estar constituida por aquellos programas que benefician a los más pobres y que no debieran recortarse incluso en caso de reducirse el gasto público; a saber, salud y educación

básicas. (b) Los programas de asistencia social defectuosamente focalizados o universales a menudo son regresivos e imposibles de mantener fiscalmente, en particular durante una crisis, de modo que un procedimiento alternativo es optar por una lista negativa de programas universales defectuosamente focalizados o de menor prioridad, como los subsidios de infraestructura. (c) Una advertencia importante es que se debe conservar la mayoría de los programas existentes de salud y educación —algunos de los cuales no necesariamente están focalizados en los pobres— y que no deben formar parte de la lista negativa, pues tienen externalidades positivas en el desarrollo del capital humano, como sucede en el caso de los hospitales: a medida que la crisis se profundiza, los desempleados se pasan de los hospitales privados a los públicos. Por último, (d) hay decisiones que deben tomarse caso por caso. Por ejemplo, decidir qué elegir entre las transferencias de efectivo, la provisión directa de alimentos o los subsidios tributarios a productos agrícolas, requiere una exhaustiva evaluación local.

La protección presupuestaria ha empleado en el Perú herramientas de política sumamente refinadas. Entre ellas tenemos: (a) asignaciones mínimas en el nivel agregado de función y programa, publicadas en el capítulo social del Marco Macroeconómico Anual; (b) la introducción de leyes para prohibir la desviación de los recursos protegidos; (c) cláusulas de contingencia («techos») que permiten las transferencias presupuestarias intra-PSP, de programas de desempeño defectuoso a otros de desempeño superior; (d) monitoreo transparente y amigable para el usuario de los recursos ejecutados por intermedio del SIAF; (e) introducción piloto de contratos de desempeño en actividades seleccionadas agrupadas bajo un programa, como el Seguro Integral de Salud Materno-Infantil (SIS-MI); y, (f) la introducción piloto de transferencias condicionadas a los programas de asistencia alimentaria.

El desempeño de la política de protección presupuestal ha sido positivo. Los recursos fueron conservados y asignados como correspondía, no obstante las fuertes presiones políticas existentes (véase el cuadro 2.1). Sin embargo, se produjeron múltiples problemas, entre ellos la continua desviación de los recursos protegidos al alza del salario de los docentes; la subejecución de algunos programas individuales carentes del financiamiento externo proyectado; las transferencias por encima de los techos acordados; las demoras en el diseño de una ventana amigable para el monitoreo del desempeño de los PSP y en la aprobación de regulaciones para las transferencias condicionadas; y la deficiente focalización de unos cuantos programas. Ninguno de estos defectos impidió que la política de protección presupuestal desempeñase su papel central, sino que

**Cuadro 2.1. Presupuesto de los programas sociales protegidos  
(Millones de nuevos soles)**

Sector	Meta 2001	Ejecutado 2001	Porcentaje ejecutado	Meta 2003	Ejecutado 2003	Porcentaje ejecutado	Meta 2005
Educación inicial	132	66	50	107	128	120	63
Educación primaria	467	151	32	182	154	85	197
Educación secundaria	467	107	23	230	146	63	291
Salud colectiva	180	152	84	173	105	61	116
Salud individual	471	660	140	754	743	99	908
Asistencia social y comunitaria	331	682	206	773	898	116	1.245
<b>Total</b>	<b>2.048</b>	<b>1.818</b>	<b>89</b>	<b>2.219</b>	<b>2.174</b>	<b>98</b>	<b>2.820</b>
<i>Porcentaje del PBI</i>	<i>1,1</i>	<i>1,0</i>		<i>1,0</i>	<i>1,0</i>		<i>1,1</i>

*Fuente:* estimados del personal del Banco Mundial respaldados por el MEF.

ilustran más bien la necesidad de mejorar sus herramientas de monitoreo, focalización y manejo.

La política de protección presupuestal tiene que ser adaptada a la realidad de la descentralización. El siguiente gobierno se enfrentará a un dilema: seguir aumentando las rentas fiscales o limitar el gasto actualmente expansivo, en especial en la planilla de los docentes y los trabajadores de salud, para así incrementar su espacio fiscal y mantener protegidos los gastos clave. Predomina aún la racionalidad de la protección presupuestaria del gasto social prioritario, pero la descentralización ofrece una razón adicional: se trata tal vez de la única herramienta de política disponible con que preservar las prioridades nacionales de gasto en medio de las decisiones autónomas de gobiernos regionales o municipales, que pueden tener distintos pareceres respecto de sus prioridades presupuestales.

### **Eficiencia y efectividad del gasto social**

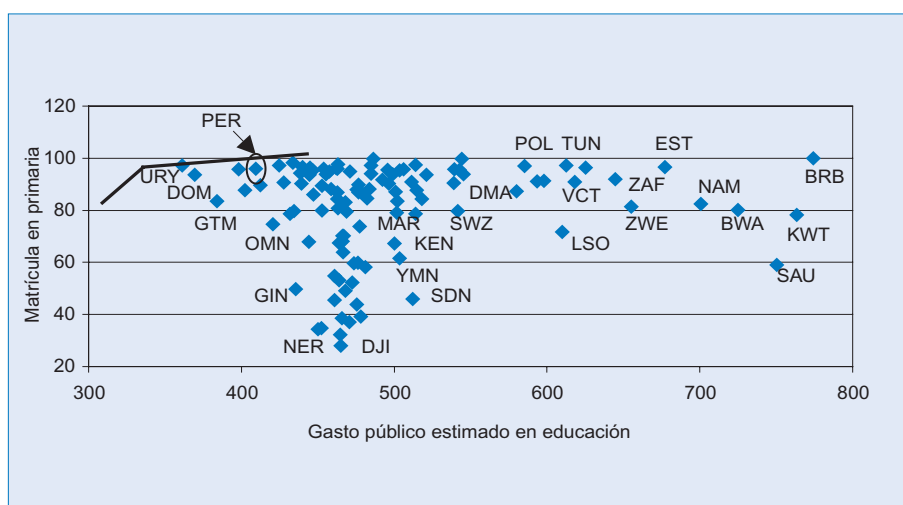
En los próximos años, en vista del reducido espacio fiscal y la necesidad de contar con un control más estricto de los gastos del Estado, la principal tarea que hay que cumplir para reducir la pobreza sea tal vez seguir mejorando la eficiencia y efectividad del gasto social en el marco de la descentralización. El Perú dedica bajos montos al gasto social y, ante las limitaciones fiscales, no hay razón alguna para creer que el espacio fiscal crecerá significativamente en lo que resta de la década. De ahí que las políticas para mejorar la eficiencia debieran recompensar los programas de mejor desempeño, y aquellas orientadas a

mejorar la efectividad debieran buscar eliminar los programas defectuosamente focalizados y que tengan una baja cobertura o altas filtraciones, al mismo tiempo que se incrementan las asignaciones y se amplía la cobertura de los programas que no solo tienen un sesgo claramente progresivo sino que, además, son pro pobre.

La eficiencia se mide calculando la distancia observada entre las combinaciones de insumo-producto y una frontera de eficiencia, construida empleando una técnica innovadora ampliamente utilizada en los análisis de eficiencia y productividad: el análisis de desarrollo de datos. Esta técnica identifica combinaciones eficientes de insumo-producto a partir de una curva de producción convexa y ordena los países según su distancia de la frontera de eficiencia. Aplicamos esta técnica a los distintos resultados sociales en el Perú, usando al mismo tiempo un solo insumo: el gasto público. Nuestros resultados principales aparecen a continuación.

- En educación, el Perú ocupa una mejor posición que el promedio entre los países latinoamericanos. Esto significa que su desempeño es más eficiente en la matrícula bruta y neta en primaria, en el número promedio de años de escuela y en el alfabetismo juvenil. El país alcanza excelentes resultados en la cima de los promedios regionales de América Latina y el Caribe (ALC) en la matrícula neta de primaria (véase el gráfico 2.5), y también

**Gráfico 2.5. Matrícula neta en primaria y frontera de eficiencia**



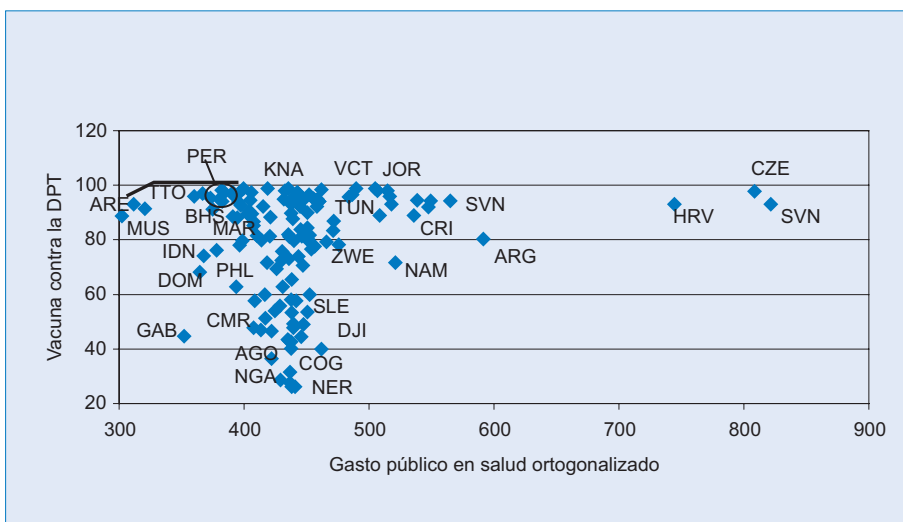
Fuente: Herrera y Pang 2004.

ocupa un puesto alto en las razones de compleción del primer y el segundo nivel (Crouch 2005). Esto sugiere la presencia de estudiantes que se quedan una vez pasadas las etapas iniciales de la educación, no obstante los problemas de calidad percibidos en la educación primaria.

- En salud, los resultados también son mixtos. Estos se encuentran por encima del promedio de ALC en la inmunización de DPT (difteria, polio, tétano; véase el gráfico 2.6) y el sarampión, pero aparecen por debajo del promedio en las expectativas regionales de vida al nacer y en la expectativa de vida ajustada por incapacidad.

Si bien los resultados deben interpretarse con cautela, es importante la necesidad de concentrarse menos en el acceso y más en un eje global para mejorar la calidad en el sector educación. En salud, en cambio, nos encontramos con un mensaje no tan claro. En efecto, podemos explicar los resultados de educación y salud a partir de múltiples factores de oferta y demanda no examinados aquí, de modo que este enfoque incluye un explícito sesgo por omisión debido a la falta de información relevante. Por ende, la principal contribución de ambas perspectivas es la identificación de áreas de logros significativos —o de lo contrario: de malos desempeños—, así como la búsqueda de

**Gráfico 2.6. Inmunización de DPT y frontera de eficiencia**



Fuente: Herrera y Pang 2004.

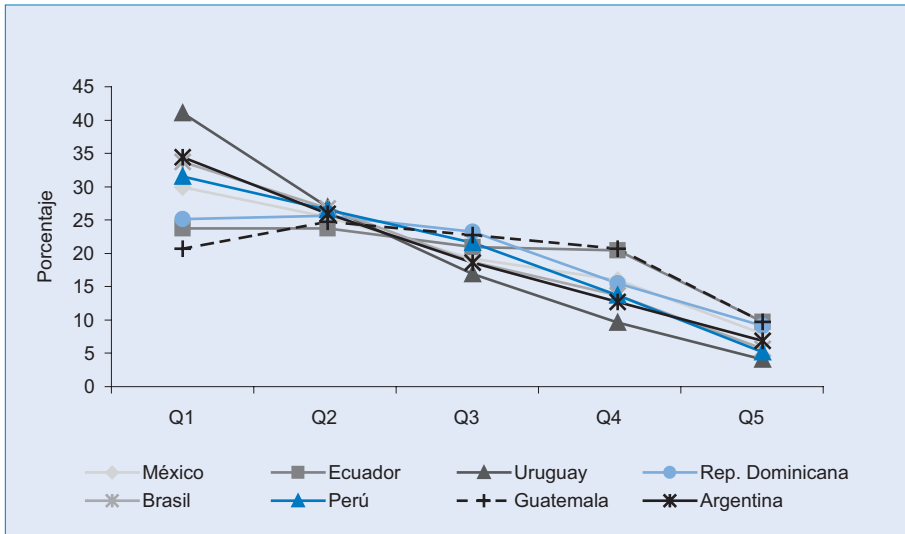
posibles explicaciones para las desviaciones de los países de referencia, que están situados por encima de la frontera de eficiencia.

Al respecto, Herrera y Pang (2005) buscan asociaciones estadísticas entre las consecuencias en materia de eficiencia y las variables del entorno de las políticas. Tres resultados generales encontrados al estimar los coeficientes de correlación son: (a) los países con un mayor nivel de gasto muestran resultados más pobres en eficiencia, de modo que enfatizar la calidad tiene por lo menos tanta importancia como concentrarse en el nivel de gasto; (b) los países con gastos en salarios que comprenden una gran parte del presupuesto total tienden a lograr resultados de eficiencia más bajos, de manera que deben contenerse las planillas altas; y, (c) los países con una mayor desigualdad (en la distribución del ingreso) están asociados con pobres resultados de eficiencia en educación pero no necesariamente en salud, de forma tal que se requiere una focalización adecuada en los más pobres para así mejorar el contenido pro pobre del gasto social, lo que resulta relevante para el examen de la efectividad de este gasto que aparece a continuación.

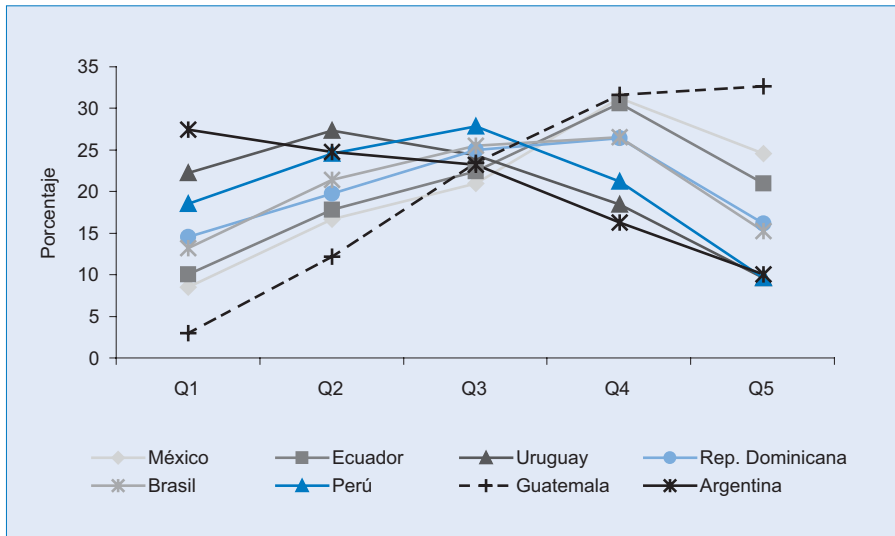
La efectividad se mide con el análisis de incidencia de beneficios. Este muestra quién se beneficia con los servicios públicos y describe la forma en que el gasto gubernamental afecta el bienestar de distintos grupos de personas o de hogares individuales. Para ello, el análisis combina información acerca de los costos unitarios del suministro de estos servicios —provista por el gobierno o por los proveedores del servicio— con información acerca de su uso —obtenida a partir de un muestreo de los hogares—. Los resultados de los tres sectores (educación, salud y programas de asistencia social) se refieren a los tres siguientes conceptos: incidencia absoluta, incidencia relativa y filtraciones:

- La *incidencia absoluta* de un programa se define como los beneficios promedio (en adelante denominados transferencias) recibidos por cualquier grupo particular como un porcentaje de las transferencias públicas totales a ese programa. Alude, entonces, al resultado de focalización del programa.
- La *incidencia relativa* es definida como el beneficio promedio recibido por cada grupo beneficiario, expresado como un porcentaje del consumo total promedio de tal programa. Conciérne, así, a la «importancia» relativa del programa.
- Las *filtraciones* se entienden ya sea como: (a) el porcentaje de la población beneficiaria no focalizada de un programa; o, (b) la proporción de los beneficiarios que no son pobres y que reciben los beneficios de un programa.

**Gráfico 2.7. Incidencia absoluta del gasto público en la educación primaria**



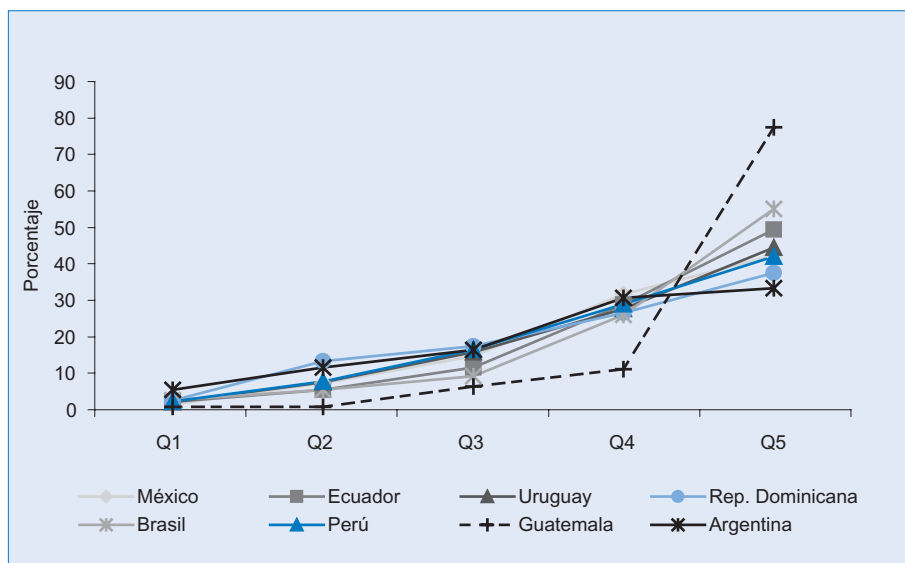
**Gráfico 2.8. Incidencia absoluta del gasto público en la educación secundaria**



Fuente: Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

La comparación de las curvas de concentración del gasto con la curva de Lorenz muestra cuán progresivas (o cuán regresivas) son las transferencias y su sesgo pro pobre o antipobre. Son progresivas las curvas de concentración que se



**Gráfico 2.9. Incidencia absoluta del gasto público en la educación superior**

Fuente: Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

encuentran por encima de la de Lorenz, definida esta última en gasto per cápita. Esto indica que el gasto se encuentra distribuido de modo más equitativo que el gasto por persona. Además, puede evaluarse la focalización en los grupos más pobres comparando las curvas de concentración con la diagonal de 45 grados. Si se encuentran encima de la diagonal, esto significa que el quintil más pobre obtiene más del 20 por ciento del gasto total asignado a ese programa. Las curvas por debajo de ella, en cambio, indican una focalización que no es pro pobre.

En el Perú, y desde la perspectiva de la incidencia absoluta, el gasto público en los tres sectores sociales es más progresivo en el caso de los programas alimentarios, seguido por educación (véase los gráficos 2.7 y 2.8), excepción hecha de la educación superior. Si bien el gasto en educación superior resulta sumamente regresivo, su proporción en el Perú (27,56) es aproximadamente igual que el promedio de los países seleccionados (véase el gráfico 2.9). En contraste, el gasto público en salud resulta altamente regresivo, puesto que el quintil superior recibe casi el 40 por ciento del total de los desembolsos. La condición regresiva es aún más aguda en el caso de los programas de EsSalud. Únicamente el gasto en el SIS muestra cierta condición progresiva (y focalización pro pobre en el segundo y tercer quintiles), pero aun así no alcanza a la población en extrema pobreza.

Hay diferencias significativas entre los programas rurales y los urbanos en función de la focalización pro pobre: solo es pro pobre el gasto rural. No todos los programas educativos urbanos son pro pobre, mientras que todos los programas rurales sí lo son, excepto por los de educación universitaria y no universitaria. De igual modo, todos los programas de salud rurales tienen un eje pro pobre —excepción hecha del de los hospitales (el MINSA inclusive)—, en tanto que no todos los desembolsos urbanos están bien focalizados en los pobres. En el caso de los programas alimentarios, Desayunos Escolares es, claramente, el que ha alcanzado una mejor focalización pro pobre; el 52 por ciento de su gasto alcanza al quintil más pobre y más del 75 por ciento llega a la población rural. Le sigue el programa del Almuerzo Escolar (el 39 por ciento llega al quintil más pobre). En cambio, alrededor de una tercera parte de los recursos de los Comedores Populares y del Vaso de Leche benefician a los que no son pobres. En efecto, el programa de los Comedores Populares resulta relevante únicamente para la población urbana de ingreso mediano a bajo, situada en el cuarto, tercer y segundo quintil (véase el cuadro 2.2).

En función de la incidencia relativa, el gasto público en los tres sectores sociales es progresivo en educación y regresivo en salud. Sin embargo, la incidencia relativa del gasto del MINSA resulta progresiva, cosa que ocurre también en el caso del SIS, mientras que es regresiva en los casos de EsSalud y de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas (FF. AA.) (véase el cuadro 2.3). Sin duda, esto guarda relación con el costo relativamente alto de los servicios de salud en el consumo promedio de un hogar. En efecto, la proporción del consumo asignado al quintil superior por EsSalud es aproximadamente equivalente a la parte asignada por el gasto privado a la salud; en otras palabras, ambos proveedores de servicios tienen una incidencia relativa equivalente y un peso similar en lo que respecta a su participación en el consumo de los hogares entre los que son menos pobres.

La *cobertura* de los programas de educación es bastante extensa, pero también se encuentra distribuida de modo muy desigual. El 100 por ciento de la población en extrema pobreza recibe educación primaria, pero este porcentaje se reduce a la mitad cuando se pasa a la secundaria, resultado consistente con nuestro análisis de eficiencia. La educación superior llega solo a aproximadamente 3 por ciento de los pobres extremos. La primaria cuenta con la cobertura más alta en la población rural. Entre los programas alimentarios, los de mejor cobertura son el Vaso de Leche y los Desayunos Escolares (véase el cuadro 2.4).

**Cuadro 2.2. Incidencia absoluta del gasto de los programas alimentarios, 2003  
(La transferencia promedio como porcentaje del gasto total recibido por cada grupo)**

Programas alimentarios	Quintiles					Nivel de pobreza			Área	
	1	2	3	4	5	PX	PNX	NP	Urbana	Rural
Vaso de Leche	17,6	23,4	28,7	23,5	6,9	22,1	44,3	33,6	74,7	25,3
Comedores Populares	16,0	19,0	33,2	26,3	5,5	14,0	53,6	32,4	70,1	29,9
Desayunos Escolares	52,6	24,4	15,9	5,0	2,1	53,2	30,2	16,6	23,2	76,8
Clubes de Madres	8,1	29,7	54,1	5,4	1,4	6,8	56,8	35,1	47,3	52,7
Almuerzo Escolar	38,9	37,6	15,0	7,1	1,3	41,6	42,0	16,4	26,1	73,9
Comedor Infantil	27,9	42,5	23,7	5,9	0,0	31,1	53,9	15,1	42,9	56,6
Otros (PANFAR, PACFO, otros)	22,8	41,3	13,7	19,7	2,6	24,1	49,8	26,1	35,1	64,9
<b>Total de programas alimentarios</b>	<b>23,7</b>	<b>26,4</b>	<b>25,3</b>	<b>19,5</b>	<b>5,0</b>	<b>26,3</b>	<b>44,7</b>	<b>29,0</b>	<b>59,2</b>	<b>40,7</b>
Información referencial										
Proporción de población total	20	20	20	20	20	22	33	45	65	35
Proporción de población pobre	37	36	23	4	0	40	60	0	51	49
Proporción de consumo total	5	10	14	21	50	6	20	74	83	17

PX = pobreza extrema; PNX = pobreza no extrema; NP = no pobres.

Fuente: INEI-ENAH0 2003, IV trimestre.

Nota: únicamente se considera a los hogares que se beneficiaron al menos con un programa alimentario.

**Cuadro 2.3. Incidencia relativa del gasto en salud por quintil, 2003**  
(Las transferencias promedio como porcentaje del gasto total recibido por cada grupo)

	Quintiles				
	1	2	3	4	5
MINSA	6,7	6,3	6,0	3,8	1,3
EsSalud	0,4	1,3	2,7	3,6	2,5
FF. AA.	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4
Privado	2,2	2,4	2,8	3,5	2,8
SIS	0,7	0,7	0,4	0,3	0,2
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>10,1</b>	<b>11,6</b>	<b>11,1</b>	<b>7,0</b>

*Fuente:* estimaciones del autor a partir de la ENAHO 2003, IV trimestre, MEF-SIAF y EsSalud.  
Nota: el SIS forma parte del MINSA.

**Cuadro 2.4. Filtraciones de los programas sociales, 2001 y 2003**  
(Porcentaje de beneficiarios que no son pobres en el programa)

Programa social	Proporción de filtraciones						
	Nacional		Áreas urbanas		Áreas rurales		
	2001	2003	2001	2003	2001	2003	
Prog. alimentarios	Vaso de Leche	29	30	39	38	16	23
	Comedores Populares	30	32	36	34	18	26
	Desayunos Escolares	14	18	27	32	10	13
	Almuerzo Escolar	17	18	30	25	13	15
	Comedor Infantil	17	16	32	13	7	18
Salud	Control de Crecimiento del Niño	39	32	52	46	19	20
	Seguro Integral de Salud	31	32	40	39	20	26
	Planificación Familiar	43	48	51	53	30	41
Educ.	Textos y Útiles Escolares	25	24	36	33	14	16

*Fuente:* estimaciones del autor a partir de las ENAHO 2001-03.  
Nota: porcentaje de beneficiarios que no son pobres.

Las filtraciones se incrementaron entre 2001 y 2003 en la mayoría de los programas de salud y alimentarios. Los primeros presentan las filtraciones más altas de todos los programas sociales, que crecieron entre 2001 y 2003, en particular en las áreas rurales. El grado de filtración es considerable: no menos de una tercera parte de los beneficiarios de los programas de salud no son

pobres. Los programas alimentarios tienen la segunda filtración más grande de todos los programas, lo que resulta particularmente relevante para el Vaso de Leche (30 por ciento) y los Comedores Populares (32 por ciento). Las filtraciones son más altas en las áreas urbanas que en las rurales, donde también crecieron entre 2001 y 2003. En el caso del Vaso de Leche, los subsidios perdidos con las filtraciones a la población que no es pobre representan alrededor de 100 millones de nuevos soles al año. Aún más, y para nuestra sorpresa, las filtraciones en los programas de educación (Textos y Útiles Escolares) tampoco son insignificantes —alcanzan casi una cuarta parte a escala nacional— y muestran mejoras marginales entre 2001 y 2003.

#### **IV. Examen de la bibliografía peruana basada en investigaciones**

Muchos de los resultados anteriores no son nuevos en el Perú. Hay, en efecto, una vasta bibliografía con diagnósticos parciales de los problemas referidos a los distintos ángulos del contrato. El reto consiste, entonces, en condensar toda la riqueza de los diagnósticos y encontrar un conjunto global de mensajes que definan una nueva política social para los funcionarios que ingresen luego de las elecciones de 2006.

Para contribuir con este propósito, el cuadro 2.5 resume el conjunto de recomendaciones de política realizadas por distinguidos académicos peruanos que se ocuparon de los aspectos examinados en el presente capítulo. Luego presentamos, en el cuadro 2.6, un resumen de los principales diagnósticos referidos a los temas del contrato, que, según nuestros hallazgos, convergen con los puntos aquí tratados y sirven de guía general a las recomendaciones.

**Cuadro 2.5. Resumen de las recomendaciones de política clave existentes en la bibliografía peruana con respecto a los temas relacionados con el contrato**

Tema	Alcázar (2004a,b)	Hunt (2001)	PREAL (2003)	RESAL (1999)	Francke (2004a)	Mendoza (2003)	Vásquez (2004a)	Vega (2004)	Rivero (2004a,b)	Du Bois (2004)
Incrementar el gasto social.	✓	✓	✓	✓					✓	
Focalizar el gasto en los pobres, crear más programas focalizados, no incurrir únicamente en el gasto focalizado.	✓	✓	✓	✓		✓			✓	
Crear un nivel de «límite inferior» del gasto social prioritario «básico», que se ocupe fundamentalmente de los estándares de vida de los pobres rurales.			✓			✓		✓		
Reducir el papel del Estado en la provisión de servicios sociales e incrementar la participación de quienes reciben dichos servicios en el ámbito local, principalmente en la educación.										✓
Reducir la fragmentación de los programas sociales.										✓
Mejorar la calidad de la educación.										✓
Esclarecer y definir poderes y funciones en el marco de la descentralización, la autonomía de las escuelas incluso, con responsabilidades plenamente especificadas y no superpuestas.	✓	✓	✓		✓					
Incrementar la cobertura de la educación inicial y de los programas alimentarios.		✓				✓			✓	
Aclarar, en particular, las fórmulas para asignar recursos a las entidades subnacionales.							✓			
Adoptar un sistema descentralizado de monitoreo eficaz, respaldado por un mejorado SIAF y el SNIP.	✓					✓			✓	
Reducir las filtraciones y otras formas de no provisión de los servicios, como el ausentismo de los docentes.	✓									✓

Fuente: síntesis del autor.

## Cuadro 2.6. Principales resultados nacionales hallados en los estudios anteriores, relacionados con el contrato en el Perú

Factor	Análisis	Fuentes	Posibles implicaciones de política
Tendencias del gasto social y manejo del presupuesto	El gasto social creció entre 1990 y 1997. Bajó el gasto en sectores sociales. Creciente gasto corriente. Gasto de capital decreciente y grandes brechas de infraestructura. Estructura inercial en la composición del gasto. Alta contribución de los hogares y una educación privada extendida.	Saavedra y Suárez (2002) Francke y Paulini (2003) Francke y Mendoza (2001) Francke, Castro y Ugaz (2002) Vásquez (2004a) Shack (2000) Francke (2001a, 2002) Mendoza (2003) Ortiz de Zevallos y otros (1999) Instituto Peruano de Economía (2003)	Reducir el gasto militar e incrementar el gasto social.
Política fiscal procíclica	En las últimas tres décadas, la política fiscal ha sido procíclica y volátil, ya que debilidades en la Ley de Transparencia y Prudencia Fiscal no le han permitido mitigar los efectos de las recesiones.	Vidaurre (2000) Ormeño (2002) Jiménez (2002, 2003) Pereyra (2003) Francke (2002)	Regla fiscal contracíclica en un contexto de excedente primario permanente.
Espacio fiscal para el gasto social y la protección presupuestaria del gasto social	Sistema tributario no muy progresivo: 41,5 por ciento del gasto total se desembolsa en pensiones y servicio de la deuda. Las transferencias reducen la motivación para hacer esfuerzos de recaudación local.	Iguiniz y Barrantes (2004) Iguiniz (2000) Cortez (2002) Francke y Mendoza (2001) Vásquez (2005) Francke, Castro y Ugaz (2002) Alvarado (2003) Larios, Alvarado y Contermo, ed. (2004)	Reducir la carga tributaria en el ingreso de los trabajadores y el consumo de la población pobre. Eliminar las exoneraciones tributarias y los esquemas especiales. Crear un fondo de salud al cual puedan contribuir los que no son pobres (un porcentaje de su ingreso), y el gobierno aportaría a nombre de los pobres. Elección de proveedor. Revisar el esquema tributario. Coparticipación de gobiernos subnacionales en gasto y transferencias de sectores sociales, fundamentalmente en las regiones con mayor recaudación tributaria.

continúa...

...continuación

Factor	Análisis	Fuentes	Posibles implicaciones de política
Uso de recursos públicos	No se han usado los recursos públicos adecuadamente; no han llegado a quienes se quería y no han generado los resultados esperados. Además, hay un incremento en los costos administrativos. Los incentivos del gasto obedecen a criterios políticos antes que a prioridades.	Du Bois (2004) Jaramillo y Parodi (2003)	Reducir la participación del gobierno en la provisión y el manejo de los servicios. El gobierno debe concentrarse en el financiamiento, regulación y participación de los beneficiarios. Uso de las transferencias condicionadas de efectivo y constitución de un fondo social público.
Sistemas de información y monitoreo	Falta de una definición consensual del gasto social. Buen avance en los sistemas de información y en el monitoreo del manejo. Mal desempeño en el monitoreo de resultados y en la focalización. El gobierno no debe estar enterado de las transferencias a las jurisdicciones subnacionales.	Francke y Paulini (2003) Vásquez (2004a) Alcázar (2004b)	Definir los objetivos, y monitorear y evaluar la eficiencia y el desempeño. Ampliar los sistemas de información presupuestaria a los gobiernos subnacionales. Capacitar a las autoridades subnacionales en el manejo del presupuesto. Uso de un mecanismo de focalización individual.
Ausencia de mecanismos objetivos de elaboración, formulación y ejecución de políticas sociales. Las políticas sociales no son transparentes ni son impulsadas de modo técnico. Bajo impacto de programas nutricionales.	Vásquez, Cortez y Riesco (2000) Ravina y Paulini (2002) Gajate e Inurritegui (2003)	Promover el crecimiento pro pobre. Dar incentivos a los profesionales del sector social. Monitorear y evaluar el desempeño.	

continúa...



...continuación

Factor	Análisis	Fuentes	Posibles implicaciones de política
Eficiencia y efectividad del gasto social	<p>Alto nivel de filtraciones. El gasto está concentrado en Lima-Callao.</p> <p>Esfuerzos superpuestos y subsidios cruzados perversos.</p> <p>El gasto en educación y salud no es progresivo.</p>	<p>Alcázar, López-Calix y Wachtenheim (2003)</p> <p>Vásquez (2002, 2004a)</p> <p>Chacaltana (2002)</p> <p>Tanaka y Trivelli (2002)</p> <p>Francke (1998, 1999a, 2002)</p> <p>Portocarrero (2000)</p> <p>Petrera (2002)</p> <p>Cortez (2002)</p> <p>Jaramillo y Parodi (2003)</p> <p>Francke y Mendoza (2001)</p> <p>Gonzales de Olarte (2000)</p> <p>Saavedra, Melzi y Miranda (1997)</p>	<p>Focalizar el gasto en los departamentos y zonas más pobres.</p> <p>Participación activa de la sociedad civil, lo que asegura la provisión de servicios a los pobres.</p> <p>Mecanismos de focalización eficientes: geográfica o individual.</p> <p>Desarrollar la infraestructura pública fuera de Lima-Callao.</p>
Equidad del gasto social	<p>Ausencia de legislación adecuada.</p>	<p>Carranza y Tuesta (2003)</p>	<p>Crear reglas presupuestarias «rígidas» y límites firmes de endeudamiento subnacional. Desalentar el crecimiento del gasto corriente y fomentar el gasto de capital.</p>
Descentralización y transferencias del gasto social (cambios en la composición del presupuesto)	<p>La descentralización ilimitada del presupuesto provocaría desequilibrios fiscales en los gobiernos subnacionales.</p> <p>Combinación de viejas deficiencias de manejo con las que surgieron con el proceso de descentralización.</p> <p>Bajo grado de descentralización de recursos y responsabilidades: los recursos adicionales están concentrados en el nivel central. Los montos de dinero transferidos han sido pequeños.</p>	<p>Francke, Castro y Ugaz (2002)</p> <p>Francke (2001a, 2002, 2004a)</p> <p>Perla (2003)</p> <p>Iguñiz y Barrantes (2004)</p> <p>Caballero (2004a)</p> <p>Larios, Alvarado y Conterno, ed. (2004)</p>	<p>Nuevos mecanismos de manejo y resolución de conflictos en el gobierno local. Interacción con la sociedad civil.</p>

Fuente: síntesis del autor.

## V. Recomendaciones de política

A partir de los resultados de este capítulo y de la bibliografía peruana recién examinada, podemos formular un conjunto coherente de recomendaciones de política que pretende servir de base para el marco del contrato de la política social del próximo gobierno. Estas recomendaciones asumen que la preservación de la disciplina fiscal sigue siendo el objetivo supremo de la política fiscal, que al terminar 2005 se alcanzará la meta de mediano plazo de un déficit fiscal de uno por ciento del PBI y que este se mantendrá durante el resto de la década (excepto en los años en que ocurran grandes *shocks* negativos).

La preservación del gasto social como la prioridad principal del presupuesto es bienvenida, pero debe modificarse la actual composición del gasto corriente y de capital. Contener el crecimiento de la planilla es una de las principales metas de la agenda social de corto plazo, y a ella debe seguir una reforma general de la administración pública en el mediano plazo.

Además, el énfasis prioritario debiera estar puesto en mejorar la calidad antes que la cantidad del gasto social, lo que implica la preservación del núcleo de programas de gasto prioritario actual y la reorientación de la composición de este gasto en favor de los programas sociales más eficientes, mejor focalizados y que rindan cuentas, como el SIS o los programas renovados de asistencia alimentaria. Esto implica adecuar la actual política de protección presupuestaria a un proceso de descentralización que se rija por los resultados, rinda cuentas y sea pro pobre, transparente y participativo. Esto es más fácil de decir y escribir que de hacer, y todas estas medidas deben entenderse como pertenecientes únicamente al contrato: son actos que no pueden ser aislados de los restantes lados del triángulo de rendición de cuentas. Más específicamente, esto requiere el fortalecimiento del contrato, esbozado en el cuadro 2.7.

**Cuadro 2.7. Perú: tareas requeridas para fortalecer el contrato**

Temas clave	Recomendaciones de política
<p>En el contexto de un limitado espacio fiscal, ¿cómo debería proceder el siguiente gobierno con los gastos sociales?</p>	<p>Conservar la disciplina fiscal, lo que supone no comprometer un gasto social adicional a menos que haya nuevas rentas o reasignaciones en el presupuesto. Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una estrategia de mediano plazo y un sistema de monitoreo para los programas sociales, definiendo las metas de resultados específicos en educación, salud y nutrición. La estrategia debe identificar los programas prioritarios clave requeridos para alcanzar tales resultados y un marco de gastos del sector social para varios años, con asignaciones mínimas explícitas para los programas prioritarios.</li> <li>• La estrategia debe, asimismo, definir un pequeño número de indicadores anuales y trimestrales para monitorear el avance en los programas prioritarios. Estos indicadores deben estar a disposición del público en general, que podría acceder a ellos en una interface de Internet amigable para el usuario que permitirá a beneficiarios, municipalidades y regiones medir el avance en la ejecución del presupuesto y en la consecución de los indicadores intermedios.</li> <li>• La evaluación del impacto de todos los programas clave debe ser preparada por analistas independientes, quienes emplearían metodologías internacionalmente reconocidas, y debe hacerse pública antes de que cada presupuesto anual sea enviado al Congreso.</li> <li>• Ampliar el progreso alcanzado en el manejo del presupuesto en las áreas de: (a) la integración del módulo de formulación del presupuesto en el SIAF; y, (b) el desarrollo e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de los programas sociales por el SIAF con la creación de una página web amigable para el usuario, que haga un seguimiento del núcleo de programas sociales prioritarios.</li> <li>• Introducir contratos basados en el rendimiento entre el Ministerio de Economía y Finanzas y los principales ejecutores de los programas sociales, sobre la base del piloto de los Convenios de Administración de Resultados.</li> </ul>
<p>¿Debe el gobierno seguir protegiendo los Programas Sociales Prioritarios tras la descentralización?</p>	<p>Sí, pero adecuados al nuevo marco institucional. En efecto, se debe institucionalizar aún más la protección del presupuesto, lo que implica una negociación política transparente, consensuada y participativa antes que una simplemente técnica o institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recomendación central es seguir protegiendo por lo menos los programas clave y los proyectos y actividades cuyos recursos: (a) pertenezcan a prioridades nacionales bien acordadas; (b) que, de estar descentralizados, sean administrados mediante contratos de desempeño; (c) que, de ser administrados centralmente, sean implementados por un número reducido de unidades ejecutoras; (d) que incluyan mecanismos efectivos de focalización (pro pobre) y herramientas de monitoreo por el SIAF; y, (e) que estén respaldados con capacitación complementaria, evaluaciones y herramientas participativas.</li> <li>• Desplazar las asignaciones de gasto en favor de las actividades/proyectos pertenecientes a los PSP más eficientes, mejor focalizados y que rindan cuentas, como el SIS o los programas de asistencia alimentaria renovados.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Temas clave	Recomendaciones de política
¿Cuán urgente es negociar y reformar el sistema de la planilla pública?	<p>A falta de espacio fiscal, apenas si habrá una agenda social sostenible si no hay una reforma de la administración pública. Esto implica tomar medidas de corto y mediano plazo en la mayoría de los programas de salud y alimentarios, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detener el crecimiento de la planilla salarial, al mismo tiempo que se congelan las contrataciones y se resisten las alzas salariales y otras presiones más de los gobiernos regionales y municipales, para que se incremente la inversión.</li> <li>• Asegurarse de que el gasto social solo se incremente <i>pari passu</i> con la materialización de un espacio fiscal adicional (ahorros), generado con la reducción de la planilla u otras fuentes de ahorros públicos, como el incremento de la recaudación fiscal.</li> <li>• Estar atento a unas significativas obligaciones contingentes del sistema fiscal con la regularización pendiente de docentes y trabajadores de salud por los gobiernos regionales, y con una excesiva deuda subnacional —parte de la cual no está registrada— de algunos gobiernos municipales.</li> <li>• Simplificar y unificar la estructura de remuneraciones. Consolidar las fuentes de pago para reducir los costos de transacción; consolidar los pagos de bonificaciones, buscando tener lo más que se pueda o el 100 por ciento de los cheques de paga desembolsados como un salario regular y pensionable; e institucionalizar el mecanismo de pago informal del Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo (CAFAE), sujetándolo a las contribuciones de las pensiones.</li> <li>• Encargar encuestas detalladas de personal y estudios de la estructura de remuneraciones de los sectores salud y educación, para guiar la elaboración de una nueva estructura salarial.</li> </ul>
¿Ayudaría completar la reforma del sistema del fondo de pensiones?	<p>Definitivamente, en especial si ello ayuda a reducir las futuras obligaciones de contingencia del Estado. Esto implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profundizar la participación del sector privado —local y extranjero— en el manejo de fondos.</li> <li>• Modernizar la tecnología de información de los sistemas de pensiones.</li> <li>• Reducir los niveles significativos de atraso en las contribuciones al SNP, en especial en el sector público.</li> <li>• Definir un nuevo esquema tributario para las contribuciones a las pensiones. Actualmente los ahorros (las contribuciones) son gravados y el consumo (las pensiones) está exceptuado. Lo inverso sería mucho mejor si lo que se desea es incentivar el ahorro a largo plazo.</li> <li>• Permitir que las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) manejen distintos fondos con diversas combinaciones de riesgo y rentabilidad, para así adecuarse mejor a las preferencias individuales.</li> <li>• Integrar y centralizar las funciones de registro y planificación financiera, al mismo tiempo que se las vincula formalmente mediante un sistema de información con la Oficina de Contabilidad.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Temas clave	Recomendaciones de política
<p>¿Qué acciones específicas se requieren para mejorar la efectividad y eficiencia de lo proveído por los programas?</p>	<p>Las políticas deben buscar un monitoreo y evaluación continuos de los programas supervivientes para corregir aquellos que están mal focalizados, que tienen altas filtraciones o una baja cobertura de los pobres. Esto implica lo siguiente:</p> <p><i>Educación:</i> llenar los vacíos en la cobertura, especialmente en las etapas de educación inicial y secundaria, y reducir el gasto (en términos reales) en la mayoría de los programas de educación superior, al mismo tiempo que se pasa el gasto a los insumos, las escuelas rurales y los programas que mejoren la calidad.</p> <p><i>Salud:</i> promover la expansión de un renovado SIS y los servicios autofocalizados a los pobres mediante más puestos de salud antes que con hospitales adicionales.</p> <p><i>Programas alimentarios:</i> afinar su implementación mediante nuevos mecanismos de rendición de cuentas en el ámbito municipal, que lleven a: (a) preparar una base de datos de los beneficiarios; (b) desarrollar procedimientos de auditoría social regulares; (c) reducir el precio elevado de los suministros de alimentos; (d) instalar sistemas adecuados de monitoreo y control; y, (e) eventualmente, considerar su conversión total o parcial en un mecanismo de transferencia de efectivo. Al monitorear el avance hacia las metas deseadas de modo anual, contando con el respaldo del SIAF, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, su evaluación anual indicará si los programas cumplen con sus objetivos.</p>
<p>¿Debe la descentralización seguir prestando más atención a la efectividad, la eficiencia y la neutralidad fiscal?</p>	<p>Sí, un proceso de descentralización sólido no tiene otra opción que completar el marco de rendición de cuentas y regulador para mejorar la calidad de los servicios sociales con la descentralización. Esto implica una serie de acciones posibles para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplear fórmulas simples para transferir recursos, introduciendo un sistema de transferencia al gobierno regional basado en reglas, que actúe como un arreglo para compartir las rentas en montos proporcionales a la cantidad concreta de las transferencias presupuestales.</li> <li>• Evitar altos costos de transacción en la administración.</li> <li>• Mejorar la recaudación local de rentas.</li> <li>• Limitar la deuda subnacional a niveles sostenibles.</li> <li>• Fijar techos a los gastos en personal (como porcentaje del presupuesto del gobierno regional o municipal) y mejorar las prácticas de manejo de los recursos humanos.</li> <li>• En el mediano plazo, los gobiernos regionales deben introducir sus propios impuestos, tal vez sumándose a un presupuesto nacional como el de la gasolina o el impuesto a la renta (pero a tasas únicas).</li> <li>• Desarrollar un marco multianual de elaboración del presupuesto del sector social, que integre las prioridades de gasto intersectoriales e intrasectoriales compartidas por el Gobierno Central y los gobiernos subnacionales.</li> <li>• Unificar los conceptos de deuda en todo el sector público, mejorar el monitoreo y el flujo de información desarrollando un módulo de deuda SIAF-Gobierno Local, y aplicar sanciones a las municipalidades que estén demasiado endeudadas.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Temas clave	Recomendaciones de política
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="454 336 1097 525">• Introducir los programas de reprogramación de deudas para las treinta municipalidades más sobreendeudadas, lo que implica, entre otras cosas, un programa de mejora de la recaudación propia (esto es, compromisos para mejorar el cobro del impuesto predial y otras medidas), la reprogramación de inversiones, la privatización de activos municipales, la congelación de las contrataciones y los límites a las indemnizaciones por despido.</li></ul>

---

# CAPÍTULO 3

## EL SECTOR EDUCACIÓN: ESTÁNDARES, RENDICIÓN DE CUENTAS Y APOYO<sup>1</sup>

*Luis Crouch*

### I. Principales recomendaciones de política

El Perú ha logrado grandes avances en materia de cobertura educativa. La calidad, medida por los logros cognitivos reales de los niños, y en particular por su distribución entre los grupos sociales, sigue siendo un problema de respuesta elusiva. Para avanzar en la calidad de la educación y su distribución deben tomarse las siguientes medidas.

*En primer lugar, el Perú necesita establecer estándares de aprendizaje mucho más claros y específicos.*<sup>2</sup> Esta especificidad debe referirse tanto al

<sup>1</sup> Este capítulo es un resumen del informe técnico de base más extenso, titulado *RECURSO Peru. Education Sector: Standards, Accountability, and Support*.

<sup>2</sup> En vista de que el término «estándares» se utiliza a lo largo del capítulo, es importante dar algunas definiciones. En primer lugar, con «estándares» queremos decir —en el contexto del aprendizaje— tanto un sistema de medición o una «métrica», como por ejemplo una forma de medir el rendimiento de un alumno (por ejemplo, palabras leídas correctamente por minuto), como metas numéricas específicas por alcanzar (por ejemplo, ser capaz de leer setenta palabras por minuto al final del segundo grado), o bien capacidades no numéricas por aprender (por ejemplo, el reconocimiento del sonido de las letras). Existen otras métricas y metas, claro está. En segundo lugar, en el contexto de los procesos de manejo y financiamiento nos referimos a formas estandarizadas de proceder como el financiamiento vía fórmulas, y metas específicas como decir que cada centro educativo debiera recibir tantos soles por niño para adquirir materiales de aprendizaje. Contar con formas estandarizadas con que las escuelas den cuenta del uso del presupuesto a los padres es otro ejemplo de un estándar de procedimiento. Tercero, en el contexto de la educación bilingüe nos referimos a la estandarización de las lenguas de instrucción con el fin de discutir los límites de tal estandarización. Sería posible afirmar el significado exacto empleado cada vez que se usa la palabra o concepto. Sin embargo, esto sería asimismo tedioso dado su empleo extendido en todo el trabajo. Se espera que el contexto lo deje en claro. En todo caso, cuál sea la noción apropiada de estándar es algo que queda abierto a la discusión e interpretación. Por ejemplo, si bien pensamos que deberíamos recomendar que los niños sean capaces de leer correctamente setenta palabras por minuto al finalizar el segundo grado (un estándar, así como una meta concreta), el proceso de diálogo de políticas en el Perú podría establecer que por ahora es más sabio simplemente hacer que los docentes monitoreen a los educandos en esta medida e intenten mejorarla (un estándar así como una métrica).

nivel del grado como a la claridad de los objetivos. Por ejemplo, deberían existir objetivos mínimos por grado e, idealmente, por semestre. Los objetivos tendrían que ser enunciados en términos específicos, como en niveles de comprensión, fluidez y rapidez de lectura, palabras leídas correctamente por minuto y capacidades numéricas definidas. Deben prepararse y distribuirse materiales de lectura cuyos grados de dificultad estén claramente establecidos y estandarizados por grado o por edades. Los objetivos de calidad de la educación secundaria deberían plasmarse en un examen o certificación nacional de egreso. El Perú, asimismo, requiere establecer estándares de servicio y proceso, esto es, niveles de comportamiento (como horas de aprendizaje efectivo y activo por año, pero cumplidas) y de información al cliente, en un proceso de rendición de cuentas de arriba abajo, de las escuelas a las comunidades y de las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL) a los centros educativos. Es necesario poner en práctica estándares de provisión mediante los que, por ejemplo, se desarrollen fórmulas de financiamiento con las que el ámbito nacional financie la educación en las regiones, y para que estas financien escuelas. El financiamiento por fórmulas es más transparente, más equitativo y más eficiente. Por último, se requieren estándares claros y rigurosos para los docentes como parte de una estrategia que permita mejorar significativamente su calidad a lo largo del tiempo. Se necesitan estándares tanto de reclutamiento como de comportamiento profesional, que pueden incluir la acreditación de enfoques de capacitación docente en institutos pedagógicos y universidades. Tales estándares deberían incluir el conocimiento de la materia y pueden ser incorporados a la Carrera Pública Magisterial o su reglamento.

La necesidad de crear estándares está relacionada con la de desarrollar una cultura de evaluación en el Perú. Actualmente, en el sector educativo peruano hay un temor generalizado a ser evaluado. Esto crea un círculo vicioso. El temor al fracaso crea el temor a la evaluación, pero la falta de esta última condena casi todos los esfuerzos al fracaso, porque no hay ninguna forma seria de detectar cuándo algo está saliendo mal. El fracaso y la falta de evaluación basada en estándares se refuerzan mutuamente y crean un ambiente de gran pesimismo, fatalismo y falta de rendición de cuentas. El temor a la evaluación y los estándares ha sido convertido en una virtud, y se ha vuelto popular cuestionar las evaluaciones y las mediciones como algo intelectualmente sospechoso, no moderno, regresivo o que alienta la desigualdad. Sin embargo, este pesimismo es básicamente injustificado. En el presente estudio se muestra que hay muchos centros educativos con un buen rendimiento y que las expectativas



altas a menudo se logran con un muy buen desempeño. Tener expectativas claras y razonablemente altas es una buena manera de romper el ciclo vicioso del pesimismo y el juego de culpemos-al-niño o culpemos-a-la-sociedad, que parece ser tan difundido en el Perú.

*Segundo, el Perú necesita desarrollar líneas mucho más claras de presión de rendición de cuentas, o de poder del consumidor o de los padres.* Sin la presión de la rendición de cuentas y las recompensas (incentivos), los agentes no se adecuarán al estándar. Y sin estándares la presión de la rendición de cuentas no sabría en qué dirección ir. Ante la escasa rendición de cuentas desarrollada en el Perú en décadas recientes, la mayoría de los docentes, por ejemplo, no dedicará las horas de esfuerzo necesarias a menos que sean supervisados y motivados tanto por las comunidades como por la burocracia, y salvo que se hagan claras las expectativas. Algunos harán el esfuerzo requerido —y ya lo hacen—, motivados por el profesionalismo intrínseco y el orgullo —como se documenta en el informe técnico que sirvió de base para la elaboración de este capítulo—, pero no la mayoría. Los padres deberían tener mayor voz en lo que sucede en las escuelas, como en el uso del presupuesto y la selección y carreras de los docentes. Deberían considerarse opciones como dar a los padres una mayoría estatutaria en los Consejos Educativos Institucionales (CONEI) y otorgar a estos últimos más poder en la selección de docentes y su evaluación. Una herramienta importante de la rendición de cuentas será animar a los docentes menos motivados y menos capaces a que dejen la profesión (o incluso encontrar formas de despedirlos). Esto incrementaría la tasa de rotación y permitiría el ingreso de nuevos docentes al sistema, y la calidad de la profesión mejorará con mayor rapidez si estos últimos cumplen con los estándares de conocimiento. Por último, debería también llevarse a cabo una experimentación más sistémica y evaluada de la tercerización de la educación para los pobres, como el modelo de Fe y Alegría.

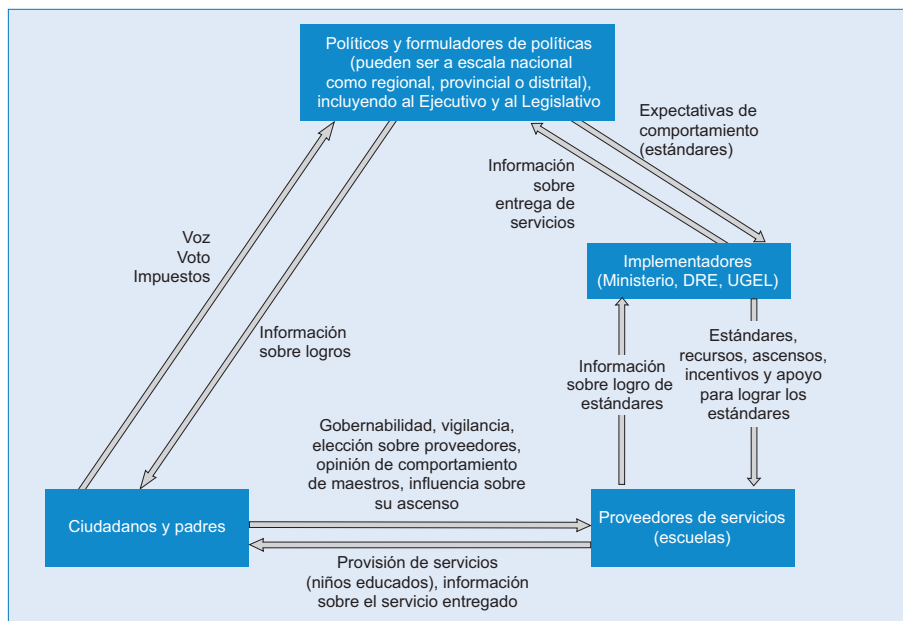
*Tercero, debe mejorarse el apoyo para que los actores puedan adecuarse al estándar.* La presión de tener que rendir cuentas no basta si los agentes no cuentan con la información apropiada sobre cómo alcanzar un estándar, y solo conseguirá frustrarlos. La capacitación de los docentes, tanto en el servicio como antes de él, ha tendido a ser demasiado general y, en el caso de la capacitación en servicio, episódica, precisamente porque no hay estándares de aprendizaje lo suficientemente claros. En lugar de ello se requiere mucha más capacitación en servicio que sea específica, esto es, un acompañamiento del docente a lo largo del año, y que esté orientada a ayudarlo a realizar el

trabajo anual intentando alcanzar los objetivos de aprendizaje de finales de un grado dado. De igual modo, se requieren muchos y mejores materiales de aprendizaje, en particular los de lectura; bibliotecas, papelería y suministros. Como esto será costoso, también se requiere un apoyo financiero general. El gasto en educación como parte del producto bruto interno (PBI) probablemente tendrá que crecer.

## II. El enfoque del triángulo de rendición de cuentas en la educación

*Este capítulo toma como punto de partida un marco de rendición de cuentas según el cual para que todo sistema social funcione bien debe haber un marco bien definido y bien ejercido de rendiciones de cuentas mutuas entre tres conjuntos de actores. Estos actores son: (a) el Estado (incluyendo los ámbitos regionales o subnacionales), lo que comprende a políticos y decisores de políticas tanto en el Poder Legislativo como en el Ejecutivo; (b) los proveedores de servicios (incluyendo a organizaciones como la burocracia ministerial, las burocracias regionales como las Direcciones Regionales de Educación (DRE) y las UGEL, y los proveedores directos de servicios, como los centros educativos; y, (c) los ciudadanos o clientes del sistema. Esto se conoce como el «triángulo de rendición de cuentas» (véase el gráfico 3.1).*

*La relación entre actores políticos y proveedores de servicios (el lado derecho del triángulo) se conoce como el «pacto» o «contrato». Esta relación engloba la creación de leyes, normas, estándares y reglamentos. También, la provisión de recursos y apoyo. A cambio de financiamiento, los proveedores dan información a los decisores de políticas respecto de los resultados del suministro; por ejemplo, si este en realidad se está realizando de acuerdo con las normas y los estándares. Las relaciones en la base de la pirámide constituyen relaciones de «participación local», «voz local» o «elección del consumidor». Estas relaciones son particularmente necesarias en situaciones —comunes en la mayoría de los países en vías de desarrollo— en las que la capacidad de los decisores de política resulta débil para obtener de los proveedores de servicios un comportamiento acorde con el estándar. Pero debe señalarse que sin estándares es difícil que la «participación local» trabaje bien, en particular cuando el problema es la calidad. Cuando, en cambio, el problema es el acceso a la educación, los padres y la ciudadanía local pueden ver fácilmente si existen los*

**Gráfico 3.1. El triángulo de rendición de cuentas**

Fuente: elaborado por el autor.

centros educativos y si sus hijos se han matriculado. Cuando el problema es la calidad y el desarrollo cognitivo, será complicado para los padres y la ciudadanía saber si se está proveyendo a los alumnos el estándar de servicio al que tienen derecho, a menos que primero se hayan especificado y popularizado los estándares de aprendizaje.

Estas relaciones en la base del triángulo operan sea por medio de la participación directa de los padres en la administración de las escuelas (como la selección de directores, la aprobación de presupuestos, la selección de docentes y los exámenes anuales del desempeño de los profesores), sea por medio de la elección del consumidor. En cualquiera de los casos será difícil que esta relación funcione si no se cuenta con «información de mercado» acerca de qué proveedores están cumpliendo los estándares. Hay, por lo tanto, una dependencia entre la base del triángulo y su lado derecho: si este último no puede generar estándares, la base tenderá a no trabajar muy bien.

Por último, las relaciones en el lado izquierdo del triángulo se conocen como las relaciones de «voz». (Ocasionalmente se la denomina voz «nacional» o «agregada», para distinguirla de la relación de voz participativa en la base del

triángulo.) En esta relación los votantes proporcionan a los decisores de políticas votos e impuestos, y la participación directa de la ciudadanía representada por organizaciones no gubernamentales (ONG) de promoción, protestas, descontento, declaraciones ante el Congreso y otras medidas. A cambio, los decisores informan periódicamente a los votantes (o deberían hacerlo) respecto de las medidas tomadas y los resultados alcanzados.

*Para que la provisión de servicios opere bien, todas las relaciones deben funcionar.* Más importante es que el flujo de relaciones sea circular. Todo actor debería formar parte de dos flujos circulares. Uno, externo, en sentido horario, típicamente envía recursos, apoyo e información sobre lo que se desea (como las normas y estándares) de un actor al otro; y un flujo antihorario envía información sobre lo que se ha logrado y sobre los insumos concretos de un actor al otro. El flujo entre ciudadanos y políticos, y entre estos últimos y los proveedores de servicios, se conoce como la «ruta larga» de la rendición de cuentas. Esta ruta se ha ido construyendo en los países desarrollados a lo largo de décadas e incluso de cientos de años, y a menudo puede operar muy bien hasta prescindiendo de la relación en la base. Al flujo directo entre ciudadanos y proveedores del servicio se le denomina la «ruta corta» de la rendición de cuentas. Cuando, por razones demasiado complejas como para describirlas aquí, la «ruta larga» no funciona, las sociedades pueden optar por fortalecer la «ruta corta». En suma, históricamente, es en la rendición de cuentas en la base del triángulo donde la mayoría de las sociedades comienzan. Sin embargo, esta es vista por lo general como una solución interina o incompleta, porque se requiere algún «árbitro» central que cree los estándares o la métrica con los cuales los ciudadanos negocian con los proveedores de servicios, y porque ese árbitro es asimismo necesario para que se encargue de los problemas de equidad y de los que surgen cuando las transacciones de algunos ciudadanos con los proveedores de servicios dañan (o ayudan) a otros ciudadanos y proveedores de servicios, y estos últimos no pueden encontrar formas de aminorar tales daños o estimular esos beneficios.

*En el Perú, muchas de estas relaciones funcionan en el mejor de los casos de modo imperfecto, y en algunos apenas si operan, como lo documenta este capítulo.* Aquí se ponen de relieve dos relaciones: (a) aquella entre los ciudadanos —esto es, los padres que tienen hijos que asisten a la escuela— y los proveedores —es decir, los centros educativos—; y, (b) la que existe entre los políticos y los decisores de políticas de todo nivel junto con sus ejecutores, esto es, los ministerios, las DRE y las UGEL.

### III. Temas y análisis

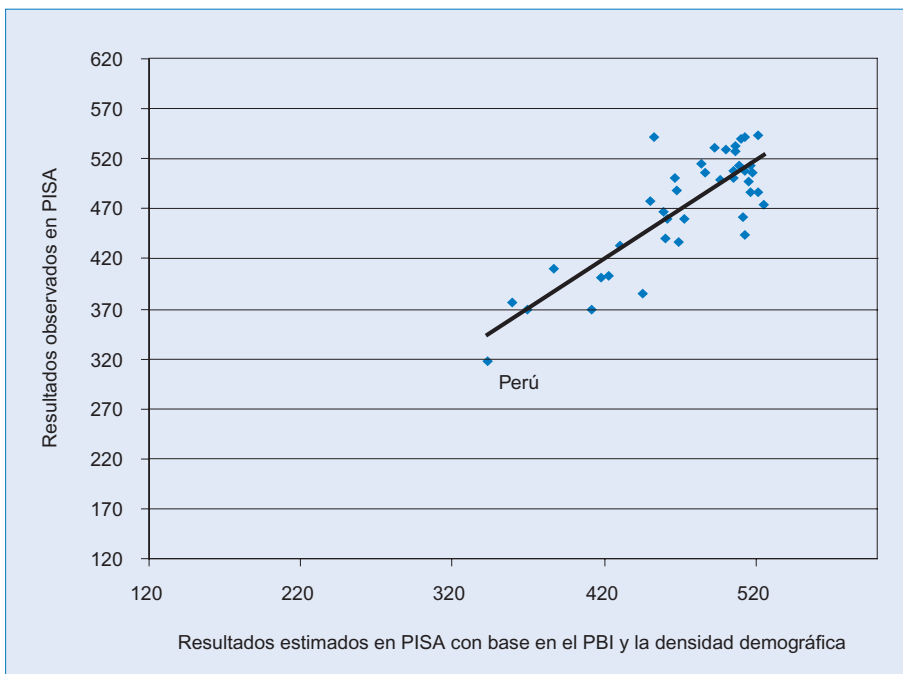
#### Estado actual del sector

##### *Avances en la cobertura*

*El Perú ha logrado avances impresionantes en la cobertura de la educación.* Los niveles de matrícula son más altos que en muchos otros países latinoamericanos, e incluso más elevados que en países con un ingreso per cápita mayor. La tasa de matrícula bruta en educación inicial, primaria, secundaria y superior es de 60 por ciento, 116 por ciento, 82 por ciento y 33 por ciento respectivamente en el Perú; y 63 por ciento, 110 por ciento, 72 por ciento y 18 por ciento respectivamente en América Latina como un todo. Más aún: durante décadas el Perú ha estado adelante del resto de América Latina en lo que respecta a la cobertura. Dado que las tasas brutas de matrícula en los niveles posprimaria son más altas en el Perú que en el resto de América Latina, la culminación de los niveles de primaria y secundaria tiene que ser bastante alta. Y, en efecto, esto es así. En suma, desde el punto de vista de la cobertura el Perú ya ha alcanzado un sistema de educación masivo casi del estándar del de un país desarrollado.

##### *Problemas con la calidad*

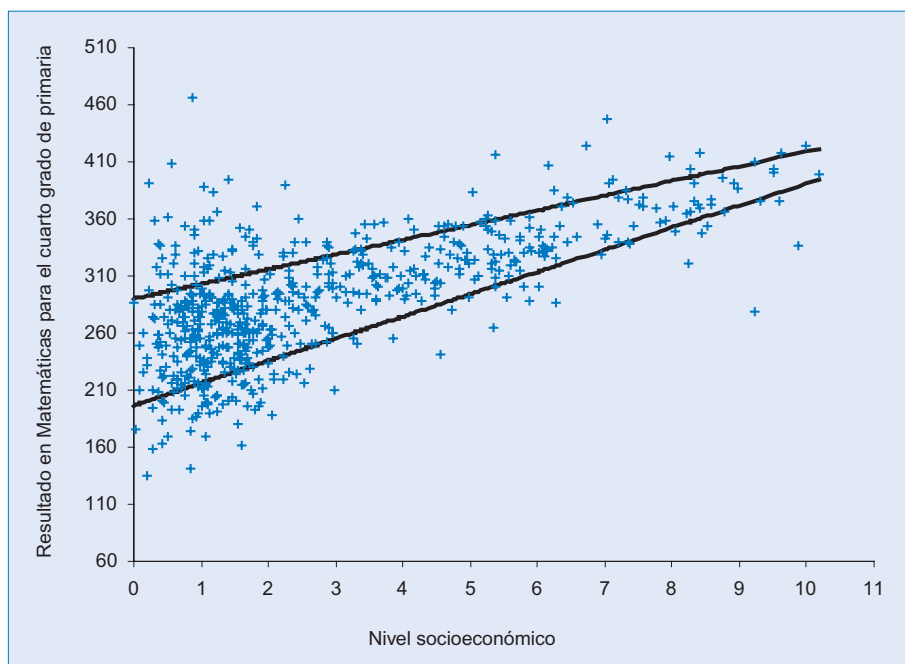
La calidad, medida por evaluaciones internacionales como el Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (*Program for International Student Assessment, PISA*), no es tan impresionante. Por ejemplo, el Perú obtuvo 327 en la escala de lectura combinada de PISA, mientras que el resto de los países latinoamericanos alcanzó un promedio de 411. Además, las propias evaluaciones internas peruanas del aprendizaje arrojan resultados que los analistas consideran sumamente insatisfactorios. Sin embargo, los niveles promedio de aprendizaje en las evaluaciones internacionales no son muy inferiores de lo que uno esperaría ante el ingreso per cápita del Perú, su carga demográfica y lo reciente del fenómeno de un alfabetismo difundido. El resto de países latinoamericanos que participaron en PISA tienen el doble del ingreso per cápita que el Perú y algunos de ellos alcanzaron el alfabetismo masivo décadas antes que este país (de modo que una mayor parte de las generaciones de padres y abuelos saben leer y escribir). El Perú tiene un 20 por ciento más de niños por adulto

**Gráfico 3.2. Resultados de PISA reales y predichos**

*Fuente:* para los resultados, OCDE/UIS 2003, cuadro 2.3a, anexo B; para los resultados estimados, el análisis del autor.

que el resto de los países latinoamericanos que participan en PISA, y, como es lógico, resulta más difícil proporcionar educación cuando hay más niños por adulto. Por ende, la posición promedio peruana en evaluaciones internacionales como PISA en realidad no sorprende. El gráfico 3.2 muestra esto.

Sin embargo, hay al menos cuatro problemas específicos relacionados con la calidad. En primer lugar, la brecha entre la matrícula y los niveles de logro es considerable. En la mayoría de los países que producen un gran número de egresados de la escuela secundaria, los niveles de capacidad de estos egresados son también bastante altos, de modo que el mercado laboral puede absorberlos. En el Perú hay una brecha muy amplia entre el gran número de egresados y sus capacidades, lo que podría resultar problemático. En segundo lugar, el Perú es, asimismo, el país con mayor desigualdad entre los que participaron en PISA, tomando como índice de desigualdad la proporción de desempeño existente entre el 95° percentil y el 5°. En el Perú esta proporción fue de 2,8. En México y Corea fue, respectivamente, de 2,0 y de 1,6. Incluso en el Brasil, un país con una desigualdad del ingreso mucho mayor que la del Perú, la

**Gráfico 3.3. Variabilidad de los resultados y nivel socioeconómico**

Fuente: análisis del autor de los resultados de nivel escolar de la Evaluación Nacional 2001.

proporción fue de 2,1. Tercero, en el Perú la desigualdad educativa parece no estar relacionada con la desigualdad del ingreso, y estaría determinada más bien por cuestiones sociológicas y pedagógicas, como en el África del Sur. En cuarto lugar, y de manera afín, aun cuando los pobres aprenden menos que los ricos, la desigualdad de aprendizaje entre los pobres es más alta que entre los ricos, lo que no se debe a una mayor desigualdad en la distribución de insumos entre aquellos. Esto se puede apreciar en el gráfico 3.3. La variabilidad de los resultados, mostrada por la distancia entre ambas rectas, es el doble de alta entre los pobres que entre los más ricos. La variabilidad relativa entre los pobres es aun más alta, dado que sus resultados promedio son peores.

La desigualdad del aprendizaje está asociada en gran medida con factores sociológicos, administrativos y pedagógicos, como la falta de un modelo y de estándares pedagógicos efectivos para llegar a educandos cuya lengua materna no es el español, y una menor rendición de cuentas para con la ciudadanía pobre. El resultado es que los niños pobres reciben una educación de calidad más variable que los menos pobres, y no solo de calidad inferior. Hay muchas

escuelas con clientela pobre que producen buenos resultados, pero esto depende de la dedicación o de la capacidad personal aleatorias de los docentes o directores, o del hecho de que haya entre los pobres una mayor variabilidad en la lengua hablada en casa que entre los ricos (muchos de los primeros provienen de hogares donde se habla español, pero relativamente pocos de la clase media y alta provienen de hogares donde no se habla español). En otras palabras, hay una falla sistémica. Entonces, la tarea principal es cómo resolver el problema de la calidad, en particular entre los pobres y los bilingües. Una hipótesis principal es que no existen estándares y la presión de la rendición de cuentas, ni sistemas contruidos en torno del aprendizaje, aplicables en particular a los pobres y multilingües. Falta, por ejemplo, un enfoque de la educación bilingüe científicamente probado y consensualmente aceptado, incluso luego de realizados más de diez proyectos de donantes (lo que está relacionado con la falta de una cultura de la evaluación y rendición de cuentas). Esta carencia de estándares afecta, así, sobre todo a los pobres. Estos temas se examinan más adelante.

Si bien la calidad es el problema principal, hay también mucha deserción en la escuela secundaria. Apenas una minoría de los niños rurales la completan. Este parece ser un problema fundamentalmente económico o del lado de la demanda, y no un asunto relacionado con la no disponibilidad de escuelas secundarias (aunque esta última sí podría pasar a ser un problema en caso de elevarse la demanda). Solo un pequeño porcentaje de quienes abandonan la escuela dieron como razón para ello la ausencia de escuelas en su vecindario. En este sentido, se sugiere experimentar con transferencias condicionales de fondos a las familias, que dependan más del desempeño que de la simple asistencia (ante el problema de calidad en el Perú). Debe tenerse cuidado en el diseño de semejante enfoque, para así evitar posibles incentivos perversos y falta de equidad. Por ejemplo, debería ser factible crear un premio sustancial para los alumnos del último año de secundaria en centros educativos en áreas pobres que rindan un examen voluntario y que obtengan las tres, cinco o diez notas más altas de su escuela. Esto eliminaría parcialmente el sesgo contrario a los pobres. Semejante sistema podría, asimismo, ser útil para comenzar a crear la aceptación social de la noción de un examen al terminar la escuela secundaria. Si fuese bien visto, el sistema, inicialmente voluntario, podría convertirse en obligatorio. Sería también una buena forma de hacer que el sector privado se involucre en la educación: podría proporcionar una parte del fondo (necesariamente grande) del premio. Si bien habría cierta inequidad en este sistema, porque no todos habrán tenido docentes de igual calidad, esta inequidad se vería



enorme o íntegramente reducida dando premios solo en áreas pobres a los que consigan la nota más alta en cualquier centro educativo o comunidad dada (corrigiendo así el sesgo de la ubicación). Es asimismo probable que el sistema actúe como un incentivo para que los educandos y sus padres exijan una mayor rendición de cuentas a sus profesores, de manera de reducir el incumplimiento del currículo por los docentes. Además de todo esto, en el Perú los determinantes de la deserción no son simplemente económicos, sino que en este momento cuenta también con complejos determinantes sociológicos, similares a los de los países adelantados (anomia, alienación, hogares inestables, pandillaje juvenil y otros problemas vinculados con los anteriores). Ellos requieren un trato especial.

### **El financiamiento de la educación básica y su relación con los resultados**

Los patrones del gasto peruano no son efectivos. En el sector educación se gasta demasiado en insumos laborales y otros insumos. En los últimos años, el gasto en personal como proporción del gasto total en educación ha alcanzado niveles superiores al 80 por ciento. Esto no debería ser aceptado; una norma razonable fluctúa alrededor de 65 por ciento. La tendencia reciente hacia un mayor gasto total en el personal está siendo impulsada claramente por tres factores: 70 por ciento de la presión proviene de alzas salariales, 20 por ciento de una razón decreciente entre alumnos y docentes, y 10 por ciento del incremento del número de estudiantes. Los futuros incrementos salariales, si los hay, deben estar ligados estrictamente a alguna forma de rendición de cuentas de los docentes, y a una mejor administración de estos últimos. Debe controlarse toda disminución en la razón alumno-docente; no hay mucha justificación para que ella sea aún mayor en el corto plazo.

La distribución subsectorial en el Perú (la división entre los niveles primario, secundario y superior) es en general razonable y está en consonancia con los puntos de referencia internacionales.

Parte de la presión que el gasto en personal ejerce sobre el gasto total se debe al hecho de que este último tiene un techo muy rígido. El Perú gasta relativamente poco en educación como parte del PBI: apenas alrededor de 3 por ciento en años recientes (esto es, el gasto público como parte del PBI). Además, como «productor» del acceso bruto a la educación, el Perú ha gastado de modo razonablemente eficiente. El acceso a la educación ha sido ampliado a un bajo costo. A pesar de ello, este informe no recomienda una expansión incondicional del gasto en educación, pues la tarea del Perú ya no

es incrementar el acceso sino mejorar la calidad, lo que es más difícil de lograr solo incrementando el gasto. Los aumentos del gasto que no mejoran primero los estándares y la rendición de cuentas, muy probablemente serán absorbidos por las alzas salariales o las mejoras de infraestructura que no guardan relación con la productividad de la calidad y el aprendizaje. Mientras los sistemas de rendición de cuentas necesarios para elevar el desempeño hasta los estándares de calidad no se hayan implementado, no sería muy recomendable elevar mucho el gasto. Esto no quiere decir que los incrementos del gasto deban darse solo cuando la calidad ya esté mejorando, pero sí que deben esperar al desarrollo y a que se comiencen a usar sistemas de rendición de cuentas basados en estándares. Hasta ese entonces, los incrementos en los fondos deben gastarse casi exclusivamente en el desarrollo de tales sistemas, lo que no es muy costoso en relación al gasto total, aunque sí requerirá imaginación técnica y capacidad para construir consensos.

En resumen: con alrededor de 3 por ciento del PBI en el pasado reciente, el Perú está gastando muy poco en educación. Pero incrementar el gasto por sí mismo y como un primer paso no mejorará las cosas. Si solo se aumentan los fondos, estos tenderán a buscar sus canales «naturales» —salarios e infraestructura—, que guardan poca relación con los resultados del aprendizaje, como lo muestran las investigaciones peruanas y las evidencias internacionales. Por lo tanto, se requieren, primero —o al menos al mismo ritmo—, sistemas mejorados de rendición de cuentas de la calidad y un control fiscal sobre la distribución del gasto, así como docentes ágiles y orientados a los resultados, además de un sistema de apoyo a los maestros y capacitación en servicio. Solo entonces deberá incrementarse sustancialmente el gasto, pero de modo gradual. Algunos modestos aumentos inmediatos podrían ser útiles si se los orienta a mejorar los sistemas necesarios para apoyar un gasto aún mayor, o a facilitar la negociación social y política requerida para implementar sistemas serios de rendición de cuentas. (Podría sin embargo sostenerse que, debido a los grandes incrementos salariales de los últimos años, las alzas necesarias para crear una posición de negociación favorable ya se han dado, pero que en realidad no se las empleó para negociar.) Después de unos cuantos años el gasto debería alcanzar el promedio latinoamericano: aproximadamente 4,5 por ciento del PBI.

La mayor parte de la distribución de los insumos y del gasto es pro pobre tanto en el sector educativo público como en el privado, en particular en educación inicial y primaria. En general, alrededor de 25 por ciento del gasto

en educación llega al 20 por ciento más pobre de los hogares, y apenas 9 por ciento al 20 por ciento más rico. En primaria, el 20 por ciento más pobre recibe cinco veces la proporción de gasto público de lo que recibe el 20 por ciento más rico de los hogares (32 por ciento en comparación con alrededor de 6 por ciento). Pero mucho de esto no se debe a una política deliberada: no ha habido ningún esfuerzo significativo y consciente por distribuir los recursos educativos con una tendencia pro pobre. La distribución de recursos es simplemente una consecuencia no intencional de otras políticas diversas y de opciones privadas.

En primer lugar, los pobres tienen más hijos (dos a tres veces más) que los ricos. En segundo lugar, están «atrapados» en las escuelas públicas, mientras que los más acomodados a menudo envían a sus hijos a colegios particulares que perciben como mejores. La mitad de los hijos del 20 por ciento de las familias más ricas se encuentra en colegios privados, en comparación con virtualmente cero por ciento de los hijos del 20 por ciento de las familias más pobres. Tercero, en el sector público —y si se observa el nivel de los centros educativos antes que el regional o el distrital— el gasto es ligeramente pro pobre porque a todos los docentes se les paga esencialmente lo mismo, y la razón alumnos-docentes en las áreas pobres tiende a ser ligeramente más baja porque la densidad de población es menor en esas áreas. Hay, por lo tanto, cierto gasto pro pobre en personal dentro de, digamos, el sector de la educación pública en el nivel primario, que es un resultado de: (a) una escala salarial relativamente perversa, de modo que los docentes bien calificados no ganan mucho más que los mal calificados; y, (b) la geografía, y no el resultado de una política consciente para mejorar la calidad de la educación brindada a los pobres.

Así, la naturaleza relativamente pro pobre del gasto público en educación no es en realidad un logro de política, sino más bien el resultado de otras políticas y elecciones privadas. Debe analizarse exhaustivamente la asignación del gasto y los recursos, y reformularla siguiendo opciones de política explícitas que busquen mejorar la calidad entre los pobres. Con tal fin, habría que recurrir a un simple y transparente financiamiento per cápita y a fórmulas de asignación de recursos físicos que brinden explícitamente un apoyo adicional a los más pobres. Además, el informe público de la transferencia y el uso de recursos debería estar ligado —por medio de los informes y las discusiones públicas de política— a los resultados del gasto. Para ello habría que utilizar formatos simples que estimulen la rendición de cuentas en los niveles del centro educativo,

regional y nacional. Con un reporte adecuado que vincule el gasto y los resultados, los padres, el público, la sociedad civil y el Estado deberían tomar, todos, conciencia de qué recursos están siendo usados y de qué modo esto permite o no obtener resultados.

Si bien el insumo más costoso (el trabajo docente), y, con ello, el costo total, no están repartidos de modo antipobre, la distribución de los resultados del aprendizaje medido sí favorece a los más ricos. Los pobres no solo tienen peores resultados, sino que la distribución de los resultados dentro de los grupos más pobres es más amplia que dentro de los grupos más ricos. Que los resultados cognitivos de los niños más pobres sean peores que los de los niños más ricos no sorprende; más interesante es el hecho de que los resultados alcanzados entre los pobres son el doble de variables que entre los ricos.

Ello implica que con el actual gasto ineficiente (esto es, sin tener que rendir cuentas por los estándares de aprendizaje) resulta improbable que una mayor igualación de los insumos, o incluso el gasto pro pobre, mejoren por sí mismos los resultados del aprendizaje entre los pobres. Sin embargo, sigue valiendo la pena hacer que el gasto sea explícitamente más pro pobre empleando fórmulas claras de financiamiento, en aras de la transparencia y con miras a alcanzar la equidad (aun cuando ciertos insumos no están asociados directa u obviamente con el aprendizaje, pero hacen que la vida sea mejor para los niños, y es por ello injusto que algunos los tengan y otros no). Asimismo, no es recomendable reducir el gasto utilizando los bajos resultados de desempeño como justificación. Pero mientras se logra esto, la rendición de cuentas respecto del cumplimiento de los estándares debe incrementarse considerablemente, en particular entre los proveedores de educación a los pobres.

Por último, debe señalarse que si bien los resultados del aprendizaje son antipobre, están distribuidos de modo más progresivo que el ingreso o el gasto privado en la educación. Los resultados del aprendizaje tienen un índice de concentración de alrededor de 0,10 a 0,15 en primaria (en secundaria es más difícil medir la concentración de resultados, porque para ese entonces muchos alumnos han desertado, pero es probable que la concentración sea más alta en esta que en primaria), mientras que el ingreso de los padres está concentrado tres a cinco veces más que esto. Ello sugiere que, contra lo que muchos opinan, en el Perú la educación probablemente está contribuyendo a la igualación social de modo importante, incluso con las actuales desigualdades y deficiencias. Pero podría estar contribuyendo mucho más si hubiese estándares mejorados y rendición de cuentas.

## **El aprendizaje y los estándares: un ejemplo en la lectura en los primeros grados**

Se planteó como hipótesis que el hecho de que los resultados del aprendizaje estén distribuidos de modo desigual —y en especial que estén distribuidos de modo más desigual entre los pobres que entre los menos pobres— se debe a la falta de estándares específicos respecto de los objetivos del aprendizaje, y a que no se emplea ningún estándar de resultado en la rendición de cuentas y el apoyo, lo que significa que el apoyo dado a los docentes no es específico. Sí existen los estándares de control burocrático y ciertos procesos de gestión, pero tienden a ser usados a discreción y como una forma de acoso antes que para una verdadera rendición de cuentas y como forma de apoyo.

Con el fin de evaluar estas hipótesis, se llevó a cabo una simple encuesta de centros educativos. Si bien fue demasiado pequeña como para ofrecer conclusiones definitivas, las que se pudieron extraer son lo suficientemente alarmantes como para despertar la preocupación y dar lugar a mayores estudios.

El eje del estudio fue el desarrollo temprano de la lectura, pues es probable que la desigualdad y el desempeño deficiente en esta sean factores subyacentes en la determinación del posterior desempeño bajo y desigual (en el cuarto grado como en las evaluaciones nacionales, o a los 15 años, como en las evaluaciones de PISA). Se encontró, en efecto, que había muchos centros educativos en los cuales pocos niños, si alguno, podían leer *en absoluto* para finales del primer grado o incluso del segundo. Al final del año lectivo aplicamos un pasaje de una lectura del libro de texto oficial de Comunicación de primer grado (adaptado a tres lenguas) a niños de primer y segundo grado (250 niños en total). La lectura se encontraba aproximadamente al comienzo de la segunda mitad del libro de texto. Teniendo en cuenta que nuestra muestra no buscaba ser del todo científica y se concentraba aproximadamente en el 40 por ciento más pobre de la población, en general encontramos que solo 25 por ciento o 30 por ciento de los niños en el primer grado, y aproximadamente solo 50 por ciento de los de segundo grado, podían leer.

Se evaluaron la rapidez y la comprensión de lectura como una forma de obtener una idea rápida de la adquisición temprana de capacidad lectora, y como un índice aproximado de la calidad de la instrucción. Los métodos de enseñanza introductoria de la lectura han sido materia de un encendido debate, pero en los últimos años muchos especialistas serios han convergido en lo que a menudo se denomina un enfoque «balanceado» de la enseñanza temprana de

la lectura. Por ejemplo, el Consejo Nacional de la Lectura de los Estados Unidos recomienda que su enseñanza temprana incluya los siguientes componentes además de la escritura: desarrollo del lenguaje y el vocabulario, percepción fonémica, fonética, fluidez y comprensión. En el presente estudio se empleó una medida de la fluidez de la lectura oral como aproximación a una evaluación más profunda de la lectura.<sup>3</sup> Tomando la velocidad de lectura de los que no podían leer como cero, la velocidad promedio era de apenas nueve palabras por minuto en primer grado y veintinueve en segundo. La expectativa mínima sería que todos los niños pudieran leer al final del primer grado, y la velocidad de lectura al final del primer y segundo grado debería ser de unas treinta y sesenta palabras por minuto respectivamente, incluso en el caso de los niños relativamente pobres. (Y estos objetivos serían la mitad de los niveles alcanzados en los países desarrollados, razón por la cual son mínimos.) Aunque estas serían consideradas velocidades típicas de niños en riesgo en los países desarrollados, podría estimárseles un objetivo interino (promedio y nacional) razonable en un país como el Perú, y ellas son consistentes con los estándares informales establecidos por organizaciones chilenas que atienden a los pobres.

Los niños evaluados en el Perú tendrían un desempeño igual a aproximadamente un tercio o la mitad de lo que podría ser un objetivo razonable para el mismo Perú, amén de lo que se logra en los países desarrollados. Se encontró que los problemas con la lectura tenían un aspecto claramente lingüístico y cultural, pero también hallamos una gran variabilidad en el logro incluso en escuelas que eran de aproximadamente el mismo tipo sociológico. Parecería haber bastante variación esencialmente aleatoria entre los centros educativos. Ello se debe a factores idiosincrásicos relacionados con, por ejemplo, la motivación personal de ciertos docentes individuales. El hecho de que la calidad de la educación dependa tanto de la suerte de tener un buen maestro es una señal de una efectividad institucional deficiente, o sea, de falta de estándares efectivos, impuestos de modo eficaz.

Los propios docentes son sin duda conscientes de la necesidad de contar con estándares, puesto que informan tenerlos y en realidad parecería que sí los tienen. El 94 por ciento de ellos declaró poseer objetivos o estándares, y son típicamente capaces de explicar cómo los fijan (72 por ciento podía señalar algún enfoque específico mediante el cual los establecían), lo que sugiere que

<sup>3</sup> Para una explicación de este enfoque, consúltese el informe técnico que sirvió de base a este capítulo (véase el pie de página 1).

realmente son conscientes de esa necesidad. Sin embargo, sus estándares son bajos, al igual que su capacidad de medir los resultados. Así, su apreciación del logro de los objetivos no está muy bien correlacionada con el logro como se le mide en la encuesta; los docentes no parecen saber fijar estándares y no enseñan de conformidad con ellos. Peor aún: al no ser capaces ellos mismos de fijar estándares útiles (o medir y enseñar de acuerdo con un estándar), encuentran poco apoyo en los estándares oficiales, ya que los docentes señalan que el currículo oficial es demasiado difícil de usar, está basado excesivamente en los expertos y no es aplicable a su situación. Apenas 41 por ciento de ellos emplean las guías curriculares como una forma de fijar objetivos, y en todo caso alrededor de 80 por ciento de los docentes —y aun más directores— creen que la estructura curricular es demasiado difícil de aplicar. Los docentes dependen fundamentalmente uno del otro para fijar objetivos y encontrar apoyo. La mayoría de ellos (78 por ciento), asimismo, informa que no hay formas útiles de buscar apoyo en caso de problemas específicos de enseñanza en las UGEL, y son muy pocos (apenas 13 por ciento) los que informaron haber recibido alguna vez apoyo específico del sistema en respuesta directa a problemas pedagógicos reportados. Por eso, aparte de estándares de aprendizaje se necesita apoyo, y este último debe estar también sujeto a estándares.

Por último, se ha señalado que la rendición de cuentas es un problema y que la mencionada carencia de estándares hace difícil a los padres y el Estado conseguir que los centros educativos las rindan. En efecto, la mayoría de los padres están contentos con sus escuelas (80 por ciento a 90 por ciento, tanto en nuestra encuesta como en la Evaluación Nacional 2001). Esta satisfacción, debida en parte a la falta de estándares conocidos y datos publicados de logros medidos a partir de ellos, hará que sea sumamente difícil apoyarse en la participación de los padres para mejorar los resultados del aprendizaje.

*La recomendación es que se fijen objetivos de aprendizaje mucho más simples y fáciles de llevar a la práctica, particularmente en los primeros grados, y que estos sean medidos universalmente (aunque la medida real puede tener al centro educativo como base, siempre y cuando esté basada en herramientas estándares de medición y haya cierta auditoría de cómo se la lleva a cabo).* Los resultados de esta medición deberían emplearse para desarrollar un apoyo específico antes que una capacitación general. Esto requerirá que las unidades intermedias (las UGEL, por ejemplo) tengan la capacidad de responder e incluyan a un personal estable con capacidades técnicas y conocimiento de la enseñanza y el aprendizaje. También demandará que se

destinen más fondos a los sistemas de apoyo. Por último, los resultados deberían ser entregados a los padres y usarse como un medio de presionar a los centros educativos para que cumplan. Deben aplicarse tanto el apoyo como la presión (específicos antes que genéricos).

Para confirmar lo difícil y vaga que es la guía curricular en el Perú basta compararla con la de otros países, o, tal vez más apropiadamente, con la de otras instituciones en el Perú que no pertenecen al Estado. El cuadro 3.1 muestra la guía que acompaña los enunciados curriculares oficiales, comparada con un documento de similar nivel o categoría pero de la organización educativa privada Fe y Alegría. Este último parece ser considerablemente más amistoso para el usuario. Otros países encontraron recientemente que sus enunciados curriculares eran demasiado vagos por un lado y excesivamente ambiciosos por el otro, y han buscado poner a disposición de los docentes una guía mucho más práctica, que les brinde mayor especificidad y orientación respecto de los objetivos. La recomendación implícita aquí no es que el Perú deba privarse de objetivos elevados y un pensamiento de alto nivel acerca de las capacidades cognitivas que los niños deben tener, sino que requiere con urgencia ir más allá de esto y especificar objetivos o estándares que los docentes y los capacitadores de docentes encuentren útiles como objetivos y guías concretos. De este modo, los enunciados abstractos de alto nivel pueden coexistir con documentos de alta calidad en los que se presente a la comunidad estándares específicos, ligados con el currículo más amplio. Otros países han logrado hacer esto, pero ello requiere un liderazgo y un esfuerzo por construir un consenso considerable, pues el intento de ser específico trae a la luz las diferencias en las perspectivas. Todo esto no es, claro está, una garantía de calidad, ya que contar con estándares claros no es sino una parte de una estrategia de tres polos (los otros dos son la rendición de cuentas para con el estándar y el apoyo específico orientado a metas, para que de este modo los docentes y las instituciones puedan cumplir con su responsabilidad).

Resulta difícil adivinar qué puede hacer un docente mal capacitado con una fraseología como «Construye la comprensión del texto». Además, el enunciado curricular oficial es aún más ambicioso y al mismo tiempo vago de lo que muestra el cuadro 3.1. Por ejemplo, una de las capacidades que, se espera, alcancen los niños del primer ciclo (hasta segundo grado), en un país en el que muchos niños de este ciclo no están leyendo en absoluto, es la siguiente: «Reflexión sobre el funcionamiento lingüístico de los textos», lo que debe monitorearse con cosas como que si el niño «[...] adquiere conciencia de que el



**Cuadro 3.1. Los lineamientos curriculares oficiales y los de Fe y Alegría**

<b>Enunciado curricular oficial: capacidades y actitudes al finalizar el primer ciclo (primero y segundo grados), dado conjuntamente para todo el ciclo*</b>	<b>Enunciado curricular de Fe y Alegría por grado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construye la comprensión del texto que lee por medio del siguiente proceso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hace anticipaciones sobre el tipo de texto y el propósito del escrito por el contexto (situación, motivo o circunstancia por medio de la cual llega el texto a sus manos).</li> <li>✓ Lee en forma individual y silenciosa; identifica indicios o señales como: título, subtítulos, silueta, palabras conocidas.</li> <li>✓ Formula hipótesis (suposiciones) sobre el significado del texto.</li> <li>✓ Confronta sus hipótesis con las de sus compañeros y saca conclusiones.</li> <li>✓ Elabora la síntesis del significado del texto.</li> <li>✓ Confronta el significado construido con la lectura oral del texto, hecha por su maestra o maestro.</li> </ul> </li> <li>• Lee con satisfacción textos de su preferencia: cuentos, poemas, chistes, historietas, tiras cómicas.</li> <li>• Lee diversos tipos de texto: cuentos, leyendas, poemas, cartas, recetas, tarjetas, afiches, noticias, etcétera, de acuerdo con sus intereses y propósitos del momento.</li> <li>• Reconoce y clasifica, por su silueta y función, diversos tipos de texto: recetas, avisos, tarjetas, afiches.</li> <li>• Lee y usa datos organizados en cuadros de doble entrada relacionados con la vida escolar (autocontrol de asistencia, cuadro de responsabilidades, cuadros de evaluación, etcétera).</li> </ul>	<p><b>Primer grado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lee con voz audible.</li> <li>• Lee con pronunciación adecuada.</li> <li>• Lee en forma individual y grupal.</li> <li>• Lee en grupo siguiendo modelos de entonación y ritmo.</li> <li>• Respeta entonación de pregunta y exclamación.</li> <li>• No silabea.</li> <li>• Lee con fluidez textos cortos, oraciones, párrafos y textos (3 párrafos).</li> </ul> <p><b>Segundo grado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecua el tono de voz al auditorio y al tipo de texto.</li> <li>• Respeta comas y puntos.</li> <li>• No silabea.</li> <li>• No cambia letras ni palabras.</li> <li>• No omite ni agrega palabras.</li> <li>• No saltea renglones.</li> <li>• Lee sin dificultad palabras de hasta 4 sílabas.</li> <li>• Lee con fluidez textos cortos: párrafos y textos (de 3 a 5 párrafos).</li> </ul>

\* El enunciado del currículo oficial señala: «Se espera que al terminar el primer grado, niñas y niños hayan logrado la capacidad de leer y producir textos, y en segundo consoliden estos aprendizajes». Sin embargo, este enunciado sigue siendo relativamente vago respecto de cómo medir tales capacidades y aparece en una sección sobre metodología de la enseñanza, no en la sección principal sobre las expectativas.

Fuentes: Ministerio de Educación 2000; Equipo Pedagógico Nacional de Fe y Alegría 2003.

significado del texto se va construyendo mientras lee y es reconstruido, cada vez que vuelve a leer, porque acomoda nueva información al sentido dado inicialmente». Esta mezcla de gran ambición combinada con falta de precisión no se nota en los materiales curriculares de, por ejemplo, Fe y Alegría. De igual modo, otros países están reformulando los enunciados curriculares para hacerlos más prácticos. Aunque la gran ambición (y tal vez hasta la falta de precisión) de dichos enunciados probablemente sea bien intencionada, no es probable que sirva bien a los pobres, porque su ambición es alta únicamente en términos vagos y teóricos.

Hay también estándares sumamente bajos en otros sentidos, aunque en ciertas áreas se han alcanzado muy buenos resultados. Una de éxito clave es la cobertura de los libros de texto. En nuestra encuesta, que confirma los datos oficiales, casi 100 por ciento de los centros educativos tenían libros, y la inmensa mayoría de ellos contaban con textos para todos sus niños. Sin embargo, estos llegan, en promedio, cuando ya ha transcurrido un cuarto del año escolar. Este es un desperdicio significativo. Además, las evidencias anecdóticas sugieren que no se los usa ampliamente, tal vez porque los libros son demasiado ambiciosos o no son prácticos. El texto que utilizamos para evaluar la capacidad de lectura de los niños pertenecía al libro oficial de Comunicación Integral de primer grado, y aparecía aproximadamente a inicios de la segunda mitad (y la evaluación se llevó a cabo al fin del año escolar). Si bien es cierto que el pasaje fue en parte alterado a fin de hacerlo más adecuado para los niños pobres (por ejemplo, el libro oficial emplea la palabra «vacaciones», que parece ser culturalmente inapropiada para los niños pobres del campo), apenas 5 por ciento de estos pudieron leerlo. Esto es consistente con otros estudios que dan cuenta de una cobertura curricular extremadamente baja. Tanto el arribo tardío como la baja cobertura curricular sugieren una aplicación deficiente de los estándares y un mal manejo del tiempo, así como pocas horas dedicadas al aprendizaje en sí.

De la misma manera, las prácticas seguidas en las aulas parecen estar orientadas por estándares sumamente bajos. Apenas 12 por ciento del tiempo de clase se usaba en lo que podían reconocerse como actividades altamente productivas.<sup>4</sup> En suma, hay un problema con los objetivos o estándares, y de desempeño respecto de los objetivos.

<sup>4</sup> Para una clasificación de las actividades y más datos sobre este tema, consúltense el informe técnico que sirvió de base a este capítulo (véase el pie de página 1).

## **La rendición de cuentas y los objetivos claros son posibles en el Perú**

En el Perú ya existen modelos efectivos de enseñanza, y los centros educativos a menudo están dispuestos a competir y aceptar rendir cuentas. Es fácil detectar cuándo un colegio o escuela tiene comportamientos efectivos, con lo que la rendición de cuentas respecto del comportamiento (o «proceso»), y no solo de los resultados, debería ser bastante posible si existiera la capacidad técnica para establecer (y la voluntad y los mecanismos para exigir) la rendición de cuentas. Los comportamientos efectivos no parecen ser complejos, pero sí requieren mucho trabajo diligente y perseverancia, por oposición al enfoque de «sentirse bien» (sin evaluaciones) de la enseñanza que parece ser demasiado común en el Perú.

En vista de que, en materia de desempeño, hay una variación considerable entre los centros educativos del Perú, en especial en aquellos que atienden a los pobres, es posible que esa variación incluya algunas lecciones útiles. Además, si se toma en cuenta que en el Perú hay poca zonificación efectiva de los niños en escuelas públicas específicas, estos en la práctica se encuentran en libertad de asistir a cualquiera de ellas, opción esta que puede usarse en las áreas urbanas. En la medida en que los padres tienden a preferir ciertas escuelas públicas y en que esta preferencia tiene efectos conductuales sobre las escuelas deseables (o al revés: ciertos centros educativos «deseables» tienen ciertos comportamientos que atraen a los padres), tal vez haya algo que el resto del sector público podría aprender de estas escuelas «deseables». Por último, en virtud de que existe cierta tercerización o subsidio de la enseñanza a los pobres de parte de varios organismos religiosos como Fe y Alegría, y dado que esta educación parece producir buenos resultados, tal vez también haya aquí algunas lecciones gerenciales que aprender.

Se hicieron pequeños estudios en escuelas públicas que parecen tener una buena reputación o arrojar buenos resultados y en las de Fe y Alegría, con el fin de determinar si había ciertos comportamientos que caracterizan a estos centros educativos que podrían repetirse en otras escuelas, y, si los había, podrían conducir a mejores resultados. En el caso de las escuelas públicas, la investigación se realizó solo en centros educativos urbanos no porque sean más importantes, sino porque la idea era determinar la relación existente entre la elección y el comportamiento de la escuela, y en las áreas urbanas es más fácil elegir. Se enfatizó la determinación de la naturaleza del comportamiento antes que el comprender o recomendar la elección *per se*. De este modo, los resultados

podrían repetirse en otros entornos en los que la elección no es posible, siempre y cuando haya mecanismos de rendición de cuentas —además de la elección de los padres— que hagan cumplir dichos comportamientos. Los resultados sugieren que hay algunos comportamientos que podrían repetirse en otros centros educativos del sector público, con algunas reformas. Otros comportamientos muy probablemente requerirían reformas tan profundas del sector público que lo más fácil sería seguir experimentando con un sistema de contratación o tercerización, y expandirlo si se tiene éxito. Otros comportamientos son repetibles, pero hacerlo no mejoraría la enseñanza en todo el sistema porque son fundamentalmente conductas de selección, o dependen de insumos fijos. Por último, debido a que la «elección» es ya prácticamente absoluta, lo más importante es no tanto experimentar con ella cuanto asegurar que tenga consecuencias y esté bien informada.

### *Características de los buenos centros educativos estatales*

De la evaluación de la escuela pública se derivaron las siguientes conclusiones:

La reputación importa, se conoce y se ejerce la elección. Algunos centros educativos cuentan con una clara reputación de ser mejores que otros y tienen exceso de demanda, y los padres sí se preocupan de enviar a sus hijos a las mejores escuelas. Sin embargo, la reputación tiene una correlación imperfecta con el buen desempeño medido.

El comportamiento afecta la reputación, pero una mejor reputación no siempre es la motivación principal del comportamiento efectivo. Encontramos que a menudo el buen comportamiento educativo de los docentes y de los centros educativos tiene como causa una motivación sobre todo intrínseca, no el deseo de mejorar su reputación. En estos casos, contar con una buena reputación y ser elegido por los padres es una consecuencia del comportamiento de los profesores y la escuela, no una causa. Sin embargo, sea cual fuere la dirección que la causalidad tome, casi no cabe duda de que hay un vínculo causal entre la reputación y el comportamiento, y de que tanto los padres como los docentes ven y entienden ese vínculo causal. Si bien este vínculo es claro en las escuelas en las cuales existe, no siempre es operativo, pues la presión de la rendición de cuentas no basta. Así, dado que este vínculo: (a) es tan analíticamente claro e importante; (b) es tan detectable gerencialmente cuando es operativo; pero, (c) no siempre está operando, entonces en los centros educativos en los cuales

la motivación intrínseca no existe se debe y puede aplicar alguna forma de presión extrínseca de rendición de cuentas, y ello en principio es posible precisamente porque los comportamientos necesarios están bastante claros.

Los comportamientos que parecen estar asociados con la efectividad y la buena reputación fueron muy fáciles de identificar, se pueden agrupar y muchos son en principio repetibles. Por ende, debería poderseles someter a una política sistémica y a acciones gerenciales. Los más claros de estos factores y los que parecen distinguir más a ciertos centros educativos son:

- Una visión y objetivos claros y ampliamente compartidos (clasificables como «estándares»).
- El eje central es la enseñanza y el aprendizaje, no lo social.
- Bastante monitoreo y evaluaciones en torno de los objetivos.
- Los docentes participan en un trabajo en equipo orientado a los objetivos y muestran poca vinculación gremial.
- Motivación y sentido de misión.
- Normas y organización claras.
- Entorno escolar ordenado y disciplinado.
- Apoyo a los estudiantes que se atrasan.
- Existencia de actividades extracurriculares.

Los centros educativos, en particular aquellos que intentan mejorar, parecen gustar realmente de la competencia y de las comparaciones objetivas. Parecen buscar estándares y crearlos si no existen. Para compararse entre sí y dar una señal a los padres, las escuelas emplean las competencias atléticas, los concursos de desfiles, las olimpiadas académicas, la victoria en las competencias del Ministerio para proyectos especiales y las tasas de ingreso a las universidades.<sup>5</sup> Se emplean muchos tipos de información para llenar el vacío de esta creado por la falta de estándares y medidas objetivos del Ministerio.<sup>6</sup> En este sentido, parece mal encaminado el temor a que haya información a disposición

<sup>5</sup> Algunos de estos mecanismos no solo emiten señales, sino que también son intrínsecamente herramientas que mejoran la calidad.

<sup>6</sup> Esta podría ser una razón por la que, en el contexto peruano, la existencia de actividades extracurriculares tiene tanta importancia en las buenas escuelas: en un vacío de información acerca de los restantes factores, vencer o incluso competir en actividades extracurriculares es una forma como las escuelas indican su calidad a los padres. Estas actividades, claro está, valen por sí mismas.

del público acerca del desempeño de escuelas individuales. Sin embargo, una introducción repentina y no planificada de información universal y pública podría inducir el desánimo entre los que menor capacidad de rendimiento tienen, en especial si la información no es presentada en forma de valor agregado o de mejora a lo largo del tiempo, o sea, si no está normada de algún modo para que tenga en cuenta la pobreza y otros factores sociales.

Los centros educativos con mejor reputación sí muestran ciertos comportamientos de selección de alumnos, y también hay una autoselección de estos últimos. Por lo tanto, se requiere cautela en lo que respecta a cuánto podría mejorar todo el sistema si las escuelas públicas más pobres simplemente hicieran «lo que los buenos centros educativos del Estado hacen».

### *Las lecciones de Fe y Alegría*

El análisis de las escuelas de Fe y Alegría llevó a las siguientes conclusiones:

En estas escuelas hay más opciones de selección y otros factores especiales en comparación con las escuelas públicas regulares. Por ejemplo, muchos directores de Fe y Alegría son personas especiales, cuya oferta es inherentemente inelástica en el sector público. Algunos son extranjeros, están extremadamente bien educados, pertenecen a alguna orden religiosa y tienen experiencia en el manejo de escuelas grandes y modernas en países desarrollados. También los padres realizan una cierta selección. Las escuelas se levantan fundamentalmente allí donde las comunidades lo piden. Fue difícil verificar la selección de docentes: según los mismos profesores, parece haber un mayor moldeo posterior al ingreso que una selección al entrar. Todo esto sugiere que, como en el caso de las escuelas públicas, se debe tener cierta cautela al afirmar cuánto podría mejorar todo el sistema con la tercerización o con modelos de contrato como Fe y Alegría. Esto no quiere decir que la tercerización de este tipo no sea prometedora; por el contrario, la experimentación debe proseguir, pero debe ser cautelosa y bien documentada, así como prestar atención particular al estudio de estos aspectos no repetibles. Sin embargo, al igual que en las escuelas públicas, hay ciertos comportamientos que sí son claramente repetibles con o sin una tercerización de este tipo, y que, de repetirse, podrían mejorar todo el sistema educativo, pues los comportamientos no están relacionados con la selección. Los siguientes son los comportamientos clave.

Hay un énfasis en el monitoreo, la retroalimentación y el aprendizaje a partir de la experiencia, tanto en la gestión cotidiana de la instrucción como en la mejora a mediano plazo de los enfoques pedagógicos. Esto se usa en un enfoque de cambio como una mejora gradual antes que como una reforma discontinua. En los centros educativos de Fe y Alegría no hay mucha idea de las «modas», mientras que estas parecen llegar y desaparecer rápidamente en el sector público. Esa estabilidad da a los docentes y sistemas tiempo para aprender y practicar. Además, el hecho de que las mejoras tengan como base las respuestas de los docentes y la observación de los mejores profesores mientras dictan clase en situaciones reales, significa que las mejoras se basan directamente en prácticas que son factibles de implementar, porque de hecho ya se ejecutan.

La autonomía financiera y de selección de personal da a los gerentes mayor libertad para desplegar los recursos y configurarlos para maximizar la calidad. También permite a los gerentes reunir recursos extraordinarios que, si bien no son grandes en términos absolutos, sí hacen una diferencia al margen, porque son discrecionales. Sin embargo, como esta libertad existe en un contexto de fuerte rendición de cuentas y de confianza intrínseca, no se teme que haya favoritismo, nepotismo o corrupción por causa de la citada flexibilidad.

El compromiso de involucrarse con la comunidad y responder a ella es genuino y atraviesa todos los actos administrativos. La que aparece en la línea del frente y es la cara del sistema ante el país es la escuela y no la oficina central. No hay un rostro «general» del sistema ante el país, como en el Ministerio de Educación; la cara del sistema es más bien cada escuela individual y su interacción con los padres y la comunidad.

La Oficina Central (el equivalente de una UGEL, una DRE y del Ministerio, todo en uno) considera que cada escuela garantiza la calidad y el compromiso con la comunidad, y se ve a sí misma fundamentalmente como un apoyo a ese compromiso. Se entiende que esto requiere cierto control, y no hay muchas dudas para ejercerlo. Pero hay un sentido claro de «compromiso hacia abajo» de la escuela con la comunidad, y de apoyo de la Oficina Central a los centros educativos para que cumplan con la rendición de cuentas descendente. Por otro lado, en el sector público no se siente que las UGEL estén para apoyar a los centros educativos en su misión de servir a los padres, sino sobre todo para controlar o —debido a que los estándares son complejos y difíciles de aplicar (por lo que se les aplica selectivamente)— para acosar.

Los objetivos de la enseñanza, o al menos los indicadores, son más específicos que los del Ministerio, y los métodos de evaluación están más correlacionados

con tales objetivos. Los estándares están más claros. Si bien los colegios de Fe y Alegría pueden adaptarlos para cubrir las necesidades de sus comunidades específicas (como en el sector público), hay marcos de estándares claros y los objetivos de aprendizaje están ligados a metas de evaluación (a diferencia del sector público, donde, de hecho, para elaborar criterios de evaluación se ha tenido que recurrir a la creación de estándares fuera de la propia propuesta curricular).

### ***Resumen de las recomendaciones basadas en los buenos centros educativos públicos y de Fe y Alegría***

Diversas implicaciones o recomendaciones de política sobresalen en nuestro análisis:

1. Deben establecerse objetivos y estándares más claros para el sector público como un todo. Deberían permitirse adaptaciones por escuelas individuales, pero, también, exigirse que todos los centros educativos tengan objetivos de aprendizaje específicos, mensurables y medidos, en particular (por ahora) en lectura y escritura en los primeros grados. Además, habría que ayudarlos a que establezcan líneas de base específicas y mensurables empleando tanta estandarización como sea razonable, pero mucho más de lo que actualmente existe. Puede respetarse la necesidad de una especificidad cultural sin permitir que ella sea una excusa para la mediocridad, aunque esto requerirá cierta habilidad en la fijación y el monitoreo de los estándares.
2. El desempeño de los centros educativos (y de los docentes) individuales debe ser medido universalmente en función de los resultados de aprendizaje de los niños, y la información (por lo menos la que respecta a las escuelas) tendría que ser difundida. Los centros educativos deberían saber dónde se ubica su desempeño en relación con grupos de pares estadísticamente determinados, y los padres deberían estar enterados de ello. Tal vez pasarán muchos años para que esta información comience a afectar el comportamiento, pero es importante comenzar.
3. Deben desarrollarse en todos los centros educativos mecanismos que induzcan una relación más sensible para con las comunidades y los padres, y que hagan que los centros educativos individuales, antes que «el sistema», sean los que sientan la presión de mantener una buena relación de rendición de cuentas con las comunidades.



4. Esta información debe usarse para diseñar e impulsar un apoyo específico a los docentes, y las funciones de apoyo y de desarrollo profesional deberían convertirse en algo rutinario, en contraste con que estén basadas en un modelo de «capacitación».
5. Las UGEL y las DRE deben ser transformadas parcialmente en organizaciones de apoyo (o en unas que puedan contratar a ONG o universidades y lleven apoyo a los centros educativos), y no ser simplemente organizaciones de control. Deberían hacerse experimentos en los cuales los centros educativos califiquen a las UGEL y las DRE sobre la base de estándares de servicio acordados de las UGEL a las escuelas. Estos estándares de servicio podrían basarse en los que las escuelas ya tienen para con los padres y niños.
6. La autonomía respecto del gasto y el personal, así como una rendición de cuentas más directa y estandarizada para con los padres, deberían ser extendidas a todos los centros educativos públicos. En Fe y Alegría esta autonomía tiende a funcionar sin sobresaltos y hay una confianza considerable entre los financiadores (los padres incluso) y las autoridades de las escuelas, pero esto se debe en parte a razones intrínsecas, como la pertenencia a una orden religiosa de muchos directores. Como esto no puede repetirse en el sector público, se necesitarán mecanismos de rendición de cuentas más sistémicos y extrínsecos (por ejemplo, mayor transparencia pública en la elaboración del presupuesto y más auditoría) que vayan junto con la autonomía y la flexibilidad.
7. Se requiere una mayor experimentación con modelos que permitan al sector público contratar con ONG, fundaciones u otros grupos privados y religiosos (y posiblemente grupos no tradicionales del sector público) para proveer educación, pero con más evaluación y más análisis de las cuestiones que conciernen a la replicación. Un paso importante sería el establecimiento de enfoques estandarizados de contratación, por oposición al convenio específico con cada proveedor distinto, como ocurre hoy. Esto último hace que la evaluación y la transparencia sean imposibles o sumamente costosas.

### **Educación intercultural bilingüe: estándares especiales y problemas de rendición de cuentas**

La importancia de la educación bilingüe en el Perú es expresada por dos factores. En primer lugar, la lengua materna de aproximadamente 26 por ciento de los

niños no es el español; así lo establecieron las respuestas de los alumnos de cuarto grado en la Evaluación Nacional 2001, probablemente la fuente más confiable al respecto. En los centros educativos, en la escuela promedio, 31 por ciento de los niños tienen como lengua materna una que no es el español (la diferencia entre el valor del nivel del niño y el del centro educativo se debe al hecho de que las escuelas frecuentadas por niños de hogares que no hablan español son más pequeñas). En segundo lugar, hay una correlación significativa entre el español como lengua materna y los logros académicos. La correlación bivariada entre ser hispanohablante y los logros en matemática en cuarto grado es de 0,35; y en lo que respecta a los logros en español, la correlación es de 0,42 por niño. En la escuela, la correlación entre el porcentaje de niños que asisten al centro educativo cuya lengua materna no es el español y el logro promedio del centro en español es de 0,57 (y nuestra propia investigación mostró que estos niños son extremadamente lentos para adquirir las capacidades de lectura incluso en su propia lengua). En un contexto multivariado, no ser de origen hispanohablante es también una fuente de menor logro escolar, independientemente de la pobreza y de otras características socioeconómicas (aun cuando la pobreza es por lo general un determinante más importante). El rendimiento escolar no solo es más bajo entre los pobres, sino que además es menos predecible. Las cuestiones lingüísticas y el problema de brindar un «paquete» previsible de aprendizaje en otras lenguas fuera del español son parte de la razón que subyace a esta mayor variabilidad de desempeño entre los pobres. Si bien el Perú lideró entre muchos otros países latinoamericanos el inicio de la Educación Intercultural Bilingüe (EIB), su actual esfuerzo no llega a cubrir lo necesario, en varios sentidos. El cuadro 3.2 muestra cuán corto se queda el Perú en un conjunto de áreas necesarias para generar una mejora.

Desde el punto de vista de la rendición de cuentas, el problema más espinoso es el del desarrollo de lo que podrían denominarse los «estándares descentralizados» o «estándares con diversidad». Las lenguas fuera del español, naturalmente, no son estándares; por ejemplo, hay variedades del quechua bastante distintas entre sí. En el caso de otras lenguas, solo recientemente tienen forma escrita y no hay un consenso universal acerca de cómo se las debe escribir. Estas cuestiones presentan al menos dos problemas. En primer lugar, sin estándares resulta difícil alcanzar economías de escala, aunque con las tecnologías de hoy este problema se minimiza. Segundo, y más importante, sin estándares hay poco espacio para la rendición de cuentas (o esta se vuelve demasiado costosa), pero la rendición de cuentas por resultados (y procesos)

### Cuadro 3.2. Tareas requeridas para implementar una Educación Intercultural Bilingüe adecuada en el Perú

Tarea necesaria o requisito para implementar exitosamente la EIB	Grado de presencia en el Perú
Desarrollo de la lengua materna como base para una segunda lengua y otras capacidades cognitivas	Reconocido oficialmente. Sin embargo, la política resulta débil en comparación con Bolivia, por ejemplo, en la medida en que no promueve lo suficiente las lenguas indígenas como lenguas nacionales importantes: por ejemplo, pidiendo a los hispanohablantes que las aprendan (véase Hornberger 2000; Ministerio de Educación 1989). Otras sociedades multiculturales, como Sudáfrica, requieren que todos los jóvenes aprendan al menos otra lengua nacional.*
Apoyo de los padres y la comunidad	Insuficiente en la implementación actual, aunque hay apoyo del liderazgo indígena. El grado de apoyo de los padres probablemente se incrementaría si la EIB estuviese bien implementada y, por lo tanto, tuviese los rendimientos que la investigación sugiere tendría, y si fuera localizada. La mala calidad aliena a los padres. (Por ejemplo, los niños aprenderían español mejor en un programa efectivo de EIB y entonces los padres muy probablemente quedarían satisfechos.) (Consúltese Orr Easthouse 2004; López 2002; Uccelli 1999; Oliart 2002; Zúñiga, Sánchez y Zacharías 2000.) Es además importante darse cuenta de lo que el «apoyo comunitario» podría significar en un país como el Perú. Este capítulo muestra que los padres a menudo están contentos con el nivel de la calidad de la educación que sus hijos reciben, incluso si objetivamente parece deficiente. Con todo, los padres sí parecen estar preocupados por la adquisición del español por sus hijos.
Docentes capaces de entender y emplear ambas lenguas, formados en instrucción bilingüe y competencia intercultural	Existe un discurso público acerca de la EIB que es sumamente consciente de esta necesidad, pero hasta ahora parece ser relativamente marginal. Se está avanzando a medida que las instituciones formadoras de docentes asumen esta necesidad. Sin embargo, hasta ahora solo nueve institutos pedagógicos (de varios centenares) ofrecen oficialmente esta especialidad, y recién vienen egresando las primeras promociones de graduados. Además, cuatro de estos institutos se encuentran en la región amazónica, lo que parece ser un desequilibrio (véase Oliart 2002; Trapnell y otros 2004). Los mismos docentes a menudo no saben realmente cómo usar la lengua que se supone deben enseñar para escribir. Peor aún: muchos de los que han sido preparados en EIB no hablan o usan las lenguas que enseñan (López 2002). Algunos aparentemente minan en realidad la EIB con los padres (López 2002). Una señal esperanzadora es que ha habido un incremento en la autoorganización e interés de los docentes en torno de la EIB, como por ejemplo las reuniones nacionales de EIB que no tienen base estatal (López 2002).

continúa...

...continuación

Tarea necesaria o requisito para implementar exitosamente la EIB	Grado de presencia en el Perú
<p>«Estandarización localizada» de los enfoques dentro de las lenguas indígenas, para que incluyan la estandarización de la lengua empleada en la enseñanza, y el descubrimiento y difusión de modelos pedagógicos estándares y efectivos</p>	<p>El discurso público no parece estar enterado de esta necesidad. La estandarización se alcanza, hasta ahora, de modo burocrático, y parece ser no muy realista por la falta de atención prestada a las variantes locales. Es más: la estandarización parecería no haber sido creada aún con un grado adecuado de comprensión de las complejidades concernidas. En opinión de algunos investigadores, parecería que la integración que ha sido propuesta es similar a la que resultaría en Europa si uno fuera a estandarizar, digamos, el español y el italiano alrededor del latín, para así economizar en la producción de libros y materiales en España e Italia. (Consúltese Orr Easthouse 2004; Hornberger 2002; Zúñiga, Sánchez y Zacharías 2002; Vigil 2004; Kuper 1988; Red EBI Perú 1999; y López 2002, quienes comentan la falta de sistemas, estándares e indicadores, y una gran brecha entre la teoría y la práctica.) Los estudios, tomados en conjunto (con opiniones variables entre los autores), pueden sintetizarse en que reconocen la necesidad de cierta estandarización pero dentro de variantes localizadas en el caso de la lengua misma, y de una estandarización de los enfoques pedagógicos basada en una investigación sólida y en la participación local. Con tecnologías modernas, la producción en escala relativamente pequeña no debiera presentar gran problema.</p>
<p>Investigación nacional y procesos de evaluación exhaustivos que posibiliten «ciclos de descubrimiento» antes que la importación de modelos, o la dependencia de un enfoque «de una vez por todas»</p>	<p>Débil, no solo en la EIB, sino también en la educación en general. Aunque el Perú tiene, en promedio, una buena industria de investigación educativa, hay una débil vinculación entre la investigación y la formulación e imposición de políticas; específicamente, los estudios orientados a la EIB son aún primarios. Hay algunos ejemplos de un ciclo incipiente de descubrimiento (investigación y retroalimentación) como en PEEB-Puno y FORMABIAP. Pero, en general, la opinión de los informantes clave y de la bibliografía es que hay muy poco aprendizaje basado en evaluaciones (véanse Zúñiga, Sánchez y Zacharías 2000; Jung y López 1989; Trapnell y Neira 2004). Hay poca evaluación de resultados comparando a las metas de lectura y de escritura (Trapnell y otros 2004). Este es un desperdicio considerable si tenemos en cuenta el gran número de proyectos de EIB que se han financiado. Si hubiese habido un interés serio por un ciclo de evaluación y aprendizaje, hoy ya existirían lecciones importantes en lugar de opiniones ampliamente dispersas, y podría haber programas nacionales fuertes.</p>

continúa...

...continuación

Tarea necesaria o requisito para implementar exitosamente la EIB	Grado de presencia en el Perú
<p>Planificación y recursos adecuados, proporcionales a la tarea; disponibilidad de materiales que los docentes realmente deseen utilizar</p>	<p>Débil. En el Perú, el gasto educativo es en general bajo y la asignación de recursos humanos, débil (hay una gran inestabilidad en los cargos). La EIB también tiene una asignación deficiente de recursos, y parece que lo que recibe depende demasiado de la insistencia de los donantes y de sus fondos. Una queja común entre los informantes clave y en buena parte de la bibliografía es que la mayoría del apoyo parece provenir de organismos internacionales (véanse López 2002; Trapnell y Neira 2004).</p>
<p>Un sistema descentralizado caracterizado por la «descentralización con estándares», que pueda brindar el espacio para la diversidad, respetando la necesidad de una rendición de cuentas con base en metas comunes</p>	<p>Incipiente, aunque los actores son bastante conscientes de la oportunidad que la descentralización representa y están comenzando a aprovecharla. Sin embargo, parece no haber mucha claridad sobre cómo conseguir la «descentralización con estándares», cómo tener estándares con la diversidad, etcétera, aunque hay una conciencia creciente de ello (véase Trapnell y Neira [2004] respecto de la noción de los derechos de procedimiento para producir normas localizadas). La EIB misma sigue siendo un programa centralizado. Los informantes clave opinan que sí se consulta a los grupos indígenas y que estos opinan (lo que es sin duda un avance), pero que no están involucrados en la preparación de soluciones de modo descentralizado.</p>

\* Véase <<http://www.polity.org.za/html/govdocs/policy/edulangpolicy.html?rebookmark=1>>, (consulta realizada el 20 de marzo de 2005). Resulta interesante que este aspecto de la política en realidad antecede a la democratización. Entre los blancos durante el *apartheid*, los del grupo afrikáner (de origen holandés) debían aprender inglés y los del grupo inglés debían aprender afrikaans, aun cuando los medios de instrucción eran separados y los ciudadanos tenían la opción de escuelas que se especializaban en cualquiera de los medios de instrucción. Lo típico era que los afrikáners más acomodados —el grupo tradicionalmente explotado— aprendieran inglés mejor de lo que los ingleses acomodados aprendían el afrikaans. Esta apertura relativa al multilingüismo «dentro de lo blanco» durante el pasado predemocrático podría ayudar a abrir la sociedad a un multilingüismo «blanco/no blanco», aunque la brecha cultural por cubrir ahora es, claro está, mucho más grande.  
*Fuente:* compilado por el autor a partir de los informes citados y de informantes clave según se señala.

es algo claramente deseable en el uso de los fondos públicos, ya que el contribuyente al fisco no tributa por programa especial, ni por origen étnico: los soles no tienen marca.

Este problema de falta de estandarización aparece en, por ejemplo, el diseño de evaluaciones estandarizadas. Pero no es probable que la solución se encuentre en la estandarización total de, por ejemplo, la lengua de enseñanza que se va a utilizar en los libros de texto, pues es probable que se pierdan las

ventajas de la EIB si la versión escrita no coincide con la que se habla localmente. En ese caso podría muy bien enseñarse directamente en español, puesto que es probable que este sea casi tan extranjero como una versión de (por ejemplo) un quechua que ha sido estandarizado de modo tan artificial que los niños no pueden reconocerlo. Una buena parte de las ventajas teóricas de la EIB se pierden si se usa una versión de la lengua originaria excesiva (o artificialmente) estandarizada.

El Perú aún no ha llevado a cabo una reflexión pública lo suficientemente creativa y de alto nivel respecto de cómo resolver estos problemas, ni dedicado los recursos necesarios para poner en práctica esta reflexión y, luego, proceder a la implementación. La descentralización constituye una oportunidad. Deben considerarse opciones como el financiamiento por transferencias dirigidas o categóricas con contrapartida que financien los esfuerzos de desarrollo del lenguaje, aprovechando la descentralización.

La fuente de los fondos locales de contrapartida que aporta la comunidad local o regional no tiene que ser propia; esos fondos podrían provenir de un financiamiento de transferencias en bloque. Esto debe ser así no solo porque en los procesos de descentralización toma mucho tiempo desarrollar sistemas de recaudación de recursos propios en el ámbito subnacional, sino también porque podrían no ser equitativos. De este modo, el que una región o comunidad esté dispuesta a emplear parte de su asignación de la transferencia en bloque como contrapartida dirigida al desarrollo lingüístico indicaría al Gobierno Nacional que esa comunidad o región va en serio cuando habla de regularizar y estandarizar su variante lingüística y la evaluación. Las comunidades (las provincias o distritos, por ejemplo) podrían entonces emplear sus fondos para nombrar a sus propios lingüistas y comisiones y así crear estándares locales. Si la lengua se habla en más de una provincia, podría también alentarse la aglutinación de los esfuerzos desde abajo, si es que los mecanismos de financiamiento son lo suficientemente ingeniosos. Esto permitiría una identificación de estándares que, como se puede colegir, consideraría tanto la necesidad de cierta estandarización como la de respetar la variación. En el Perú debe analizarse este tipo de opciones con mayor profundidad, y sobre todo discutir las y luego financiarlas.

### **Voz y participación**

En el Perú, los padres parecen estar esencialmente contentos con la calidad de la educación de sus hijos. En nuestro análisis y en otras encuestas, alrededor de

80 por ciento de ellos sienten que la educación de sus hijos es de buena calidad. Si los padres están esencialmente satisfechos, no es muy probable que para mejorar la calidad se pueda depender de su presión y de la «participación local», a menos que primero se mejore la supervisión paterna creando mucha conciencia del nivel de desarrollo que deberían tener sus hijos. A escala nacional también hay un florecimiento real de espacios de participación y voz, no obstante lo cual la calidad sigue siendo baja.

La principal explicación de estas paradojas es que si bien en el Perú existe bastante participación y voz potenciales, puesto que formalmente hay muchos «espacios» y oportunidades para su expresión, en realidad hay muy poca voz efectiva en el sector educación de padres y ciudadanos ordinarios (incluyendo al sector privado y a los pobres). Las razones fundamentales de ello parecerían ser las siguientes:

- Problemas no resueltos de la acción colectiva. Las asociaciones de padres de familia en todo el país parecen recibir poco apoyo de las asociaciones locales, pues para los padres podría no ser racional interesarse personalmente por la educación de «todos» los niños. El esfuerzo personal, llevado a un nivel nacional, se ve muy diluido, y resulta poco racional para cada padre contribuir con algo tan vago.
- Falta de estándares y una percepción de derechos específicamente en torno de cuestiones de calidad, lo que dificulta que los ciudadanos conozcan cuándo sus derechos al aprendizaje están siendo violados, impidiendo la organización y la manifestación de descontento; en suma, una falta de demanda efectiva de la calidad. Esto se refleja en el hecho de que, como ya se dijo, la mayoría de los padres están satisfechos con la situación actual.
- Los proveedores han capturado casi por completo las organizaciones de «participación». La asociación nacional de padres y docentes está estrechamente aliada con estos últimos más que con los padres de familia, y toma posiciones que no difieren mucho de las del sindicato principal; en efecto, el dirigente de la asociación de padres de familia es un docente y sindicalista. La mayoría de los miembros de la Comisión de Educación del Congreso son docentes, mientras que la mayor parte de los miembros de Foro Educativo son educadores o profesionales de la educación, no padres o usuarios de mano de obra entrenada.
- Una legislación débil (obligaciones y poderes contradictorios, superpuestos, complejos y ambiguos) regula los cuerpos que implementan la voz. Si

bien ha habido algunas iniciativas prometedoras en las organizaciones regionales y locales, las normas son confusas y contradictorias y estas organizaciones tienden intencionalmente a estar sometidas a la rama ejecutiva del gobierno. La representación es corporativa antes que democrática, lo que sugiere una vez más que estas organizaciones tenderán a ser capturadas por los proveedores y no representarán a los clientes.

- Falta de poder efectivo que acompañe a la voz y la participación. Hay poco poder ciudadano efectivo sobre, digamos, los presupuestos de los centros educativos o la selección y ascenso del personal, o los presupuestos regionales y locales.
- En el Perú, el sector privado está relativamente ausente de los debates públicos de política acerca de la educación (aunque esto podría estar mejorando ligeramente), en comparación con países como Colombia o El Salvador, y parece ser una débil fuente de presión de rendición de cuentas sobre el gobierno.

En suma, las oportunidades para que los mecanismos de «voz» ejerzan una presión política y económica a favor del cambio son escasas. Es probable que la única oportunidad real de acción provenga de una coalición implícita de unos cuantos políticos y funcionarios progresistas con las ONG, que pueda impulsar una agenda que englobe la creación de estándares, el financiamiento efectivo de una agencia de medición de estos últimos, la creación de una conciencia entre los padres sobre la baja calidad de la educación que sus hijos reciben, y su capacidad para presionar a los centros educativos a favor del cambio. Otros actores posibles podrían ser las organizaciones del sector privado, pero hasta ahora estas permanecen relativamente inmóviles. La legislación actual sienta las bases para casi todos los cambios necesarios. Los desafíos que persisten son la creación de una regulación efectiva de implementación, el financiamiento del desarrollo requerido de la construcción de capacidades y sistemas, y el nombramiento de personas en las instituciones que puedan liderar los cambios. Los donantes podrían ayudar continuando con la asistencia técnica y financiera y brindando un eje organizativo a instituciones dispuestas a trabajar por estas causas, tanto en las políticas como en la implementación.

### **Oportunidades y riesgos creados por la descentralización**

La descentralización educativa ha comenzado en el Perú; ya existe o se está configurando un marco legislativo y normativo básico. Sin embargo, cuando



redactábamos este texto el estado de la descentralización en la práctica (e incluso en los reglamentos) era tan cambiante y confuso que resulta imposible predecir si ella mejorará o empeorará los problemas aquí enumerados. Hay diversas opciones para emplear la descentralización con el fin de mejorar la calidad, pero también existen algunos riesgos. Ninguna de las dos posibilidades es todavía real. Es probable que maximizar el potencial requiera un trabajo significativo en la elaboración de un régimen de rendición de cuentas en el ámbito regional. El trabajo necesario se examina más adelante.

Por el lado positivo, la descentralización podría tener un impacto beneficioso si tanto la dirigencia regional (el Presidente regional) como el Gerente social y el Director de la DRE se vieran forzados a asumir la responsabilidad por la calidad de la educación en sus jurisdicciones, a competir entre sí (o por lo menos compararse mutuamente) y si se les da la autoridad para hacer frente a los problemas. Esto requerirá, por ejemplo, que se cuente con información comparativa de base regional (pues la mayor parte de la autoridad presumiblemente recaerá en ese nivel y en el de las escuelas) sobre el desempeño de los centros educativos; que se la difunda a los ciudadanos y organismos representativos regionales (ambos generales; a saber, el Consejo Regional y el Consejo de Coordinación Regional, por ejemplo, y el Consejo Participativo Regional de Educación) para que estos hagan que los ejecutivos locales (como la DRE) rindan cuentas por el desempeño del centro educativo; y si también la utiliza el Gobierno Nacional (o la sociedad civil) para mejorar la rendición de cuentas de las autoridades regionales a su ciudadanía local publicando datos comparativos. Sin embargo, las autoridades regionales tendrían que contar con la capacidad plena de responder a los problemas que aparecen en los datos comparativos del desempeño. Por ejemplo, deberían poder mover personal, asignar recursos a problemas particulares y ser capaces de innovar. En este sentido, la descentralización podría aprovechar el hecho de que es probable que algunos dirigentes regionales sean más innovadores que otros, y que estén más interesados en la educación que otros. Con la descentralización, el país contará con un mayor número de enfoques para enfrentar los problemas; las regiones pueden experimentar con diversas prácticas y mejorar así la posibilidad de que surjan las mejores; se crea una especie de laboratorio de prácticas variadas. Pero para que el país como un todo se beneficie con esta variedad de prácticas, se requiere un proceso centralizado que estudie las buenas prácticas y las propague. Pocos países latinoamericanos, si alguno lo ha hecho, han logrado desarrollar sistemas tales para beneficiarse con la descentralización. A juzgar por la manera como está configurándose

hasta ahora, en el Perú está lejos de quedar claro si la descentralización está dirigiéndose en la dirección necesaria para mejorar la calidad.

También hay muchos riesgos. Uno, evidente, es el de la confusión. En el Perú, la legislación actual está creando diversos organismos parlamentarios o legitimadores en ámbitos subnacionales semejantes al Congreso, con un lenguaje tan vago que la confusión en torno de los papeles y los conflictos jurisdiccionales son casi inevitables. (Ocurre incluso que, en muchos casos, en la práctica se otorga a una jurisdicción el control sobre otra vecina si se considera a una de ellas débil, en lugar de revertirlo al gobierno superior. De este modo, algunas UGEL «más fuertes» tienen autoridad ejecutiva sobre otras más «débiles», en lugar de que el control de estas últimas revierta a la DRE. Esta es una receta para el caos y el conflicto, y eso es, en efecto, lo que uno encuentra repetidas veces a lo largo de todo el Perú.)

Al mismo tiempo, los organismos de la rama ejecutiva (como la DRE y la UGEL) tienen, ambos, líneas de rendición de cuentas horizontales (con su propio Gobierno Regional) y verticales (con los ministerios nacionales, en particular con Educación y Economía y Finanzas) que se superponen y no están del todo claras. Esto puede causar confusiones y la evasión de responsabilidades, como en efecto sucede. Por último, aunque la mayor parte de la educación, como competencia sectorial, está asignada a las regiones, la realidad es que una región es tan grande que, en función del triángulo de rendición de cuentas examinado antes, la ciudadanía no se encuentra lo suficientemente cerca de la cumbre de la pirámide como para hacer que el mecanismo de voz sea mucho más poderoso que si la cumbre fuera simplemente el Gobierno Nacional. Y los decisores de políticas y el nivel regional tampoco se encuentran lo suficientemente cerca de los puntos de provisión (los centros educativos) como para hacer que las normas sean más fuertes o realmente más sensibles a las condiciones locales, o bien para lograr que la detección de problemas en el centro educativo sea más fácil. Para la rendición de cuentas probablemente no hará ninguna diferencia práctica el que una escuela sea una de 1.500 o una de 40 mil, aun cuando sí marque una diferencia respecto de la adaptación local y la preferencia del cliente.

En este sentido, lo que podría en última instancia hacer que el servicio esté lo suficientemente cerca de los ciudadanos como para marcar una diferencia significativa en los logros del aprendizaje sería alguna forma de autonomía de los centros educativos (contemplada en la actual Ley de Educación, pero mayormente sin implementar), orientada a la autonomía de las prerrogativas de gestión como el control sobre los docentes, pero con estándares y evaluaciones

centralizadas. La mayoría de las recomendaciones en el resto de este capítulo están dirigidas a mejorar este tipo de rendición de cuentas localizada.

#### **IV. Existen buenos conjuntos de recomendaciones y de diagnósticos basados en investigaciones**

Ya contamos con buenos diagnósticos de los problemas examinados en este capítulo; por ello, podría ayudar una mayor investigación acerca de cuáles son los problemas y qué se puede hacer al respecto. Los principales problemas restantes parecen estar relacionados sobre todo con las políticas, la decisión de políticas, su diseño y el saber cómo implementar un sistema educativo moderno.

En los últimos diez años el Perú ha reunido un conjunto impresionante de resultados analíticos y de investigación que detallan la naturaleza de los problemas que perduran en el sector educación. Este capítulo aprovecha el trabajo previo realizado por los investigadores peruanos y resume las conclusiones más importantes. Además, se llevó a cabo un trabajo original que sintetiza buena parte de lo que se sabe. Resulta difícil, sin embargo, agregar mucho, ante la calidad de lo que ya se ha realizado. Este capítulo debe bastante a lo que los investigadores peruanos ya han logrado.

##### ***Recomendaciones existentes***

El cuadro 3.3 muestra el conjunto clave de recomendaciones de política. Representa tal vez apenas un tercio de la bibliografía de igual calidad, y solo busca dar una idea de lo completos que son los exámenes de políticas ya existentes. Hay numerosas listas actuales de sugerencias de política, entre ellas muchas que aún no han sido tomadas en cuenta por los gobiernos. Estas listas van desde el análisis experto y la opinión de peruanos y extranjeros individuales, hasta aquellas que tienen como base los análisis realizados por organismos internacionales o se derivan de ejercicios de elaboración de consensos y consultas a gran escala en el Perú. La mayoría converge en un conjunto bastante consistente de recomendaciones. Tan solo en la década de 1990 y comienzos de este siglo podemos citar a Alcázar (2004a, b), el Foro del Acuerdo Nacional (2004), Francke (2004a), Hunt (2001), PREAL (2003), Rivero (2004a), Rodríguez (2004), Vega (2004) y el Banco Mundial (2001) como ejemplos de conjuntos de sugerencias de política. El cuadro 3.3 pone de relieve la gama de acuerdos

de todos los diversos diagnósticos y conjuntos de recomendaciones. En el cuadro, el hecho de que un símbolo no aparezca debajo del nombre de un autor o una autora no implica que él o ella no apoye la idea, sino simplemente que no la examina; algunos de los artículos no presentan listas globales de lo que el autor piensa debería hacerse para mejorar el sistema. En algunos casos, los autores no presentan recomendaciones como tales acerca del tema en cuestión, pero su descripción de un problema es tan aguda y específica que se la puede tomar como una recomendación implícita. Por último, en unos cuantos casos la interpretación de las recomendaciones hechas por los autores no está clara. Esto se indica con un signo de interrogación.

### ***Base de investigaciones existente***

La bibliografía sobre recomendaciones de política no se basa en opiniones. Existen ya estudios muy buenos de los factores asociados a la producción del aprendizaje en el Perú, y la mayoría de las recomendaciones antes enunciadas están basadas en esta bibliografía de investigación. (Algunas de las recomendaciones listadas tienen como base la experiencia profesional y la observación directa.) El cuadro 3.4 muestra los resultados más importantes de esos estudios.

Para resumir la bibliografía, el presente estudio reestimó un «típico» modelo estadístico, similar a muchos de aquellos mencionados en el cuadro 3.4. Estos modelos estadísticos identifican los factores clave asociados con los resultados del aprendizaje. Se estimó un modelo para cuatro casos: Comunicación Integral y Lógico-Matemática en cuarto grado de primaria y cuarto de secundaria, empleando los resultados de la Evaluación Nacional de 2001. Se contaron los factores estadísticamente significativos y al menos mínimamente significativos (empleando un umbral muy bajo) desde un punto de vista sustantivo. También se reclasificaron los factores en grandes grupos, y se enumera el número de casos en que cada grupo grande de factores aparece en los modelos:

1. Temas de pobreza y socioeconómicos: 13 casos.
2. Manejo del centro educativo y del aula, pedagogía, contar con normas y estándares: 10 casos.
3. Desventajas étnicas y de género (por encima de la pobreza): 5 casos.
4. Recursos y uso de recursos: 3 casos.

Cuadro 3.3. Resumen de las recomendaciones de política en la bibliografía peruana

Tema	Alcázar (2004a,b)	Hunt (2001)	PREAL (2003)	Foro Nacional (2004)	Francke (2004a)	Banco Mundial (2001)	Vega (2004)	Rivero (2004a)
Establecer expectativas de desempeño más detalladas y claras.	✓	✓	✓			✓	✓	
Incrementar la capacidad de exigir y usar pruebas de logros estandarizadas; tal vez universalizar las pruebas en algunos grados; algunos recomiendan difundir la información sobre los centros educativos.	✓	✓	✓	✓ (?)		✓	✓	
Hacer que padres y directores sean más responsables por los centros educativos, incluyendo la evaluación de docentes.	✓	✓	✓		✓		✓	
Incrementar el gasto en educación.	✓	✓	✓					✓
Focalizar el gasto en los pobres; crear más programas focalizados, no solo un gasto focalizado.	✓	✓	✓			✓		✓
Esclarecer y aprobar definitivamente los poderes y funciones en el contexto de la descentralización, incluyendo la autonomía de los centros educativos con responsabilidades plenamente especificadas.	✓	✓	✓		✓			
Mejorar la paga de los docentes (señalado así en algunos casos; en otros únicamente en relación con el desempeño).	✓ (?)	✓	✓	✓		✓		
Simplificar el sistema de recompensas de los docentes basado en alguna medición del desempeño, incluyendo evaluaciones en el centro educativo.	✓	✓	✓	✓		✓		
Racionalizar y acreditar la capacitación de docentes preservicio y hacer que sea más selectiva.	✓	✓	✓	✓		✓		
Incrementar la cobertura de la educación inicial.		✓				✓		✓
Evaluar los proyectos e iniciativas piloto existentes y pasados, e imponer la rendición de cuentas para asimilar lecciones que funcionan y rechazar las que no.			✓		✓			

continúa...

... continuación

Tema	Alcázar (2004a,b)	Hunt (2001)	PREAL (2003)	Foro Acuerdo Nacional (2004)	Francke (2004a)	Banco Mundial (2001)	Vega (2004)	Rivero (2004a)
Simplificar y esclarecer la organización del sector. Reorientarlo de modo que sirva para las funciones pedagógicas.	✓	✓						
Asegurar sistemas comunitarios o administrativos para garantizar la asistencia de docentes y educandos.	✓	✓		✓				
Tomar medidas para asegurar la continuidad de las políticas y, tal vez, incluso de ministros.			✓					
Movilización social en torno del aprendizaje, específicamente de la lectura.				✓				
Concentrarse en particular en la lectura y escritura de los primeros grados estableciendo expectativas y programas.		✓						
Establecer mejores métodos y herramientas, entre ellos enfoques más confiables y estandarizados para la educación en áreas donde no se habla español.						✓	✓	
Aclarar en particular las fórmulas para la asignación de recursos a entidades subnacionales.					✓			
Asegurar la selección y evaluación competitiva de los gerentes de sector.					✓			
Desarrollar un apoyo a los docentes más específico y orientado a los problemas, en lugar de una capacitación general en servicio.		✓						

Fuente: compilado por el autor.

Los factores más relevantes, listados en orden de importancia decreciente, son: (a) pobreza y factores socioeconómicos generales; (b) calidad del manejo administrativo variable y por lo general deficiente, que es particularmente no confiable en áreas pobres y está asociada con una incapacidad para desarrollar y hacer cumplir los estándares; (c) desventajas étnicas y de género, y la inexistencia de modelos pedagógicos apropiados para superar esta desventaja; y, (d) la falta de recursos. El orden de importancia de estos factores es razonablemente riguroso. Sin embargo, los citados estudios —nuestra propia reevaluación de un modelo estadístico estándar inclusive— dejan sin explicar casi 40 por ciento de variación en el aprendizaje, incluso cuando se tienen en cuenta muchos factores gerenciales que normalmente no se incluyen en este tipo de estudios (y en este sentido la bibliografía peruana es superior a la de la mayoría de los restantes países en vías de desarrollo). La mayor parte de la variación no explicada probablemente se deba a factores gerenciales y pedagógicos (y posiblemente a algunas cuestiones de pobreza o culturales), que son demasiado sutiles como para medirlos cuantitativamente. Así, teniendo en cuenta la variación no explicada, lo más probable es que el orden de prioridad «real» de los factores causales sea: (a) el manejo (que incluye —lo que es sumamente importante— el manejo pedagógico en el aula y la existencia de herramientas para la educación bilingüe); (b) pobreza; (c) cuestiones étnicas y de género; y, (d) recursos.

Así, si vemos los buenos trabajos que ya existen, y si bien ya se conoce la mayor parte de lo que se requiere en función de resultados de investigación —en particular respecto de los «factores» o el «qué» de las intervenciones educativas necesarias—, hay unas cuantas lagunas en la base de conocimientos sobre la cuestión del «cómo»: (a) se requieren mayores análisis de costo-efectividad; así como (b) más análisis acerca de los problemas del manejo y la implementación que probablemente se encuentren al intentar mejorar la calidad, en especial en un entorno descentralizado; y, (c) una mayor experimentación evaluada a gran escala con programas que realmente impulsen el aprendizaje de los educandos entre los pobres. En lo que respecta a esto último, hay buenas ideas sobre cómo hacerlo y unos cuantos centros educativos ejemplares, pero existe también mucho romanticismo e idealismo, y hay hasta ahora pocas «pruebas de concepto» acerca de cómo un enfoque sumamente empresarial y orientado a los resultados podría producirlos en un gran subsistema del sector educación, llevando así a ideas repetibles y a la presión por replicar. Sería muy recomendable crear tales experimentos subrayando la gran escala y

Cuadro 3.4. Factores asociados con mejores resultados del aprendizaje

Factor	Discusión	Fuentes de evidencias y rango de aplicación de la investigación	Posibles implicaciones de política
Cobertura del currículo	La cobertura es sumamente baja, pero en unos cuantos estudios la baja cobertura no parece estar muy relacionada con el mal desempeño, tal vez porque una cobertura más alta con mala calidad no suma nada al desempeño.	Cueto y otros (2003); Matemática de sexto grado, Lima. Análisis multivariado. Equipo de Análisis de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (2004). Análisis multivariado. Galindo (2002). Análisis multivariado.	Mala preparación de los docentes para ciertas áreas, y mala rendición de cuentas y supervisión.
Uso de materiales proporcionados por el Ministerio; falta de otros materiales fuera de los libros de texto	Los materiales se distribuyen pero son subutilizados. La cobertura (el porcentaje de los materiales usados) está asociada con los logros. Además, los materiales llegan tarde. Se informa que los materiales de aprendizaje no son muy utilizables ni usados. No se suministran otras provisiones y papelería.	Cueto y otros (2003); Matemática de sexto grado, Lima. Análisis multivariado. Los datos del presente informe sugieren que los educandos no reconocen el texto de los materiales de lectura y que estos llegan tarde. Basado en una muestra cuantitativa y visitas de campo no aleatorias pero «representativas». Hunt (2001). Opinión de un experto a partir de una muestra no aleatoria, muestras no cuantitativas.	Revisar y evaluar el uso e idoneidad de los materiales, reformarlos y redesignarlos.

continúa...



...continuación

Factor	Discusión	Fuentes de evidencias y rango de aplicación de la investigación	Posibles implicaciones de política
Género	Ser varón está asociado con un desempeño más alto, incluso controlando todos los demás factores, sobre todo en matemática.	Cueto, Ramírez y León (2003); Lengua y Matemática, Lima y Ayacucho, tercer y cuarto grados. Análisis multivariado. Cueto y otros (2003); Matemática de sexto grado, Lima. Análisis multivariado. Benavides (2002). Multivariado, muestra grande.	Las prácticas pedagógicas podrían discriminar a las niñas. Las expectativas culturales podrían también desempeñar un papel.
Fecha de inicio del año escolar	Asociado positivamente con el desempeño. Muy probablemente como índice aproximado de una administración globalmente buena y del buen uso de las horas lectivas efectivas.	Equipo de Análisis de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (2004). Análisis multivariado. Cueto y Secada (2001). Análisis multivariado.	Existen políticas sobre las horas lectivas (campañas de mil horas de instrucción efectiva), pero se las cumple débilmente.
Horas lectivas efectivas dedicadas a actividades de alto valor	Las horas lectivas efectivas son generalmente muy bajas, no se las hace cumplir ni se las supervisa. Esto tiene un impacto sobre el aprendizaje.	Cueto y Secada (2001). Análisis multivariado. Hunt (2001). Opinión experta basada en una muestra no aleatoria, muestras no cuantitativas.	Existen políticas sobre las horas lectivas (campañas de mil horas de instrucción efectiva), pero se las hace cumplir débilmente.
Volumen de tareas	El volumen de tareas está asociado positivamente con los resultados.	Los datos del informe sugieren que los docentes emplean el tiempo de modo sumamente improductivo. Muestra cuantitativa, «representativa» pero no aleatoria. Montero, Ames, Cabrera, Chirinos, Fernández Dávila, León (2002). Pequeña muestra cuantitativa. Benavides (2002). Análisis multivariado, muestra grande.	

continúa...

...continuación

Factor	Discusión	Fuentes de evidencias y rango de aplicación de la investigación	Posibles implicaciones de política
<p>Nivel de enseñanza y de formulación de problemas en matemática; poca o ninguna retroalimentación en los conjuntos de problemas</p> <p>Los docentes carecen de confianza y de manejo de capacidades específicas en la lectura y la evaluación</p>	<p>Los docentes corrigen los problemas a la ligera, a menudo dando una respuesta errada a los alumnos. La calidad de las respuestas y problemas está asociada con más logros.</p> <p>Los docentes sí usan estándares, pero son informales e inferiores de lo que deberían ser. Por otro lado, las estrategias de enseñanza y los textos pueden ser más complicados de lo necesario.</p>	<p>Cueto y otros (2003); Matemática de sexto grado, Lima. Análisis multivariado. Hunt (2001). Opinión experta basada en una muestra no aleatoria, muestras no cualitativas.</p> <p>Los datos del presente informe sugieren que los docentes sí usan estándares, pero la lectura estaría por debajo de donde debería estar incluso si estuvieran cumpliendo los objetivos íntegramente.</p>	<p>La propia educación del docente es mala, debido en parte a la selección de personal de la profesión. El apoyo dado a los maestros no es lo suficientemente específico.</p>
<p>Los docentes están en general mal preparados</p>		<p>Arregui, Díaz y Hunt (1996).</p>	
<p>La capacidad en español (y este como lengua materna) también afecta los logros en matemática</p>	<p>Por lo general, altamente correlacionado con el logro. En algunos modelos, este factor es el único realmente significativo. Tiende a parecer significativo, incluso cuando el estatus socioeconómico general y otros factores educativos están controlados.</p> <p>Los programas de EIB son generalmente pobres y la educación en áreas en las que el español no es una lengua ancestral es generalmente mala.</p> <p>La brecha indígena/no indígena es mayor en el Perú que en Bolivia o México.</p>	<p>Cueto (2003). Rural. Transición cuarto a sexto grados. Controla los logros iniciales. Análisis multivariado. Equipo de Análisis de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (2004). Análisis multivariado. Cueto y Secada (2001). Multivariado, rural. Sakellariou (2004). Análisis multivariado basado en los resultados del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad Educativa (LLECE).</p>	<p>Falta de programas y métodos lo suficientemente consistentes para los niños que no hablan español. Se necesita un análisis de valor agregado y expectativas razonables.</p>

continúa...

...continuación

Factor	Discusión	Fuentes de evidencias y rango de aplicación de la investigación	Posibles implicaciones de política
Estatus socioeconómico de la familia	<p>Correlacionado a menudo con el logro. Probablemente colinda con la capacidad en español o la lengua hablada en casa, pero con frecuencia tiene significación independientemente de esto último.</p> <p>En algunos estudios este es el factor mensurable más importante que impulsa el aprendizaje de los educandos.</p>	<p>Cueto, Ramírez y León (2003); Lengua y Matemática, Lima y Ayacucho, tercer y cuarto grados. Análisis multivariado.</p> <p>Benavides (2002). Multivariado. Muestra grande.</p> <p>También se reportan resultados originales similares en el capítulo 2 del informe técnico que sirvió de base para la elaboración de este trabajo.</p>	<p>Falta de mecanismos compensatorios y focalización de recursos. Se necesita un análisis de valor agregado y expectativas razonables.</p>
Capital cultural en el hogar (por ejemplo, el número de libros)	<p>Asociado con un creciente logro.</p>	<p>Benavides (2002). Análisis multivariado, muestra grande.</p>	<p>Ausencia de mecanismos compensatorios y de focalización de recursos. Se necesita un análisis de valor agregado y expectativas razonables.</p>
Trabajo infantil	<p>Asociado negativamente con el logro, incluso cuando el estatus socioeconómico está controlado.</p>	<p>Equipo de Análisis de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (2004). Análisis multivariado.</p>	<p>Falta de mecanismos compensatorios y focalización de recursos.</p>
Nivel/calidad de la capacitación de los docentes	<p>Asociado relativamente con los logros. Podría ser un índice aproximado del conocimiento general global y el estatus de los docentes.</p>	<p>Cueto (2003). Rural. Transición de cuarto a sexto grados. Controla los logros iniciales. Análisis multivariado.</p>	<p>Reclutamiento y retención de docentes.</p>

continúa...

...continuación

Factor	Discusión	Fuentes de evidencias y rango de aplicación de la investigación	Posibles implicaciones de política
Recursos como bibliotecas escolares, materiales de lectura en casa, etcétera	Se encuentra cierto impacto de estos factores, como sería de esperar. Muchos de ellos probablemente tienen un efecto, pero su significación estadística está escondida por la presencia de otros factores que están correlacionados, como el estatus socioeconómico de la familia.	Benavides (2002). Multivariado, muestra grande. También se reportan resultados similares originales en el capítulo 2 del informe técnico que sirvió de base para la elaboración de este trabajo.	No está claro. La conclusión no debería ser que los insumos materiales no importan.
Participación de los padres en las tareas	Podría reemplazar la participación de los padres en general.	Equipo de Análisis de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (2004). Análisis multivariado.	En el pasado, la participación paterna fue por lo general postulada como algo que únicamente involucraba asistir con la infraestructura.

Fuente: compilado por el autor.

la evaluación. Esta última debería concentrarse no solo en si los pilotos dan resultados, sino también en cómo. Por último, se necesitan más trabajos sobre la economía política del cambio para, así, superar las barreras de política a la implementación de mejoras de calidad.

## **V. Recomendaciones con mayor profundidad**

### **Estándares**

Se requieren estándares en tres áreas clave: aprendizaje, servicio a comunidades y centros educativos (estándares de «procesos»), y asignación de recursos. Sin estándares, la rendición de cuentas es, o bien imposible, o consume demasiada energía social en costos de transacción; los estándares son la moneda o los «pesos y medidas» de la rendición de cuentas; ellos economizan el contenido de información de los costos de transacción. De la misma manera, solo la aplicación de estándares da sentido a la noción de un derecho a la educación una vez que existe la matrícula a escala masiva. Los estándares son, pues, la clave no solo de la eficiencia, sino también de un enfoque orientado a los derechos a la calidad y la «equidad de la calidad».

Con «estándares» nos referimos en general a tres tipos de cosas: (a) formas estandarizadas, simplificadas y transparentes de hacer las cosas, de modo tal que se reduce la discrecionalidad y los costos de transacción, como la asignación de recursos mediante fórmulas sustentadas en la matrícula (o la asistencia) y la pobreza; (b) la fijación de una métrica del rendimiento, como el desempeño en la lectura según se pueda evaluar en una prueba, o estándares de servicios para que las UGEL suministren servicios a los centros educativos, pero sin fijar metas concretas para un nivel en esa prueba; y, por último, (c) fijar realmente metas, como alcanzar cierto nivel en una prueba de lectura.

El Perú necesita estándares de aprendizaje mucho más claros, en especial en los primeros grados, y que se concentren sobre todo en el logro de la lectura. Es preciso que se los desarrolle y difunda. El enfoque actual es demasiado vago. Actualmente, la necesidad de una adaptación local y regional está siendo usada como una excusa para la mediocridad. Es posible desarrollar estándares que estén adaptados localmente y sin embargo proporcionen exigencia y ambición y provean una métrica para la rendición de cuentas. Debe resistirse la tentación de desarrollar estándares para todo el sistema a la vez. El Perú

requiere comenzar con los estándares de lectura (y tal vez de escritura) y con los primeros grados. Los estándares deberían ser simples, enfatizar la capacidad y encerrar un significado, sobre todo para los docentes y padres de familia. En lo que respecta a la lectura el Perú debería, primero, desarrollar una métrica simple y universal aplicada a cada niño en todos los centros educativos (y divulgar los logros alcanzados en estos centros respecto de tal métrica), sin fijar metas concretas y específicas. En cinco años el país debería pasar a fijar metas para cada centro educativo. Lo ideal sería que los estándares se concentrasen en la comprensión como meta, y en la velocidad (o fluidez) de la lectura como un instrumento. Si se quiere ser más ambicioso, se pueden poner metas desde ya en, por ejemplo, la fluidez. Esto se puede hacer en programas o zonas de acción especial. Deberían también ser específicos para los grados, o tal vez, incluso, para los semestres del año escolar. A medida que se desarrollan los estándares más simples en los primeros grados, el sistema puede, luego, ir trabajando sobre los grados posteriores. La idea es no concentrar el sistema en la lectura y la escritura en los primeros grados, sino comenzar allí, tanto cronológicamente como en función de prioridades, pues esta es la base de todas las capacidades posteriores, y si estos estándares no se pueden fijar y cumplir, la prognosis de las capacidades más avanzadas no será buena.

Los estándares deben tener en cuenta la diversidad cultural y regional, al mismo tiempo que siguen siendo estándares. Esto puede hacerse de diversas formas a las cuales el Perú aún no ha dedicado suficiente atención. Por ejemplo, podrían desarrollarse sistemas de financiamiento compartido que requieren un esfuerzo local, como una forma de estimular estándares que sean aplicables a regiones particulares, o adaptarlos a la Educación Intercultural Bilingüe.

Un posible eje de los estándares de aprendizaje que el Perú podría considerar es un examen al terminar la escuela secundaria. Sería posible generar este proceso voluntariamente; por ejemplo, creando premios nacionales para quienes aprueben un examen que inicialmente sería opcional. Si este proceso tiene aceptación social, y a medida que se vaya refinando el examen de salida, la prueba debería hacerse obligatoria. Estos exámenes de egreso tienden a incrementar la presión de padres y alumnos para la rendición de cuentas de los centros educativos, que tiende a gotear hacia abajo a las escuelas primarias (como escuelas alimentadoras), aunque hay que aceptar que esto toma bastante tiempo. Sería posible crear sistemas de premios sensibles a las condiciones diferenciales de partida; por ejemplo, entregando premios por centro educativo (si toda una escuela se ofrece de voluntaria para el sistema) a quienes

obtengan los mejores resultados, y por el progreso sobre el tiempo antes que por el logro en cualquier momento dado; o empleando controles estadísticos que creen grupos de pares (como en el Sistema Nacional de Evaluación de Docentes, SNED, de Chile).

Los estándares de servicio o de proceso deberían desarrollarse a lo largo del tiempo, por medio de la observación de prácticas exitosas en condiciones difíciles o promedio. Podría estudiarse el caso de los centros educativos que superan a otros en condiciones similares, y las buenas prácticas que llevan a cabo podrían eventualmente llegar a las normas y estándares de procedimiento. Actualmente, en el Perú las normas procesales tienen como base unas teorías vagas y las necesidades de la burocracia, antes que las prácticas y necesidades de las escuelas. La próxima ola de investigaciones peruanas sobre la educación debería concentrarse en este tema de la gerencia e implementación, pues ya se han hecho buenos trabajos sobre los insumos (tipo «función de producción»).

También deberían crearse estándares de selección de docentes por medio de exámenes que estos tendrían que aprobar antes de convertirse en profesores. Estos deberían ser coordinados con los estándares de la capacitación pre-servicio de los docentes. El Perú está considerando hoy estos temas en la redacción de una nueva Ley de la Carrera Pública Magisterial y en los debates acerca de la acreditación de los institutos pedagógicos. Una nueva escala de la carrera que prometa una mejor paga a los mejores profesores también ayudará a atraer y conservar mejores docentes.

Asimismo, se requieren mejores estándares de financiamiento, en particular a medida que el país se descentraliza y se incrementa la autonomía de los centros educativos con la nueva legislación. Esto debería tomar la forma de una transferencia de fondos y recursos físicos, a partir de una fórmula, del nivel nacional a las regiones y de estas a los centros de educación. Las fórmulas reducirán los costos de transacción e incrementarán la transparencia y la confianza. Asimismo, permitirán focalizar el gasto donde más se lo necesita, desde la perspectiva tanto de la equidad como de la orientación de resultados. Por último, propician una idea de «derechos», en la medida en que los centros educativos y los padres pueden tener un sentido más claro del financiamiento mínimo al que tienen derecho. Podría crearse la inversión mínima por estudiante, de modo tal que financie un paquete mínimo de artículos, como papelería, suministros de aula, materiales de limpieza, etcétera. El paquete podría ser más generoso en regiones más pobres.

Por último, las UGEL o la unidad administrativa ubicada por encima del centro educativo deberían establecer estándares de servicios a las escuelas, que, a su vez, se encargarían de fijarlos a padres y comunidades. Correspondería a estos últimos calificar o evaluar a las escuelas, que, a su turno, deberían evaluar a las UGEL. Sería recomendable, también, publicar los datos comparativos. Los objetivos de estos estándares deberían definirse luego de unos cuantos años.

### **Rendición de cuentas**

Si bien los estándares son necesarios para la rendición de cuentas, puesto que de lo contrario no hay ninguna métrica con la cual responsabilizar a alguien, es igualmente cierto que estos no sirven de mucho sin la presión de la rendición de cuentas. Cumplir con un estándar requiere esfuerzo; este debe ser recompensado y su carencia debe ser castigada. Así, se requieren incentivos para impulsar la rendición de cuentas. Para incrementar la presión a favor de esta rendición de cuentas hay que cumplir con los siguientes pasos:

- Medir los resultados en todos los centros educativos en áreas clave del conocimiento y no solo en una muestra de escuelas, concentrándose primero en la lectura en los primeros grados. Comenzar a publicar datos sobre los resultados del aprendizaje y las transferencias fiscales de modo regular, idealmente hacia abajo hasta el nivel del centro educativo. Publicar resultados promedio y datos de gastos a escala regional. Debe asegurarse que los datos sean presentados en relación con estándares, pero también con capacidades y desventajas, empleando algunos conceptos simples de «valor agregado», y darle más énfasis a las tendencias que a los niveles en cualquier momento dado. El sistema debería evitar los informes basados en una noción como «aprobado», o emplear estándares para controlar el progreso de los educandos.
- Asegurarse de que los grupos de padres del centro educativo tengan el poder para hacer que este tenga que rendir cuentas; por ejemplo, asegurándoles una mayoría estatutaria en los CONEI, y obligando a las escuelas a que les informen de los logros a partir de los estándares y los recursos recibidos y empleados, siguiendo simples formatos preestablecidos. Las Asociaciones de Padres de Familia (APAFA) deberían ser asimismo responsables ante los directores y el Estado. Los padres deberían tener voz y



voto en la promoción y selección de directores y docentes. Esto actuará como un incentivo para que los docentes trabajen para satisfacer a los clientes finales. Sin embargo, y como ya se indicó, es importante que los clientes sean informados realísticamente sobre los logros en sus colegios a partir de ciertas metas o estándares de aprendizaje.

- Fomentar una mayor autonomía en el centro educativo para directores y padres; por ejemplo, en la adquisición de materiales y en la asignación de insumos, siempre y cuando haya una rendición de cuentas tanto presupuestaria como de resultados. Esto puede lograrse con transferencias fiscales a los centros educativos basadas en fórmulas, en contraste con la provisión directa de insumos físicos.
- Experimentar de modo más extensivo con la administración no gubernamental de los centros educativos, con un financiamiento público similar a la experiencia de Fe y Alegría. Reducir la actual naturaleza de hecho de tales experiencias creando formatos y contratos más estandarizados para tal manejo, y mejorar la evaluación comparativa de las experiencias según los resultados y la medición de costos. Difundir los resultados.
- Las UGEL deberían experimentar con la contratación de proveedores de servicios (véase más adelante). Habría que pedir explícitamente a los centros educativos que califiquen los servicios brindados por las UGEL o los proveedores de servicios, y esta información debería ser empleada para modificar el comportamiento de los proveedores e impulsar su selección. La permanencia y promoción del personal de la UGEL debería estar articulada con las calificaciones dadas por los centros educativos. De igual modo, la promoción y continuación del personal del centro educativo (director y docentes) debería ser informada por la calificación de los centros educativos por los padres.

## **Apoyo**

Se puede pensar que la presión por una rendición de cuentas en torno de los estándares llevará a mejores resultados únicamente si uno está dispuesto a asumir que todos los actores cuentan con toda la información y las capacidades necesarias para alcanzar el estándar. Este parecería no ser el caso en el Perú. Así, el apoyo es el tercer lado importante en el cual se requieren mejoras cualitativas:

- El apoyo es el área que requerirá trabajo de implementación y, por ende, la mayor parte de los fondos. Fijar estándares y sistemas de rendición de cuentas demandará capacidad técnica y creatividad, así como arribar a un consenso y también diálogo («voluntad política»). Pero desarrollar y usar los sistemas de apoyo empleará además, realmente, gran cantidad de recursos escasos (en particular recursos humanos), y es algo que necesita ser mejorado a lo largo del tiempo.
- Los docentes requieren un apoyo y un «acompañamiento» más intensivos sobre cómo enseñar cumpliendo con los estándares de aprendizaje. No es probable que funcione el apoyo de «cascada» general y de baja intensidad. En lugar de ello se requiere un «acompañamiento» semana a semana, o por lo menos mes a mes, con base en resultados medidos, al menos durante unos cuantos años. Se necesitan experimentos con una capacitación masiva e intensiva que lleve instrumentalmente a los docentes por todo el currículo de un año, y con objetivos específicos y mensurables (los estándares). Esto debería iniciarse con la lectura en los primeros grados, para, luego, ampliarse a otras capacidades y a grados posteriores.
- Los gremios de padres y los CONEI necesitan capacitación sobre cómo hacer que los centros educativos rindan cuentas por su desempeño respecto de los estándares y de las cuestiones presupuestarias y financieras. Esto debería incluir el desarrollo de formatos de reporte y la capacitación de los gremios de padres en el uso de dichos formatos para presionar a los centros educativos. Por otro lado, es necesario hacer una clara distinción entre un papel de gobierno o de rendición de cuentas de los padres, que es positivo, y otro de manejo diario, lo que probablemente sería negativo, y tanto los padres como los directores deben ser instruidos sobre el particular.
- Los directores de escuela necesitarán capacitación para ejercer su nueva responsabilidad para con los padres y cumplir tanto con los estándares de resultado como con los de proceso.
- También se requerirá apoyar a los centros educativos y a las UGEL para realizar un uso convincente de la información de desempeño, para impulsar las decisiones acerca del avance y pago del personal. Esta no será una tarea fácil.
- Las UGEL y otras instituciones intermediarias (como las DRE) se encuentran sumamente subequipadas para brindar apoyo a los centros educativos, ya sea en asuntos pedagógicos o en cuestiones administrativas. En

este momento desempeñan una función más de control y acoso, en el peor de los casos, o una función de rendición de cuentas hacia arriba, en el mejor. Más bien debería exigirse y capacitarse al personal de la UGEL para que apoye la rendición de cuentas de los centros educativos a los padres y la comunidad, entendiendo que esos centros constituyen la línea del frente de la provisión del servicio y son la «cara» de calidad del sistema. Los gobiernos regionales y nacionales, a su vez, deberían rendir cuentas a las UGEL y los centros educativos; debería haber cierta rendición de cuentas claras «hacia abajo». Lo importante es que la capacidad de las UGEL para apoyar pedagógicamente a las escuelas necesita ser fortalecida. En la mayoría de los casos esto tomará demasiado tiempo. En el ínterin pueden desarrollarse experimentos de tercerización de las funciones de apoyo de los centros educativos a ONG o universidades, en distritos o incluso regiones completas. Sin embargo, este apoyo tendría que estar orientado explícitamente a ayudar a los centros educativos a que cumplan con su responsabilidad respecto de los estándares de aprendizaje de los educandos; no debería ser simplemente una capacitación general sobre teoría y principios pedagógicos (lo que actualmente es demasiado común). Por último, este apoyo debe ser calificado con fines de rendición de cuentas (véase más atrás).

- El apoyo presupuestario global en forma de un incremento en el gasto (para pagar los recursos necesarios para proporcionar todo el apoyo mencionado arriba, pero también otras mejoras no examinadas aquí), debería desarrollarse *pari passu* una vez que los diversos sistemas aquí examinados hayan comenzado a ser preparados y aplicados. De mantenerse los niveles actuales de apoyo presupuestario total a la educación, es improbable que todas estas formas de rendición de cuentas produzcan resultados. Por ejemplo, es probable que los niveles de apoyo y capacitación necesarios para mejorar el desempeño de los docentes sean masivos. Pero de ser proporcionado antes de que se desarrollen formas apropiadas de rendición de cuentas, el apoyo del gasto tenderá a fluir siguiendo los canales actuales (expansión del número de docentes y de centros educativos). No fluiría hacia el apoyo a la rendición de cuentas basada en estándares. Si bien estos canales resultaban apropiados cuando la meta era incrementar la cobertura, son sumamente inapropiados cuando el objetivo es mejorar la calidad, pero eso es lo que los sistemas fueron «capacitados» a hacer, y es aquí donde se encuentran los grupos de interés.

- Debería estandarizarse el apoyo fiscal por fórmula, como ya se señaló. Una forma simple de hacer esto es que el financiamiento sea impulsado por la matrícula (o la asistencia). El financiamiento total (el personal incluido), desde el nivel nacional al regional, podría ser impulsado por la matrícula, tal vez con algunas diferenciaciones para la densidad poblacional o la pobreza. En el caso del financiamiento del nivel regional al centro educativo, la fórmula podría cubrir inicialmente solo el gasto operacional no personal, y debería prestar mayor apoyo a los pobres, empleando criterios simples de focalización como la ubicación geográfica del centro educativo.
- Por último, y en relación con el apoyo presupuestario, está el problema de los costos de los docentes. Como estos costos consumen la mayor parte de los recursos presupuestarios, el financiamiento de los costos de los docentes constituye la parte más importante del «apoyo» prestado al sector educación. Los costos de personal se han incrementado significativamente en años recientes. Y, sin embargo, el Perú ya tenía un exceso de docentes. Estos podrían no ser de la calidad y del nivel de capacidades que la sociedad necesita. Las alzas salariales no producirán mejores docentes si no están ligadas a una mejor selección, incentivos y desarrollo de capacidades. Producirán una mayor oferta excedente de maestros de la que ya existe, que es enorme. En este momento, en lugar de incrementos salariales, habría que darle prioridad a un control de calidad mucho más riguroso al ingreso (una selección por medio de una competencia basada en capacidades y conocimientos, esto es, una selección y capacitación con base en estándares) y una mejor selección de la carrera, incluyendo medidas para estimular a los docentes poco efectivos a que dejen la profesión.

# CAPÍTULO 4

## POLÍTICAS PRO POBRE EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD DEL PERÚ

*Rony Lenz*  
*Betty Alvarado P.*

### I. Introducción

Este capítulo analiza la situación del sector salud en el Perú. Se trata de una versión abreviada del área de salud dentro de una serie de estudios realizados por el Banco Mundial en los sectores salud, educación y los programas de lucha contra la pobreza, como parte del proyecto Rendición de Cuentas para la Reforma Social (RECURSO). Su objetivo es aportar al diálogo e incluir en la agenda de discusión algunas iniciativas de política pro pobre, con miras a mejorar los indicadores de desempeño del sector salud y, específicamente, del estado de la salud de los pobres. El marco analítico que sirvió de guía a la investigación se halla en el *Informe de Desarrollo Mundial (IDM) 2004* del Banco Mundial, que postula que los factores institucionales y la rendición de cuentas entre los actores de un país —formuladores de política, proveedores y usuarios— son cruciales para mejorar el desempeño de la provisión de los servicios de salud a los pobres.

La evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4,8 veces más probabilidades de no ser atendido que un rico. Más aún, la población sin protección de un seguro de salud alcanza el 48,4 por ciento, y el ciudadano financia con su bolsillo el 32,9 por ciento del sistema; de este monto, la mayor parte va a medicamentos.

Si bien los indicadores del estado de la salud muestran una reducción importante en la tasa de la mortalidad infantil nacional (estimado en 23 por 1.000 nacidos vivos para 2003), aún hay manifestaciones de inequidad geográfica y por nivel de ingreso. Por su parte, las tasas de mortalidad perinatal y de mortalidad materna (TMM) se mantienen altas, debido a las inequidades mencionadas. Al respecto, mientras el promedio latinoamericano de la TMM es de 85,1 por cada 100 mil nacidos vivos, en el Perú se encuentra en 163,9 (2002). Recuérdese que el Perú tiene el reto de alcanzar el referencial fijado por el

acuerdo internacional alrededor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que estima que al año 2015 la mortalidad materna en el país debe reducirse a una tasa de 66,2.

El sistema de salud peruano es complejo y tiene proveedores públicos y privados. El estudio ha privilegiado el diagnóstico de los servicios de salud provistos por el sector público y, dentro de él, se analiza con mayor detalle al Ministerio de Salud (MINSA), por su gran importancia en el tratamiento de la salud de los pobres: el 70 por ciento de las atenciones de salud del 40 por ciento más pobre de la población las realiza dicho Ministerio.

El capítulo, luego de la introducción, ofrece en el segundo apartado un resumen de las recomendaciones; le sigue una exposición del marco conceptual de voz y de rendición de cuentas aplicado al sector salud en el Perú; en el cuarto apartado se desarrolla el diagnóstico del sector salud; en el quinto se presentan las principales innovaciones en el sector; a continuación, en el sexto, se incluye información abreviada de los estudios sobre el sector salud realizados por autores peruanos; el séptimo formula las recomendaciones de política.

## **II. Resumen de las recomendaciones**

La evaluación de la provisión de servicios de salud para los pobres revela que los canales y procesos de rendición de cuentas son débiles y, en algunos casos, inexistentes. Ello se debe tanto a la falta de claridad de responsabilidades entre actores, como a la ausencia de estándares y metas sobre qué rendir cuentas a la población. A continuación se resumen las recomendaciones agrupadas en tres estrategias generales vinculadas a las funciones de salud.

### **Estrategia de regulación y descentralización**

En principio, la regulación del sistema de salud recae en el MINSA, pero en la práctica dicho Ministerio interviene poco en el Sistema de Seguridad Social (EsSalud) y en el sector privado. Además, el MINSA actualmente desempeña funciones financieras y operativas que lo distraen de su rol regulador. El proceso de clarificación de responsabilidades por nivel de gobierno, fundamental para lograr una mejor rendición de cuentas, viene progresando. Como parte del proceso de descentralización, las tres funciones básicas del sistema de salud —rectoría, financiamiento, provisión— se están separando lentamente. La

función reguladora recae sobre el MINSA, la financiera en el Seguro Integral de Salud (SIS) y la de provisión en los gobiernos subnacionales. El reto es que en los próximos cinco años el MINSA cuente con la información necesaria para ejercer su papel rector. Esta información consiste en:

- *Estadísticas vitales de la población e identificación de las características de la demanda.* El MINSA realiza estimaciones de su población beneficiaria sin conocer con precisión a los usuarios de los diferentes servicios que administra (preventivo y curativo). Se requiere una modalidad de identificación de la población que posibilite un adecuado seguimiento de su estado de salud y de las intervenciones de salud que se realizan, desde el punto de vista del acceso e impacto.
- *Producción de servicios en establecimientos públicos.* Las estadísticas sobre atención ambulatoria son muy pobres y las de atención hospitalaria son buenas solo en determinados hospitales, pero esta información no es consolidada ni conocida por el MINSA. Se requiere, además, realizar un esfuerzo que permita coordinar las bases de información que genera el SIS con las que maneja el MINSA.
- *Oferta de servicios.* Después del censo de infraestructura de 1996 solo se han realizado esfuerzos parciales para identificar las características físicas de la oferta de salud en los establecimientos del MINSA y no ha habido ningún intento al respecto con los otros proveedores del sector. Con la separación de funciones, las responsables de mantener actualizada la información sobre toda la oferta serán las regiones.
- *Financiamiento y presupuesto.* La estructura presupuestal del MINSA es tal que la información que produce no permite analizar la eficiencia ni la calidad del gasto. Por ejemplo, no está diferenciada en atención primaria, secundaria, terciaria; según equidad en la distribución de fondos entre jurisdicciones; tampoco es útil para establecer el costo-efectividad de las unidades de servicios (costo y producción de hospitales específicos, redes geográficas o servicios individuales).
- *Seguimiento de la productividad de los recursos humanos.* La falta de información sobre productividad impide construir una cultura de rendición de cuentas del recurso humano hacia los gerentes, de los establecimientos hacia las redes y de las redes hacia las Direcciones Regionales de Salud (DISA). Actualmente, el MINSA y las DISA no realizan seguimiento de productividad a los recursos humanos, y tampoco tienen posibilidad de

hacerlo con rapidez en vista de los problemas que presentan el sistema de información de salud (HIS) y el maestro de personal.

- *Sistema de costos.* No se cuenta con un sistema de información de gastos, sueldos y destinaciones del personal de salud que permita establecer asociaciones entre disponibilidad del recurso humano y producción, y realizar análisis de costos y, por ende, de tarifas. Sin costos y tarifas el SIS no puede establecer el monto de los reembolsos con costos reales; tampoco es factible fijar los estándares con los cuales deben operar los proveedores.

### **Estrategia de financiamiento**

Esta estrategia se complementa con la primera, en el sentido de que ayuda a aclarar las responsabilidades de los diferentes agentes.

1. *Mantener protegido e independiente el presupuesto para atenciones prioritizadas.* Es necesario asegurar un financiamiento protegido e independiente para los programas de salud pública con meta poblacional como, por ejemplo, las inmunizaciones. Ello evita poner en riesgo las compras de vacunas y otros insumos clave por presiones de gasto en otras partidas.
2. *Fortalecer institucionalmente al SIS como entidad aseguradora.* El SIS sería el encargado de la compra de prestaciones de salud a escala nacional, para que el MINSA se concentre en su función reguladora. Con el SIS se ha hecho un primer intento de separar la función de financiamiento, sin embargo, aún no se ha constituido plenamente en un seguro y sus actividades lo sesgan fuertemente a ser solo un organismo pagador. Es, pues, necesario fortalecer sus capacidades institucionales.
3. *Financiar el Plan Prioritario Garantizado con el SIS.* Para ello es esencial: (a) que la legislación asegure la existencia de un plan con costos conocidos, que establezca metas nacionales y regionales del número de beneficiarios y las atenciones de salud que cubrirá; (b) que exista un presupuesto que financie el Plan para el número de beneficiarios y las coberturas establecidas en este; (c) que el SIS considere, adicionalmente, un monto para financiar un Fondo de Enfermedades Catastróficas, orientado a dar acceso a las familias más pobres del interior del país a los institutos especializados de Lima.
4. *Desarrollar una política nacional de tarifas.* Debe normarse los cobros a los usuarios de los hospitales, centros y puestos de salud, para



generar equidad y eficiencia en el acceso a los servicios, así como transparencia en el uso que se da a los fondos.

### **Estrategia de provisión**

*Recursos humanos.* Luego del reciente nombramiento de personal contratado en áreas rurales<sup>1</sup> y la eliminación del acceso a residencias especializadas que brindaba el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUM), es de esperar una importante pérdida de profesionales de la salud en dichas áreas. Tal situación plantea la necesidad de desarrollar nuevos mecanismos y fórmulas que atraigan personal de salud a las zonas pobres y aisladas.

*Infraestructura.* (a) Fortalecer la oferta de salud pública primaria en aquellas zonas donde esta sea escasa, principalmente en las rurales y más pobres; (b) fortalecer la oferta de atención de urgencias obstétricas y emergencias en los hospitales de regiones pobres.

*Empoderamiento de los usuarios.* El modelo de gestión desarrollado por los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), cuya administración y supervisión está a cargo de la comunidad a través de su Asociación y Consejo Directivo, y gira alrededor de un plan local de salud, con flexibilidad laboral y autonomía en el manejo de recursos propios, tiene canales efectivos de rendición de cuentas que se traducen en mayor satisfacción de los usuarios, mayor acceso de la población asignada al establecimiento, mayor cantidad de actividades intramurales y de promoción, etcétera. Sería conveniente asimilar las lecciones de este modelo o promover su desarrollo.

### **III. Enfoque del triángulo de rendición de cuentas**

El *Informe de Desarrollo Mundial 2004* presentó un marco conceptual para analizar la provisión de servicios sociales y entender con mayor profundidad las causas de la persistencia de su bajo desempeño en los países en desarrollo. Tradicionalmente, el análisis se había centrado en el seguimiento y estudio de la estructura y nivel del gasto público. Ahora lo prioritario es capturar los factores institucionales que afectan el desempeño de los servicios, poniendo de relieve

<sup>1</sup> Incorporación a la planilla con beneficios sociales.

las relaciones entre tres agentes principales: los formadores de políticas públicas, los proveedores y los ciudadanos-usuarios.

En el caso del sector salud, el grupo de formuladores de políticas públicas está constituido por el MINSA, el Ministerio de Trabajo (MINTRA) y EsSalud en el gobierno central; y los gobiernos regionales y las municipalidades en el nivel subnacional.<sup>2</sup> Los proveedores son los establecimientos de salud; dentro de este grupo también se cuenta a los proveedores de primera línea, como los gerentes y el personal de salud. El tercer actor fundamental es la población, en especial la población pobre beneficiaria del MINSA. Las relaciones entre actores se visualizan en el denominado «triángulo de rendición de cuentas o responsabilidades» (véase el gráfico 4.1).

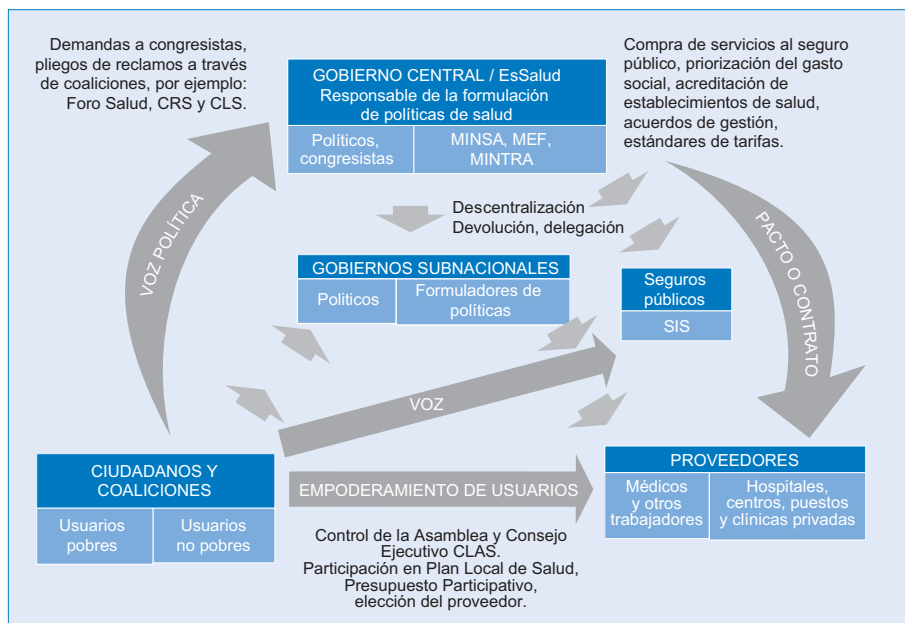
La *voz política* representa las relaciones entre los ciudadanos y los formuladores de políticas públicas. En esta relación se intenta influir en la generación y adecuación de las políticas de salud. El *pacto* o *contrato* marca las relaciones entre los formuladores de políticas y los proveedores, es decir entre el MINSA o los gobiernos subnacionales con los establecimientos de salud (centros y puestos, hospitales de diferente nivel) y los proveedores de primera línea (gerentes, personal profesional y técnico de salud). El *empoderamiento de usuarios* se da en las relaciones de los ciudadanos, en su calidad de usuarios, con los proveedores, ya sea a través de la participación en la producción,<sup>3</sup> la vigilancia, o de su elección del proveedor de su preferencia.<sup>4</sup> Se dice, entonces, que hay dos rutas que marcan las relaciones de responsabilidad y rendición de cuentas: una corta (el empoderamiento de usuarios) y otra larga (la voz política y el pacto o contrato).

En la *ruta larga*, los gobiernos central, regional y local son intermediarios y responsables ante la ciudadanía por los servicios que se brindan y las políticas que se ponen en práctica a favor de los pobres (*voz política*). Por ello, deben generar las políticas y utilizar los instrumentos adecuados para regular y supervisar el desempeño de los proveedores. En el capítulo 7 de este volumen se presenta un estudio especializado sobre la voz política, en el que se analiza el rol del Consejo Nacional de Salud, de los Consejos de Coordinación Regional y Local, de los foros ciudadanos y de las Mesas de Concertación del Lucha Contra la Pobreza, entre otros organismos.

<sup>2</sup> Debido al proceso de descentralización.

<sup>3</sup> Por ejemplo, en su participación activa en actividades de prevención y promoción.

<sup>4</sup> Un bajo empoderamiento del usuario puede incluso ocasionar que, a pesar de necesitarlo, no acuda a un establecimiento de salud.

**Gráfico 4.1. El triángulo de rendición de cuentas aplicado al sector salud**

Fuente: elaborado por los autores.

El otro lado de la ruta larga considera las políticas de primera línea (*pacto o contrato*). El gobierno, personificado en los formuladores y ejecutores de políticas, debe tener las herramientas necesarias para pedir cuentas y hacer que se cumplan los objetivos del sector. Debe velar por un gasto con un marco inclusivo y de equidad con los pobres debidamente focalizado; contar con instrumentos de protección frente al riesgo en salud y, eventualmente, comprar servicios para los pobres a través de los seguros; asimismo, disponer de instrumentos que generen incentivos para un correcto desempeño, como acuerdos de gestión, sistemas de control e información ágiles y transparentes, marcos regulatorios *ad hoc*, etcétera. En la ruta correspondiente al contrato del gráfico 4.1 se ha incluido un recuadro del seguro público, lo que indica que este seguro puede ser influenciado por la voz de los usuarios y, al mismo tiempo, es regulado por el Gobierno Central.

En la ruta corta, los usuarios o ciudadanos pueden influir en el desempeño de los proveedores para que los servicios se brinden de manera oportuna y en la cantidad y con la calidad que son requeridos (empoderamiento). Un claro ejemplo de este lado son los CLAS en el Perú.

El capítulo se centra en un lado de la ruta larga, el pacto o contrato, y en la ruta corta, el empoderamiento de usuarios. Se espera que las políticas del sector, y en particular del MINSA (y ahora las regiones), sean sensibles a las necesidades de la población pobre, que los proveedores rindan cuenta de su gasto y de sus operaciones (por ejemplo, cobertura, equidad, productividad, calidad) e informen sobre sus acciones con los grupos vulnerables, minimizando las barreras de todo tipo.

#### **IV. Principales hallazgos**

##### **Visión general de la organización y dimensión fiscal del sector salud**

El sistema de salud peruano está compuesto por dos subsectores (público y privado) y varios subsistemas que funcionan de manera independiente y descoordinada; es decir, se trata de un sistema de salud segmentado (Londoño y Frenk 1997). Otra característica importante es que no ofrece la protección de un seguro de salud a toda su población, aunque se han registrado algunos progresos en esa dirección. El MINSA, EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional conforman el sector público; cada una de estas instancias funciona de manera independiente, cubre a poblaciones distintas y establece escasas relaciones con las demás. Por su parte, el sector privado está conformado por empresas privadas aseguradoras y prestadoras, así como por instituciones no lucrativas, profesionales médicos y de la salud y proveedores de medicina tradicional que actúan de acuerdo a una lógica de mercado y totalmente atomizados.

El MINSA es la institución con la mayor y más extendida participación en la prestación de servicios de salud de primer nivel. Más del 80 por ciento de los centros y puestos de salud corresponden al MINSA, y estos se ubican incluso en zonas rurales donde no hay presencia de EsSalud ni del sector privado. Aun cuando no tiene la mayoría de hospitales, su participación es importante considerando el número de camas: sobrepasa los dos tercios de las camas totales del país.<sup>5</sup> En el año 2004, el MINSA registró 57 millones de atenciones, lo que representa el 80 por ciento de las atenciones brindadas en el sector público.

<sup>5</sup> El MINSA cuenta con 9 hospitales con más de 250 camas, 28 hospitales con 100 a 250 camas y 85 pequeños con menos de 100 camas.

**Cuadro 4.1. Comparaciones internacionales de gasto en salud, 2000**

Indicador	Perú	América Latina	Bolivia	Ecuador	México	Brasil	Chile
Gasto público en salud (porcentaje del PBI)	1,6 (2004)	3,3	4,9	1,2 (2004)	2,1 (2002)	4,9 (2004)	3,1
Gasto privado en salud (porcentaje del PBI)	2,0	3,7	1,8	1,2	2,9	4,9	4,1
Gasto total per cápita (US\$) 1997-2000	100	262	67	26	311	267	336
PNB per cápita	2.050	3.280	900	1.450	5.910	2.850	4.260

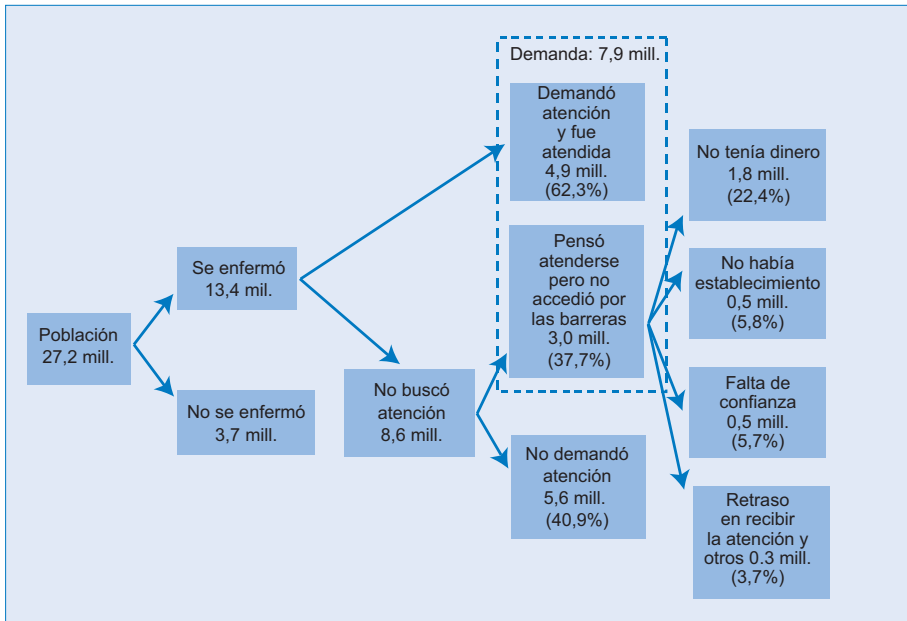
Fuente: Banco Mundial 2004a.

Otro dato relevante es que la población pobre, en particular aquella de las zonas rurales, depende del MINSA para tener acceso a atenciones de salud. En los dos quintiles más pobres, la población que accede a los servicios de salud obtiene cerca del 70 por ciento de sus atenciones en el MINSA, y el patrón se repite en las tres regiones naturales. Asimismo, en el año 2003, el 80 por ciento de los quintiles 1 y 2 (más pobres) se han hospitalizado en establecimientos del MINSA.

Se observan diferencias entre los gastos per cápita del MINSA y de EsSalud. Mientras el gasto per cápita del MINSA en el año 2003 se estimaba en 139 dólares, el de EsSalud era 3,5 veces mayor. Ello refleja distintas posibilidades de acceso a la salud por parte de la población y dificulta enormemente cualquier esfuerzo de integración de los subsistemas. Sería necesario nivelar considerablemente hacia abajo el gasto de la población de EsSalud, generando mayor equidad entre ambos subsistemas, o aumentar en forma drástica el gasto público en los más pobres para poder cerrar las enormes brechas. Ambas alternativas solo podrían resolverse en el muy largo plazo.

El Perú gasta poco en salud en comparación con el promedio de América Latina y mantiene su participación en alrededor del 3,6 por ciento del PBI, mientras que América Latina alcanzó el 7,0 por ciento en el año 2000. El Perú gasta 100 dólares per cápita en salud y América Latina gasta en promedio 262 dólares per cápita (véase el cuadro 4.1).

De acuerdo con la metodología de cuentas nacionales, que distingue fuentes, fondos de intermediación y proveedores, se aprecia que el destino de los aportes de las distintas fuentes de financiamiento está muy equilibrado entre los tres grandes subsectores: privado, público y seguridad social. El subsector privado (consultorios privados y farmacias) recibe el 36,7 por ciento de los aportes de

**Gráfico 4.2. Acceso a la atención de salud**

Fuente: elaboración propia a partir de INEI-ENAH0 2003.

las diversas fuentes de financiamiento, y son los hogares su fuente principal de financiamiento hasta en un 78 por ciento. Durante el año 2003, el gasto principal de los hogares en salud se orientó a la compra de medicamentos: ascendió al 46,5 por ciento de sus gastos totales en salud.

### Acceso y utilización de los servicios de salud y la desigual situación de los pobres

A pesar de los avances en materia de salud pública experimentados en el Perú, aún existen vacíos de cobertura de atenciones de salud, y quienes más sufren tal carencia son los más pobres. Por ejemplo, en el año 2003 se enfermaron cerca de 13 millones de personas; de estas, 5,6 millones no quisieron atenderse en un establecimiento y los otros 7,9 millones buscaron o tuvieron intenciones de atenderse en un establecimiento, aunque el 37,7 por ciento de este último grupo no pudo recibir atención por barreras de diferente índole, siendo la principal la falta de dinero. No se descarta que el primer grupo que no quiso ir a un establecimiento prefirió curarse recurriendo a la automedicación en la farmacia, con remedios caseros o acudiendo a curanderos (véase el gráfico 4.2).

**Cuadro 4.2. Prevalencia de hospitalización por quintiles en el Perú, 2003  
(Porcentajes)**

Quintil	MINSA	EsSalud	Otros, FF. AA. y privados	Total
Q1 (más pobre)	8,6	1,4	0,1	<b>10,0</b>
Q2	15,0	2,6	3,7	<b>19,3</b>
Q3	16,9	2,9	1,3	<b>21,2</b>
Q4	16,1	8,6	2,7	<b>27,4</b>
Q5 (más rico)	5,9	10,1	6,2	<b>22,1</b>
<b>Total</b>	<b>62,5</b>	<b>25,6</b>	<b>11,9</b>	<b>100,0</b>

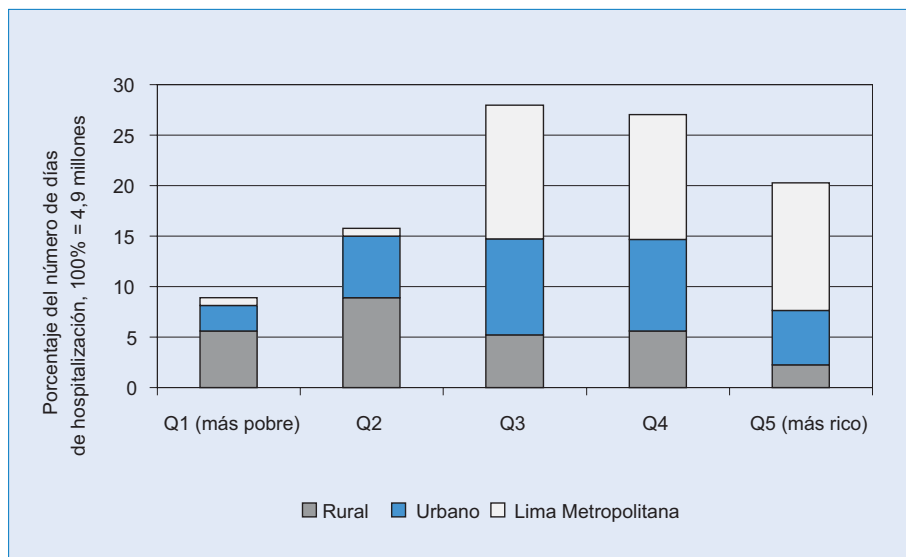
*Fuente:* INEI-ENAHO 2003.

Un pobre tiene 4,8 veces más probabilidades de no ser atendido en un consultorio que un rico. Mientras en el primer quintil (más pobre) 36 por ciento de personas no pudieron acceder a un servicio de salud por falta de dinero, en el quintil más rico este porcentaje cae a solo 6 por ciento. Se estima que cerca de dos tercios de la población del primer quintil (63 por ciento) que demandó atención en establecimientos de salud no accedieron al servicio. En el otro extremo, casi el 87 por ciento de las personas del quintil más rico tuvieron acceso a atención cuando la requirieron.

Igualmente, la diferencia en las hospitalizaciones entre el quintil más rico (22,1) y el quintil más pobre (10,0) es de 2,2 veces (véase el cuadro 4.2). Por otra parte, en promedio, los habitantes de Lima Metropolitana tienen dos veces más hospitalizaciones que los habitantes de la selva; sin embargo, al hacer un análisis más detallado y comparar las hospitalizaciones entre el quintil más pobre y el más rico en cada zona geográfica, la situación de inequidad intrarregional más dramática correspondería a Lima Metropolitana, pues el quintil más rico tiene una prevalencia de hospitalización 13,73 veces mayor que el quintil más pobre, mientras para la selva, la sierra y la costa estas diferencias oscilan entre 5,6 y 8,2 veces. El cuadro 4.2 revela, además, dos datos importantes: el primero es que el principal proveedor de los pobres en hospitalización es el MINSA y que EsSalud atiende a los quintiles menos pobres (INEI-ENAHO 2003).

El 40 por ciento de la población más pobre solo tuvo el 25 por ciento del número de días de hospitalización, mientras que el 40 por ciento más rico (quintiles 4 y 5) concentró el 47 por ciento. Lima Metropolitana concentra el 40 por ciento del número de días de hospitalización, hecho que se explica por la

**Gráfico 4.3. Hospitalización en hospitales del MINSA por quintiles según residencia, 2003**



Fuente: INEI-ENAH0 2003.

localización de los hospitales e institutos nacionales en dicho espacio geográfico (véase el gráfico 4.3).

Una de las causas de esta desigualdad es la barrera que imponen a los pobres las tarifas en los hospitales, sobre todo el costo de la cama por día. Los presupuestos de los hospitales de Lima dependen mucho de los recursos recaudados con las tarifas, que en promedio representan el 25 por ciento de sus ingresos totales (SIAF 2004), pero hay casos extremos, como los institutos especializados y hospitales más grandes, donde los recursos directamente recaudados (RDR) alcanzan el 61 y el 32,6 por ciento de sus ingresos respectivamente. El gráfico 4.3 muestra que tanto el nivel de ingreso como los factores geográficos son las causas de las inequidades en hospitalización, pero en particular las desigualdades en el ingreso.

Otra situación de inequidad se da en el acceso de los pacientes de las regiones a los hospitales e institutos especializados y de alta complejidad ubicados en Lima. En el caso de los hospitales, de un total de 180.751 egresos producidos en el año 2003, 96,9 por ciento correspondió a residentes de Lima y apenas 3,1 por ciento a residentes de otros departamentos. En el caso de los



institutos, de un total de 63.276 egresos del año 2003, 87,1 por ciento correspondió a habitantes del departamento de Lima y 12,9 por ciento a residentes de otros departamentos. Dicha situación de inequidad se ahonda si sabemos que la mayor parte de los que pudieron hospitalizarse en Lima en estos establecimientos pertenecen a los quintiles más ricos (Q3, Q4 y Q5).

### **Algunos indicadores del estado de la salud de los pobres**

Las principales manifestaciones de la salud en el Perú se dan en un nuevo contexto demográfico. En las últimas tres décadas, el Perú, al igual que los demás países de América Latina, ha experimentado una disminución del crecimiento poblacional y una importante tendencia a la urbanización. El Perú ha pasado de una tasa de crecimiento poblacional del 2,8 por ciento en el periodo 1961-72, a una tasa de 1,7 por ciento para el periodo 1993-2002. La proporción de población urbana/rural, que en 1940 era de 35,4 por ciento / 64,6 por ciento, se invierte y al año 2002 llega a una situación en la que por cada habitante que vive en la zona rural hay tres que lo hacen en la zona urbana. La dinámica poblacional y la reducción del crecimiento antes descrita se explica por la disminución del número de hijos por mujer a lo largo del tiempo.

Por otra parte, se ha llegado a determinar que mientras la pobreza extrema ha disminuido en las zonas rurales, la pobreza se ha incrementado en Lima Metropolitana, lo que plantea al sistema de salud un nuevo escenario más complejo y con nuevas manifestaciones epidemiológicas propias de una zona urbana.

### ***Enfermedades transmisibles e infecciosas***

Se estima que en el Perú ocurren alrededor de 85 mil muertes cada año, y las tres principales causas de muerte son las enfermedades circulatorias, los tumores malignos y las enfermedades transmisibles, con frecuencias relativas muy similares y que en conjunto explican alrededor de la mitad de todas las muertes registradas (véase el cuadro 4.3 y el recuadro 4.1). Sin embargo, existen diferencias cuando se consideran los quintiles de ingresos y zonas de residencia. Mientras en la costa las enfermedades transmisibles son la causa del 21 por ciento de muertes, en la sierra y selva representan el 44,9 y 40,5 por ciento respectivamente; y, dentro de estas, sobresalen las infecciones respiratorias, intestinales y la septicemia (MINSa 2004a).

Si bien se viene registrando una reducción en las enfermedades transmisibles, se ha incrementado la frecuencia relativa de los tumores, tendencia que

**Cuadro 4.3. Causas de muerte en el Perú, 1996-2000**

Año	Total de muertes	Muertes por enfermedades transmisibles %	Muertes por tumores malignos %	Muertes por enfermedades circulatorias %	Muertes por causas externas %
1996	92.674	19,8	13,8	16,2	8,8
1997	89.790	19,6	14,4	16,1	7,8
1998	91.471	21,0	14,4	16,9	7,7
1999	86.539	17,2	15,7	15,6	10,8
2000	84.393	17,1	17,2	18,2	10,6

Fuente: MINSA, Oficina de Estadística e Informática, varios años. En <www.minsa.gob.pe>.

#### **Recuadro 4.1. Resumen del estado y tendencias de las enfermedades transmisibles**

- La malaria, tras incrementar su incidencia en 1998 y luego en 2002, se logra controlar.
- El dengue se considera re-emergente y ha llegado a afectar a 13 regiones. En el año 2001 se registró el mayor número de casos de dengue clásico, concentrados en la costa norte. En 2003 se logró reducir significativamente el número de casos.
- Los casos de bartonelosis han venido duplicándose en los últimos tres años. En 2001 alcanzaron 1.593 y se incrementan a 3.390 en 2002 y 6.481 en 2003. Áncash, Cajamarca y Cusco son los departamentos que registran el mayor número de casos.
- La tuberculosis mostró una tendencia al descenso hasta el año 2000, cuando alcanzó 155,5 casos por 100 mil habitantes. En 2001 hubo un retroceso con 189,7 casos por 100 mil habitantes. Sin embargo, en los siguientes dos años se retoma la tendencia a la disminución con 139,1 por 100 mil habitantes en 2002 y 119,1 en 2003.
- Los casos reportados de sida desde 1983 a 2003 en el Perú ascienden a 14.640; de estos, 756 fueron reportados en 2001, 736 en 2002 y 918 en 2003. Al analizar por sexo la evolución de los casos de sida, puede constatar que la razón hombre/mujer ha descendido de 11,3 en 1990 a 2,6 en 2003. Esto significa que la proporción de mujeres afectadas está aumentando: actualmente es de una mujer por cada tres hombres.

Fuentes: MINSA 2002, 2003a, 2003b, 2004a.

seguramente se mantendrá como consecuencia del envejecimiento de la población peruana, y que será más difícil de enfrentar con éxito.

El último *Análisis de la situación de la salud del Perú 2003* (MINSA 2004a) muestra que las enfermedades más recurrentes durante el año 2000 en el primer quintil (mas pobre) son las infecciones respiratorias y otras relacionadas (24,39 por ciento), las infecciones intestinales y parasitosis (23,50 por ciento) y problemas de la cavidad bucal (10,08 por ciento). Si bien las enfermedades respiratorias afectan también en proporciones considerables al quintil más rico, las infecciones intestinales y parasitosis, vinculadas a la disponibilidad de servicios de saneamiento y educación, sobresalen en el quintil más pobre.

No todos los casos reportados de enfermedad reciben tratamiento: nuevamente surgen brechas entre segmentos poblacionales. En el año 2004, el 68 por ciento de afectados con infecciones respiratorias agudas (IRA) buscaron tratamiento en Lima Metropolitana, y otro 64,6 y 64,2 por ciento lo hicieron en el resto de áreas urbanas y el área rural respectivamente. Las brechas se ensanchan en el caso de las enfermedades diarreicas agudas (EDA), pues mientras en Lima Metropolitana el 68 por ciento de afectados buscó tratamiento, en el resto de áreas urbanas y el área rural solo lo hicieron el 30 y 26 por ciento respectivamente (INEI 2005).

### ***Mortalidad materna e infantil***

Aun cuando hay que reconocer que en la última década la mortalidad infantil se ha reducido en el Perú, todavía sigue siendo un problema mayor la mortalidad materna, cuyas tasas son prácticamente el doble de las registradas por el conjunto de América Latina (véase el cuadro 4.4).

La reducción de la mortalidad infantil en la última década en el Perú ha sido proporcionalmente mayor que en América Latina (véase el gráfico 4.4). Al comparar el quinquenio 1995-2000 con el quinquenio 2000-05, la reducción para América Latina es de 20,6 por ciento mientras para el Perú es de 32,6 por ciento. El Perú ha logrado una tasa de tan solo 23 por mil nacidos vivos, alcanzando el promedio de América Latina.<sup>6</sup>

En lo que se refiere a la mortalidad en menores de 5 años, la situación observada es similar. En 1980, el Perú tenía cifras parecidas a las que América

<sup>6</sup> Debe considerarse que en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) continua 2004, a cargo del INEI, los intervalos de confianza para una tasa de 23 (por mil nacidos vivos) son de 15 y 32, debido al tamaño mastral.

**Cuadro 4.4. Indicadores básicos de salud seleccionados del Perú y América Latina**

Indicadores	Perú				América Latina (último año disponible)
	1991	1996	2000	2004	
Esperanza de vida al nacer (en años)	66,7	68,3	69,8 <sup>1</sup>	71 <sup>1</sup>	72,1
Tasa de mortalidad materna	308 <sup>2</sup>	265	185	175 <sup>2, 3</sup> 163,9	85,1
Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	64	50	33,6	23	22,7
Mortalidad perinatal (por mil nacidos vivos)	29	24	23	16	34,4

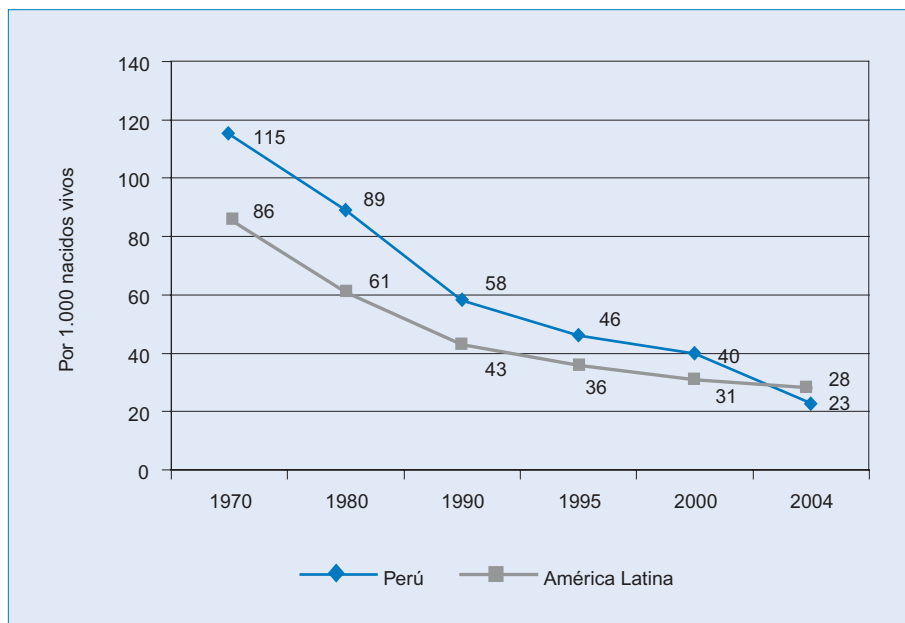
Fuente: MINSA 2004a.

Notas: 1. Proyecciones del INEI. 2. Calculado sobre la base de variaciones reportadas por el MINSA. En <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/download/estadodesalud323.htm>>. 3. Dato correspondiente al año 2002.

Latina exhibía en 1970 (alrededor de 125 por 1.000); hoy sus cifras (50,8 por 1.000) se comparan a las mostradas por toda la región en el 1995.

Si bien es un hecho que la mortalidad infantil ha descendido en el Perú, aún quedan por resolver algunas brechas y la concentración de muertes en el segmento perinatal.<sup>7</sup> La tendencia favorable mencionada no ha sido homogénea ni ha ocurrido al mismo ritmo en todos departamentos del país (véase el gráfico 4.5). Así, la situación actual muestra una diferencia de 3,6 veces entre Callao, el departamento con la tasa más baja (14,9 por 1.000), y Puno, el departamento con la mayor mortalidad infantil (53,1 por 1.000). La intensidad del descenso de la mortalidad infantil en el tiempo también acusa diferencias. Por una parte, Huancaavelica, que a principios de la década de 1970 presentaba una tasa de mortalidad infantil 50 por ciento más alta que la nacional, en el año 2000 aumenta la diferencia con esta última (33,8 por 1.000) a 56 por ciento. Callao, cuya tasa de mortalidad infantil en 1972 era 31,4 por ciento más baja que la nacional, incrementa su diferencia a 55,7 por ciento más baja en el año 2000. Cabe precisar que el control de la mortalidad infantil se relaciona también con causas ambientales y

<sup>7</sup> La mortalidad perinatal comprende las muertes acaecidas en el periodo que comienza a las 22 semanas completas de gestación (muerte de un feto de 500 o más gramos de peso), y también las de recién nacidos antes de cumplir los primeros siete días completos de vida.

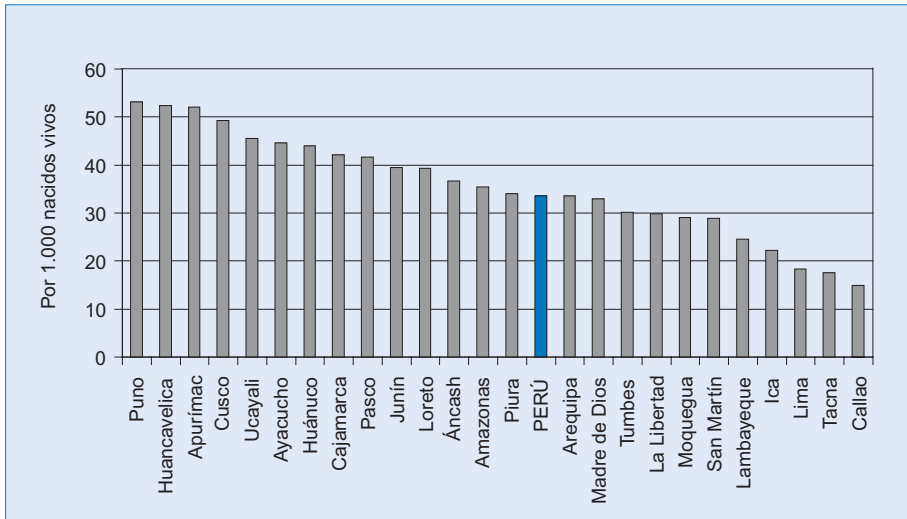
**Gráfico 4.4. Mortalidad infantil en el Perú y América Latina, 1970-2004**

Fuentes: INEI-ENDES Continua varios años; Banco Mundial 2005.

el mejoramiento del nivel de vida de la población (acceso a agua potable y educación de la madre) y con intervenciones de salud (programas de inmunización, educación sanitaria, adecuado manejo de diarreas, etcétera).

Un análisis más detallado también revela que la mortalidad perinatal incrementa su peso relativo en las causas de muerte infantil. Este componente de la mortalidad es más difícil de reducir, en razón de que requiere concentrar esfuerzos en el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención de salud (cobertura de la atención prenatal, cobertura de la atención institucional del parto, atención precoz del recién nacido, manejo neonatal del niño prematuro, etcétera), lo que implica intervenciones de mayor costo.

La información muestra que, en el periodo 1996-2000, la mortalidad infantil desciende proporcionalmente menos en los quintiles de menores ingresos; excepto en el quintil 2, donde permanece estancada (véase el cuadro 4.5). Específicamente, la mortalidad infantil desciende 18,9 por ciento en el quintil más pobre y 28,7 por ciento en el quintil más rico, mientras, para el mismo periodo, la mortalidad en menores de 5 años lo hace en 15,8 por ciento y 20,4 por ciento respectivamente.

**Gráfico 4.5. Mortalidad infantil por departamento en el Perú, 2000**

Fuente: MINSA.

Nota: las pequeñas diferencias entre los datos consignados en este gráfico y el gráfico 4.4. se explican por su distinta procedencia.

Por otro lado, la mortalidad materna sigue siendo un importante problema de salud pública en el Perú, cuyas tasas se encuentran entre las más altas de América Latina y no han sufrido modificaciones sustantivas en los últimos años. Se estima que en el año 2002 fallecieron 1.074 mujeres en el país por complicaciones del embarazo y conexos.

El riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio<sup>8</sup> también depende de las condiciones de pobreza de la población. Así, es 11 veces mayor en departamentos pobres como Ayacucho y Puno (tasas de 35,8 y 35,7 por 1.000 mujeres en edad fértil respectivamente), en comparación con Lima e Ica (tasas de 3,2 y 3,3 por 1.000 mujeres en edad fértil respectivamente). Un factor asociado a dicha situación es el acceso diferenciado a la atención de salud a lo largo del país. En departamentos como Huancavelica y Puno la atención del parto por personal calificado solo alcanza a 21 por ciento y 27,8 por ciento respectivamente, mientras en Lima las coberturas de atención del parto y control prenatal sobrepasan el 90 por ciento.

Las metas de los ODM establecidas para el Perú hacia el año 2015 son: mortalidad en niños menores de 5 años y menores de un año, 27 y 19 por 1.000

<sup>8</sup> Periodo entre el nacimiento y el retorno del útero a su tamaño normal.

**Cuadro 4.5. Mortalidad en niños por quintiles en el Perú, 1996 y 2000**

Indicador	Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)	Promedio	Más pobre/ más rico
Mortalidad Infantil (por 1.000 n. v.)							
Año 1996	78,3	53,6	34,4	36,0	19,5	49,9	4,0
Año 2000	63,5	53,9	32,6	26,5	13,9	43,2	4,6
Variación absoluta de la tasa 1996-2000	14,8	-0,3	1,8	9,5	5,6	14,8	
Variación porcentual 1996-2000	18,9	-0,6	5,2	26,4	28,7	13,4	
Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 n. v.)							
Año 1996	110,0	76,2	48,0	44,1	22,1	68,4	5,0
Año 2000	92,6	75,5	43,9	34,5	17,6	60,4	5,3
Variación absoluta de la tasa 1996-2000	17,4	0,7	4,1	9,6	4,5	8,0	
Variación porcentual 1996-2000	15,8	0,9	8,5	21,8	20,4	11,7	

Fuente: INEI-ENDES 1996, 2000.

Nota: el tamaño muestral de la ENDES Continua 2004 no permite construir el análisis de la mortalidad infantil por quintiles de gasto; por ello, solo se presenta los años 1996 y 2000.

respectivamente; y en mortalidad materna, 66,25 por 100 mil nacidos vivos. El país está muy cerca de cumplir con la meta fijada de mortalidad infantil nacional, pero no ocurre lo mismo en el caso de la mortalidad materna.

Se estima que las metas del milenio establecidas para el Perú en salud materna e infantil no se alcanzarán solo con crecimiento económico (no basta con que la economía crezca a tasas tan elevadas como 7 por ciento), sino que son necesarias políticas redistributivas y sociales específicas (programas de alivio a la pobreza, educación, saneamiento básico y atención prenatal por profesionales) (Beltrán y otros 2004).

### Logros en la provisión de servicios de salud

Las políticas de salud impulsadas en el Perú durante la última década se han concentrado en el área materno-infantil, lo que ha permitido importantes logros en la cobertura de programas como el de inmunizaciones y en la extensión de la cobertura del parto institucional y atendido por profesionales.

### ***Inmunizaciones***

El valor del esfuerzo de ampliar las coberturas de las inmunizaciones no reside solo en el logro sanitario de disminuir las posibilidades de brotes epidémicos. Los programas de inmunización consisten en la entrega universal y gratuita de bienes públicos a la población. Por ello, son un poderoso instrumento que contribuye a reducir las inequidades entre diferentes segmentos de la población.

El esfuerzo por mejorar el acceso de la población a intervenciones preventivas como las inmunizaciones ha sido exitoso desde la perspectiva del incremento de las personas protegidas. Los avances al respecto son destacables, pues a principios de la década de 1990 la cobertura bordeaba solo el 70 por ciento.

Entre 1998 y 2002, la cobertura alcanzada para las vacunas antipolio, DPT y BCG cae en promedio casi 7 puntos porcentuales. Esta caída coincide con la introducción de cambios en el Ministerio de Salud, orientados a reemplazar una organización basada en programas verticales<sup>9</sup> por una organización de programas integrales (véase el gráfico 4.6). Durante el mismo periodo también se constatan algunas caídas en el gasto en vacunas. En el año 2000 el gasto en vacunas desciende a 4,5 millones de dólares, para volver a recuperarse en el año 2001 a 11,2 millones de dólares; nuevamente desciende en el año 2002 a 6,4 millones de dólares, se recupera en 2003 y en 2004 alcanza los 11,1 millones de dólares.

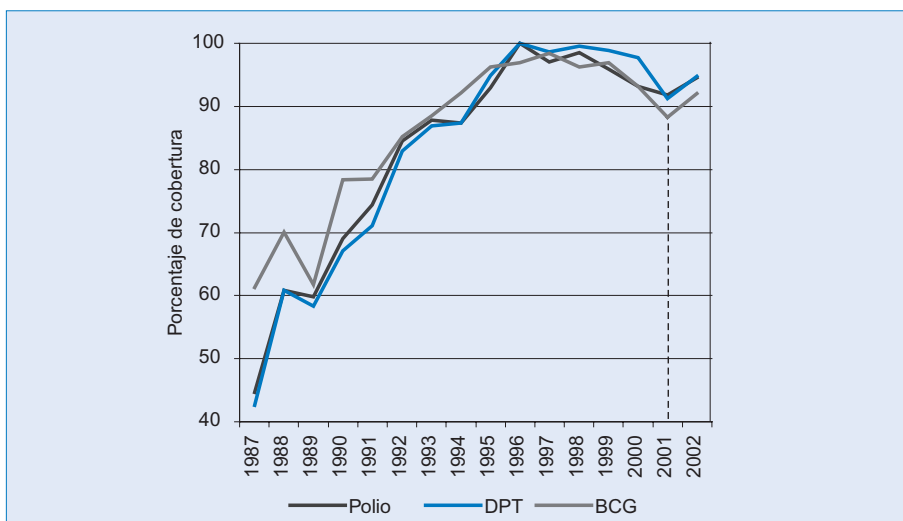
En el lapso 1998-2002, también se desarrollan esfuerzos por mejorar la calidad de algunos sistemas de registro de información, lo que explicaría parte de la caída por el «sinceramiento» de las series. La sensibilidad e importancia de las inmunizaciones demanda la implantación de un programa de protección financiera para no poner en riesgo las coberturas.

### ***Cobertura del parto institucional***

La cobertura del parto institucional ha aumentado considerablemente en el Perú entre los años 2000 y 2004. Los datos más actualizados dan cuenta de un importante mejoramiento en la cobertura de la atención materna en el país

<sup>9</sup> El MINSA ha tenido éxito en la reducción de las enfermedades transmisibles por medio de programas especializados, conocidos como «verticales». La gestión de estos programas era paralela a la administración del propio Ministerio, lo que causaba muchas veces ineficiencias y reducía la capacidad de decisión en el nivel de los proveedores.



**Gráfico 4.6. Evolución de la cobertura de las principales vacunas**

Fuente: MINSA-Oficina de Estadísticas e Informática. En <www.minsa.gov.pe>.

(véase el cuadro 4.6). La ENDES Continua (INEI 2005) informa que durante el embarazo del nacimiento más reciente, 91,2 por ciento de las mujeres recibieron atención de profesionales de la salud en el año 2004, lo que supone un incremento de 8,7 puntos porcentuales respecto del año 2000 (82,5 por ciento). Otro tanto sucede con la cobertura del parto en establecimientos de salud, la que se habría incrementado de 57,9 por ciento en el año 2000 a 70,4 por ciento en 2004. Sin embargo, el indicador más significativo es el incremento en la atención profesional del parto, que se habría elevado de 57,5 por ciento de los nacimientos en el año 2000 al 71,1 por ciento en el año 2004.

El promedio nacional esconde las brechas entre los pobres y no pobres y entre las zonas urbana y rural, pero los datos desagregados muestran la inmensa diferencia entre estos dos grupos: mientras en la zona urbana el 91,5 por ciento recibe atención profesional, solo 43,6 por ciento de las mujeres rurales la recibieron. El mejoramiento de los sistemas de información de mortalidad materna ha permitido conocer que la mayor frecuencia de muertes se deben a hemorragia durante el embarazo y el parto (58 por ciento), y, al analizar las causas específicas que generan la hemorragia, el 53 por ciento se producen por retención placentaria, 21 por ciento por atonía uterina<sup>10</sup>, 7 por ciento por des-

<sup>10</sup> Se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia posparto.

**Cuadro 4.6. Indicadores de cobertura materna, 2004**

<b>Concepto</b>	<b>Atención prenatal profesional (% mujeres)</b>	<b>Parto en establecimiento de salud (% mujeres)</b>	<b>Atención profesional del parto (% nacimientos)</b>
<b>Área de residencia</b>			
Urbana	97,2	87,8	91,5
Rural	82,0	43,9	43,6
<b>Región</b>			
Lima Metropolitana	99,0	91,5	97,1
Resto costa	97,7	87,3	89,0
Sierra	86,8	50,0	51,4
Selva	78,6	56,7	51,4
Total 2004	91,2	70,4	71,1
Total 2001	82,5	57,9	57,5

*Fuente:* INEI 2005.

Nota: atención profesional es aquella realizada por médicos, obstetrices o enfermeras.

prendimiento prematuro de placenta y 6 por ciento por placenta previa<sup>11</sup> (MINSA 2003a). La mayoría de estas causas pueden prevenirse y atenderse, siempre y cuando el parto se realice en una institución de salud con personal y equipamiento adecuados.

## **V. Innovaciones y retos en la gestión y financiamiento de la salud**

Desde principios de la década de 1990, el sistema de salud peruano atraviesa un lento pero continuo proceso de cambios, marcado por avances y retrocesos. Algunos de estos cambios han impactado positivamente en la equidad y en los resultados de salud y, al mismo tiempo, aportado en la mejora del proceso de rendición de cuentas entre formuladores/ejecutores de política y proveedores, así como al empoderamiento de la población.

<sup>11</sup> Condición que describe una placenta baja que cubre parte o toda la parte interna de la abertura del cuello uterino, que es la ruta de salida del bebé desde el útero durante el nacimiento.

## Un resumen de las reformas

Durante el segundo quinquenio de la década de 1980 se impulsó un proceso de desconcentración en salud que formó la base de las actuales DISA descentralizadas. En la década de 1990, las DISA de Lima y Callao fueron recentralizadas en el MINSA, sin embargo, no se modificó la estructura ministerial sino se llevaron adelante programas verticales paralelos a la estructura tradicional. Una vez estabilizada la economía en 1993, se dio inicio a una serie de cambios:

- Fortalecimiento de la atención primaria con el desarrollo de un paquete básico de servicios por medio del Programa de Salud Básica Para Todos (PSBT) (1994).
- Promoción de la formación de entidades de coadministración comunitaria de los establecimientos de salud del primer nivel (Comités Locales de Administración de Salud – CLAS) (1994).
- Formación del sistema de rondas rurales (Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud – ELITES) (1998).
- Reorganización de la seguridad social,<sup>12</sup> actualmente EsSalud, principalmente a través de la incorporación del sector privado a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) para administrar parte del plan (capa simple) de EsSalud (1997). Asimismo, se creó la Superintendencia de las EPS (SEPS) para fiscalizar el trabajo de las empresas privadas bajo el régimen EPS.
- Creación del Seguro Escolar Gratuito (1997) y del Seguro Materno Infantil (1998).

Lamentablemente, no hubo cambios importantes en la gestión de los hospitales. En vista de las restricciones fiscales de la nación, solo se formalizó el cobro de tarifas por los hospitales para darles una salida a sus problemas de insolvencia, en detrimento de los más pobres. En la práctica, esto ha significado que se centren en actividades de atención de capa simple que podrían solucionarse en el primer nivel, encareciendo el sistema. Los hospitales gozan de una autonomía no regulada; algunos proveen servicios privados a través de clínicas usando infraestructura del hospital, y no queda claro si el retorno financiero al

<sup>12</sup> Ley 26760, de Modernización de la Seguridad Social en Salud, publicada el 17 de mayo de 1997.

hospital en esos casos cubre todos los beneficios adicionales que obtiene el personal que labora en las clínicas. Considerando las grandes inequidades dentro del hospital, medidas en la composición de los pacientes hospitalizados, donde los pobres solo representan menos del 10 por ciento, es necesario normar la fijación de tarifas y hacer transparente el uso de los recursos.

A partir del año 2002 el proceso de descentralización recibe un nuevo impulso, pero no se ha podido reorganizar internamente el MINSA. Una de las medidas más importantes ha sido el intento de unificar los programas verticales. La actual administración ha concentrado acertadamente sus esfuerzos en mejorar la cobertura materno-perinatal, disminuyendo las barreras económicas de acceso a través de:

- La creación del Seguro Integral de Salud (SIS), que nace de la fusión del Seguro Escolar y del Seguro Materno Infantil, dando mayor impulso a la extensión de la cobertura del parto institucional.
- La incorporación de los acuerdos de gestión como herramientas de monitoreo de la gestión de las entidades regionales de salud desde el MINSA.

No se han dado medidas específicas para EsSalud; más bien, se ha profundizado su autonomía del Gobierno Central. Asimismo, se ha restado prioridad al nivel primario de atención. Esto último se debe, más que al cuestionamiento de las autoridades del MINSA del modelo conocido como CLAS, al estrecho margen de crecimiento financiero sectorial y la consiguiente asignación de fondos hacia el SIS, así como a la mayor presión gremial que resta flexibilidad a la gestión de recursos humanos en el sector.

Ninguno de los cambios mencionados ha generado un reordenamiento significativo del sector salud peruano, pero hay que reconocer que algunas de estas iniciativas han sido más pro pobres que otras y que han propiciado procesos de rendición de cuentas de sumo interés y que vale la pena rescatar. A continuación nos referiremos principalmente a las experiencias del PSBT, los CLAS y el SIS; luego exploraremos los retos a futuro, específicamente el fortalecimiento del papel regulador del MINSA.

### **Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG)**

El PAAG administra principalmente fondos destinados a la contratación de personal para los centros y puestos de salud del primer nivel (51,4 por ciento) y para

las prioridades sanitarias (24,5 por ciento). Se constituyó en uno de los principales grupos articuladores de acciones en el MINSA al velar por el desarrollo de la atención primaria y del modelo CLAS. El PAAG administra, en el área de apoyo a la atención primaria, tres programas, además de los gastos de gestión:

- *Programa de Salud Básica para Todos y ELITES y Brotes* (25,1 por ciento). Financia el recurso humano contratado en centros y puestos de salud mayormente ubicados en zonas deprimidas para desarrollar actividades del primer nivel, y equipos locales itinerantes de salud y brigadas para brotes epidémicos en poblaciones de zonas aisladas y de extrema pobreza.
- *Programa de Administración Compartida* (25,2 por ciento). Financia el recurso humano correspondiente a los CLAS.
- *Prioridades Sanitarias*. Financia actividades de salud colectiva y la adquisición de insumos y medicamentos (campañas de vacunación, control de vectores, zoonosis,<sup>13</sup> enfermedades de transmisión sexual, entre otras). El PAAG, según las indicaciones de los encargados de los programas, financia las campañas de vacunación y ha mantenido el esfuerzo de cobertura de inmunizaciones. En el año 2003 se destinaron alrededor de 8,1 millones de dólares a la adquisición de vacunas y jeringas, mientras que este monto se incrementó a casi 11,0 millones de dólares en el año 2004. Se espera un nuevo incremento, principalmente por efecto precio, para el año 2005 por la incorporación de la vacuna pentavalente.<sup>14</sup>
- *Apoyo a la Gestión* (24,1 por ciento). Incluye fondos para la supervisión de las actividades propias del programa que se remesan a las DISA y asignaciones para aumento de remuneraciones sectoriales. Estas últimas distorsionan el gasto del PAAG; en el año 2003 consideraron la asignación extraordinaria por trabajo asistencial (AETA), F4 y F5 (incentivos por cargos para los directivos de los niveles F4 y F5) (véase el cuadro 4.7).

Al año 2004, el PAAG administraba cerca del 17,3 por ciento de los recursos del MINSA. Estos fondos constituyen alrededor de la mitad del financiamiento que el MINSA administra centralmente, es decir descontando las DISA de Lima y Callao.

<sup>13</sup> Considera las enfermedades que son transmitidas a los humanos por los animales.

<sup>14</sup> Vacuna contra la difteria, tétano, bronquitis, polio e influenza B. Sin embargo, a la fecha de escribir este capítulo, dicho incremento no había sido respaldado con el debido presupuesto, lo que podría llevar eventualmente a comprometer la continuidad de otros programas.

**Cuadro 4.7. Ejecución presupuestaria del MINSA y el PAAG  
(Millones de soles constantes, base 2000)**

	Millones de soles		Porcentaje	
	2002	2003	2002	2003
<b>MINSA</b>	<b>1.855,3</b>	<b>1.956,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
PAAG	298,3	339,0	16,1	17,3
SIS		219,0	0,0	11,2
INS	251,0	65,0	13,5	3,3
Administración y Unidades				
Ejecutoras Lima y Callao	1.145,0	1.280,0	61,7	65,4
PARSALUD	151,0	39,0	8,1	2,0
Administración central, IDREH, SEPS, otros	10,0	14,0	0,5	0,7
<b>PAAG (detalle)</b>	<b>298,3</b>	<b>339,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Prioridades Sanitarias	93,0	83,0	31,2	24,5
CLAS	66,8	85,4	22,4	25,2
Salud Básica y ELITES y Brotes	93,1	85,0	31,2	25,1
Apoyo a la Gestión	39,2	81,8	13,1	24,1
Otros y encargos especiales	6,2	3,8	2,1	1,1

*Fuentes:* Sistema informático SISPAAG (<http://www.paag.minsa.gob.pe/sispaagnet/sispaag.aspx>), información del SIAF (<http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>), DNPP ([http://www.mef.gob.pe/propuesta/DNPP/aplicativos/gob\\_nacional.php](http://www.mef.gob.pe/propuesta/DNPP/aplicativos/gob_nacional.php)) y SIGA (<http://www.minsa.gob.pe/siga/presentaciones.htm>). Nota: la línea de Apoyo a la Gestión comprende el pago de AETA, incorporado en el 2002, y el pago de F4 y F5, actividades de supervisión en las DIRESA y gastos operativos del nivel central PAAG.

Seguidamente se discute con mayor detalle las características y aportes del PSBT y del modelo CLAS administrados por el PAAG.

### ***Programa de Salud Básica Para Todos***

En 1994 se crea el PSBT, que recibe recursos frescos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para expandir la disponibilidad de personal de salud de nivel primario (médicos, enfermeras, obstetrices y auxiliares), bajo un esquema de contratos cortos que permitían un pago superior al de los empleados públicos. Esto creó incentivos para contratar personal en zonas rurales y pobres. Adicionalmente, se estableció un sistema de transferencias que pagaba directamente al personal de los centros y puestos de salud, sin seguir el conducto regular de transferencias entre el MEF, los gobiernos regionales, las DISA y finalmente al personal.

Se ha encontrado que el personal contratado por el PSBT en establecimientos que no son CLAS atendió nueve consultas en promedio por día durante el año 2004, mientras que el resto de personal atendió cinco pacientes por día.<sup>15</sup>

### **Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud**

La importancia de la atención primaria estriba en que es el primer contacto de la población con el sistema de salud. Como se vio en la revisión de los indicadores del estado de la salud, las EDA e IRA son las enfermedades que predominan entre los niños pobres, dolencias que deben ser prevenidas y tratadas en el primer nivel. Otros objetivos clave como, por ejemplo, reducir la mortalidad materna, están influenciados también por el desempeño de los centros y puestos de salud, convirtiéndolos en puntos centrales de la reforma. Considerando este contexto, el MINSA tiene el acierto de crear, el mismo año de constitución del PSBT, el Programa de Administración Compartida (PAC). El PAC buscó cambiar la forma de relación del gobierno con la comunidad mediante la gestión de los establecimientos del primer nivel por los CLAS. Este modelo establecía la posibilidad de financiar centros de salud de nivel primario organizados bajo un esquema casi privado de gestión, en el que participaba la comunidad.

El número de centros y puestos de salud que operan con el sistema CLAS se incrementó en forma sostenida desde 1994 hasta 2003. En 1994 eran 432 los establecimientos que funcionaban bajo esta modalidad y representaban solo el 8,3 por ciento del total de los puestos y centros del MINSA; hacia el año 2002 el número se amplió a 1.927 establecimientos, representando el 22,6 por ciento de un total de 8.521 centros y puestos registrados ese año. De acuerdo a la última información suministrada por el PAAG, el número actual de CLAS asciende a 2.155 establecimientos, lo que representaría el 25 por ciento de establecimientos de primer nivel.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Mediana de la producción diaria por trabajador en cada grupo. La producción diaria por trabajador se obtuvo dividiendo la producción anual del trabajador entre 220 días, según la metodología de Waters (1998). Solo se ha considerado al personal (médicos, enfermeras y obstétricas) que trabajó más de ocho meses durante el año 2004. Las fuentes de información fueron el HIS, el maestro de personal y la base de datos de establecimientos del PAAG.

<sup>16</sup> A partir de 2003 se observa un descenso en la tasa de crecimiento, mientras que en los años 1998 y 2000 la tasa de crecimiento sobrepasó el 45 por ciento; el año 2004 solo creció 3,1 por ciento.

**Cuadro 4.8. Ubicación de los establecimientos de salud de primer nivel según nivel de pobreza distrital y urbanidad, 2004 (Porcentajes)**

	No CLAS	CLAS	Total
<b>Pobreza</b>			
Tercio de distritos más pobres	37	38	37
Tercio de distritos intermedios	33	34	34
Tercio de distritos menos pobres	29	27	28
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Población urbana</b>			
Distritos con 33 por ciento o menos de población urbana	46	43	45
Distritos con 34 a 66 por ciento de población urbana	24	27	25
Distritos con más de 6 por ciento de población urbana	30	31	30
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Fuentes:* para pobreza, mapa de pobreza con índice de distribución de recursos del MEF; para establecimientos CLAS, base de datos del PAAG; para población, proyecciones del INEI 2004.

*Nota:* estructura basada en los CLAS existentes en 2001.

Existe el mito de que los CLAS se han concentrado en la zona urbana y en las zonas más pudientes, sin embargo estos tienen una distribución similar a los establecimientos tradicionales y cubren distritos pobres y menos pobres, así como zonas urbanas y rurales (véase el cuadro 4.8).

### *Atributos y superioridad*

El modelo tiene básicamente tres características que lo diferencian de un establecimiento tradicional: participación comunitaria, flexibilidad laboral de sus trabajadores y autonomía en el manejo de recursos.

*Participación comunitaria.* Cada establecimiento CLAS cuenta con una Asociación y un Consejo Directivo. La Asociación está conformada por seis miembros de la comunidad que representan a organizaciones de base; son elegidos por un periodo de tres años<sup>17</sup> para vigilar y participar en la administración



del establecimiento. Tres de ellos son ahora ratificados por la Dirección de Salud. Los miembros del Consejo (Presidente, Vocal/Secretario y Tesorero) son elegidos dentro de la Asociación y se encargan de vigilar el desempeño diario del establecimiento. La Asociación es la que contrata al médico jefe o gerente del establecimiento, quien trabaja cercanamente con el Consejo.

La Asociación aprueba anualmente el Plan Local de Salud en consulta con la comunidad. La Asociación y los miembros del Consejo encargados de la supervisión generalmente están mejor informados acerca de lo que sucede en los establecimientos que los supervisores de las redes o DISA, y suelen estar más motivados para supervisar el establecimiento. Los CLAS firman dos acuerdos o contratos: uno por tres años para gerenciar los insumos, incluyendo los recursos humanos e infraestructura; y otro contrato o convenio de administración por un año, por los servicios que se ofrecen de acuerdo al Plan Local de Salud.

Si se considera el triángulo de rendición de cuentas propuesto por el IDM 2004, presentado al inicio del capítulo, el modelo de los CLAS facilita la rendición de cuentas en la ruta corta (empoderamiento de la población), pero también cubre la ruta más larga toda vez que también rinde cuentas al sector a través de las DISA.

El modelo CLAS sobresale porque contempla el empoderamiento de los usuarios en la planificación y vigilancia del establecimiento, incrementando lo que se conoce como «poder del cliente»; pero también tiene dos atributos que lo hacen superior a un modelo convencional: la flexibilidad en el manejo de los recursos humanos y la autonomía para el manejo de sus recursos propios, tanto de las tarifas cobradas al público como de los fondos que provienen del SIS.

*Recursos humanos.* Uno de los instrumentos más importantes para influir en la operación de los establecimientos de primer nivel es el financiamiento y administración del recurso humano que labora en ellos (puede representar hasta el 80 por ciento de los gastos de un establecimiento). En cualquier establecimiento que no es CLAS, un gran número de profesionales de la salud, incluyendo el gerente, han sido empleados bajo el régimen del servicio público (nombrados) y son administrados centralmente; el gerente tiene muy pocas herramientas para gestionar a su personal. La contratación, reubicación, fijación de salarios,

<sup>17</sup> Luego, los miembros de la Asamblea son renovados por tercios cada año; cada uno dura dos años efectivos.

**Cuadro 4.9. Indicadores comparativos de productividad, consultas promedio por día de médicos, enfermeros y obstetrices, 2004**

Indicadores de desempeño	CLAS	No CLAS
Personal contratado	9,81	9,16
Personal nombrado	6,47	4,89
<b>Total</b>	<b>8,65</b>	<b>6,65</b>

Fuentes: MINSa, HIS 2004 y base de datos del maestro de personal 2004.

promoción, horarios de atención, tipos de especialidades con que se debe contar, tipo de medicamentos que se usan, servicios ofrecidos, disponibilidad de equipo, etcétera, son determinados en la red, la DISA o el Ministerio. El gerente no decide prácticamente nada. Numerosas entrevistas confirmaron que estos gerentes tienen poco o ningún instrumento para incidir en la conducta del personal nombrado perteneciente al servicio civil.<sup>18</sup>

Ante esta rigidez, surge la posibilidad de contratar personal a través de los CLAS, los que pueden extender contratos privados con beneficios sociales (régimen 728) o contratos a muy corto plazo (servicios no personales).<sup>19</sup> Los primeros son financiados por el PAC y los segundos por el PSBT o el mismo CLAS con recursos propios. La diferencia con la figura de jerarquía y autoridad descrita en el párrafo anterior es que este personal, sobre todo el que tiene contratos privados, es monitoreado y evaluado en su desempeño. El gerente del CLAS tiene que rendir cuentas al Consejo y la Asociación sobre el desempeño medido en producción, horario de atención, satisfacción y cumplimiento del Plan Local de Salud,<sup>20</sup> práctica que se ha perdido, si acaso alguna vez existió, en los establecimientos tradicionales (MINSa 2004b).

<sup>18</sup> Entrevistas realizadas en Lima y Cusco durante los meses de febrero y marzo de 2005. Para mayor información al respecto, véase el capítulo 6.

<sup>19</sup> Pocos establecimientos tienen solo personal nombrado o solo personal contratado por el PSBT. En los establecimientos tradicionales, que no son CLAS, uno de los dos grupos puede sobrepasar o superar al otro en número. Es importante distinguir los contratos de servicios no personales hechos con el PSBT, que son firmados entre el trabajador y el MINSa, de los contratos hechos en el CLAS, tanto los de servicios no personales y los privados, que son firmados con la Asociación.

<sup>20</sup> Sin embargo, de acuerdo a las nuevas normas, la Asociación debe buscar la «opinión técnica» de la DISA. Estas reglas se instauraron el año 2003, razón por la que su aplicación y efectos sobre las decisiones relativas al personal todavía es incierta.

El estatus de organismo privado sin fines lucro le da al CLAS mucha mayor autonomía que a los establecimientos organizados tradicionalmente. Los CLAS pueden gerenciar o administrar la mayor parte de asuntos vinculados a recursos humanos (por ejemplo, contratación, fijación de salarios y de actividades, horarios de trabajo y atención al público). En las visitas y entrevistas a los CLAS resaltó el hecho de que siempre había un médico de guardia y que atendían las 24 horas del día, incluyendo atención de partos, lo que no ocurre en uno tradicional (Harding y Alvarado 2005).

Las restricciones que se aplican a todos los empleados del servicio público civil también se aplican a los gerentes (por ejemplo, horas laborables, guardias, bases para los ascensos, fijación de salario). Puede haber días en los que el gerente deje el establecimiento sin supervisión porque está de descanso después de una guardia. El CLAS supera estas limitaciones, pues el gerente puede programar mejor las guardias y siempre estar presente para coordinar con el Consejo del CLAS.

Un rápido análisis de la productividad del recurso humano que labora en los CLAS en comparación con los que no son CLAS revela que los trabajadores de los primeros son más productivos. Al respecto un par de comentarios: los contratados siempre muestran mayor productividad que los nombrados, pero estos últimos se desempeñan mucho mejor dentro de un ambiente CLAS, hecho que denota que tanto la flexibilidad laboral como el ambiente organizacional CLAS favorecen un mejor desempeño.

*Manejo de fondos y recursos propios.* Todos los establecimientos del MINSA recaudan fondos por las tarifas y, como cualquier otra unidad del Ministerio, no tienen independencia presupuestal; dichos fondos son reportados y retornados a la DISA y administrados por esta. La DISA decide el uso de los fondos y los devuelve en especie, sea como medicamentos, materiales e insumos o asignando un porcentaje como caja chica. Lo mismo sucede con los fondos del SIS: los reembolsos del SIS se quedan en la DISA y se devuelven a los establecimientos en especies determinadas mayormente en la DISA.<sup>21</sup>

Al parecer, la razón del mejor desenvolvimiento de los CLAS radica en el poder de administrar sus propios recursos, lo que otorga al gerente la posibilidad de buscar la mejor combinación de insumos, incluyendo la de cubrir

<sup>21</sup> En una de las entrevistas en Cusco, el personal de un establecimiento se quejó de que la DISA les había enviado una terma para calentar el agua sin que ellos la hubieran solicitado. El hecho hubiera pasado desapercibido, pero el centro realmente no tenía el sitio adecuado ni los recursos para conectarla.

personal para mayores horas de atención y así poder cumplir con el Plan Local de Salud. Al respecto, cabe señalar que el Consejo supervisa de cerca el uso de los recursos y que los CLAS, como entidad casi privada, generan sus estados financieros anuales y los auditan.

En las entrevistas realizadas también salió a la luz la posibilidad que tienen los CLAS de cubrir los costos de transporte de las actividades extramurales, financiamiento mayormente ausente en un establecimiento tradicional.<sup>22</sup> Los CLAS también reciben los reembolsos del SIS en efectivo; la DISA solo retiene un porcentaje por concepto de administración.<sup>23</sup>

Se ha encontrado que existe un incentivo para que los CLAS afilien más beneficiarios al SIS (véase el cuadro 4.10), e incluso habría mayor cobertura de los CLAS rurales en comparación con los no CLAS urbanos. El financiamiento adicional que estos generan no aparece castigando a los pacientes pobres (los pobres usan el CLAS a una tasa más alta que los tradicionales). También es claro que utilizan una porción de sus ingresos para subsidiar aquellos servicios que no cubren sus costos, por ejemplo atender a pacientes con exoneraciones parciales de tarifas o costos, así como actividades preventivo-promocionales (Altobelli, Sovero y Díaz 2004).

### *Otras evidencias del mejor desempeño del CLAS*

Una serie de estudios, incluyendo nuestra exploración, ponen de relieve la mayor cobertura, eficiencia y mejor atención a los usuarios de los CLAS en comparación con los establecimientos de atención primaria tradicionales. Entre los resultados más significativos se destacan: la mayor cobertura poblacional de los establecimientos CLAS; el mayor acceso de la población a la salud bajo esquemas CLAS que bajo el sistema de atención tradicional (74,7 por ciento y 59,7 por ciento respectivamente<sup>24</sup>); una tasa de servicios intramurales más alta en los CLAS (1,7) en comparación con los otros establecimientos (1,5) (Altobelli 1998).

Por otra parte, en relación a la calidad de los servicios ofrecidos, el 85,9 por ciento de los usuarios de los CLAS señala que la atención de salud recibida

<sup>22</sup> Los trabajadores de los centros y puestos salud entrevistados manifestaron que no disponen de caja chica para llevar pacientes graves a los hospitales y que tienen que poner de su bolsillo para la movilidad.

<sup>23</sup> Diversos estudios que han analizado la autonomía de manejo de recursos propios en otros países han encontrado una relación positiva entre desempeño y dicha autonomía en los establecimientos de atención primaria (Audibert y Mathonnat 2000; Chawla y Ellis 2000).

<sup>24</sup> Porcentaje de la población que recibió cualquier servicio.

**Cuadro 4.10. Indicadores comparativos de desempeño utilizando el SIS según plan y atenciones a menores de 5 años**

Indicadores de desempeño	Urbano		Rural	
	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS
Prestaciones por hab. Plan SIS 0-4 años	3,58	1,99	1,74	1,05
Prestaciones por hab. Plan SIS gestantes y puérperas	0,84	0,40	0,63	0,32
Prestaciones por hab. Plan SIS 5-17 años	2,94	1,73	2,32	1,32
Atenciones todos los niños menores de 5 años. HIS 2002	7,00	4,35	5,84	4,88

*Fuente:* Altobelli, Sovero y Díaz 2004.

Nota técnica: atenciones por niño entre todos los niños menores de 5 años de la población asignada al establecimiento.

fue satisfactoria, mientras que en los centros y puestos del MINSA este porcentaje es del 76,9 por ciento (Cortez 1998). Asimismo, hay indicios de que los tiempos de espera son menores en los CLAS que en el resto de establecimientos, y los primeros muestran una política de recuperación de costos más racional al exonerar a una mayor proporción de pacientes de los quintiles más pobres en relación a la política de cobros de centros y puestos tradicionales.

Además del desempeño promedio de los CLAS (medido por la calidad percibida y la mejor calidad de atención), también es importante mencionar que hay variaciones entre ellos. Entre los factores que contribuyen al mejor desempeño de los CLAS están el apoyo y supervisión de las DISA y el tener Asociaciones más activas (Cortez 1998).

En resumen, la dirección y mecanismos de rendición de cuentas en los CLAS son únicos por la peculiaridad de su organización y vinculación con la población:

- Los CLAS combinan la supervisión de la Asociación, compuesta por seis miembros representantes de la comunidad y el gerente del establecimiento, con la supervisión de la DISA a través de los contratos de gestión.
- Su estatus de organización privada sin fines de lucro conducida por la comunidad le permite manejar libremente sus fondos y mantenerlos en su establecimiento, lo que atrae pacientes. Basados en esto último, podemos afirmar que la «elección» del consumidor es otro mecanismo de rendición de cuentas que incentiva la conducta del CLAS.

- Otro aspecto de la autonomía del CLAS es que el gerente es directamente supervisado por el Consejo Directivo y la Asociación, y les rinde cuentas de su desempeño. El directorio se reúne con frecuencia (semanalmente en promedio). Los miembros del Consejo por lo general pasan diariamente parte de su tiempo en los establecimientos. Por lo tanto, hay una supervisión directa del Consejo. El objetivo de esta supervisión es asegurar que el desempeño refleje las necesidades de la comunidad, plasmadas básicamente en el Plan Local de Salud.
- La Asociación «observa» indirectamente a través de los miembros de la comunidad comentan sobre la calidad de la atención en sus organizaciones sociales como el Vaso de Leche, Comedores Populares, Asociaciones Vecinales. Los miembros de la Asociación tienen que representar a alguna de estas instituciones.
- Sus ingresos (y recursos disponibles para operar) están directamente influidos por el volumen de pacientes (y relacionados con las tarifas y los reembolsos del SIS). Los establecimientos CLAS, en este sentido, están más influenciados que los establecimientos tradicionales por la elección del paciente sobre a cuál establecimiento acudir; por eso, los niveles de calidad son mayores.
- El gerente, junto con la Asociación y el Consejo, puede lidiar con los problemas de disciplina o desempeño del personal (por ejemplo, contratación, fijación de salarios y actividades, horarios de trabajo y atención al público, etcétera).
- El proceso de rendición de cuentas a la población se ve fortalecido por otros mecanismos gubernamentales; el más importante es el contrato de gestión entre la Asociación CLAS y la DISA. El acuerdo considera las responsabilidades de la Asociación en la operación del establecimiento, y forma parte del Plan Local de Salud. El CLAS también recibe fondos del PAAG para cubrir los costos de personal a través del Programa de Acuerdos de Gestión, y debe cumplir con informar sobre su uso de acuerdo a las normas establecidas para estos efectos. La contabilidad y el proceso de adquisiciones en los CLAS son tratados como actividades gubernamentales, y como tales deben ser monitoreadas por la Contraloría General de República y el Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (CONSUCODE), la agencia que norma las compras gubernamentales.

### *Los retos del futuro*

Lamentablemente, la expansión del modelo CLAS en el MINSA ha perdido dinamismo, hecho que contrasta con la idea bastante difundida en el ámbito intelectual y académico de fortalecer dicho modelo. Los factores que estarían influyendo este cambio de política son el temor de las autoridades ministeriales a la pérdida de control sobre la atención primaria, las restricciones financieras, la mayor presión sindical y gremial y las interrogantes que el proceso de descentralización plantea sobre el futuro de los CLAS.

Una de las mayores limitaciones es el cambio de relación laboral de los médicos de contratados a nombrados, efectivo desde diciembre de 2004. El reciente nombramiento<sup>25</sup> de 3.067 médicos afecta al sistema de tres maneras:

- Reducción de la producción.
- Reducción del número de horas de trabajo y horarios sin ajuste en los salarios.
- Reducción de la efectividad de la gerencia.

Los CLAS tienen la mayor cantidad de personal contratado, por eso se estima que serán los más perjudicados con esta medida. Los establecimientos de salud CLAS y no CLAS están tomando medidas para adecuarse al nombramiento de los médicos. En el caso de un CLAS, si el gerente ha sido nombrado, este trabajará menos horas como médico y habrá días que no asistirá al establecimiento, dejándolo sin supervisión. El gerente nombrado ya no dependerá del Consejo sino de la DISA, poniendo en peligro todo el sistema de autoridad y rendición de cuentas al interior del CLAS. El impacto presupuestal total va más allá del cálculo inicial para pagar planillas; se necesitarán recursos para cubrir las horas de personal adicional por las que dejarán de trabajar los nuevos nombrados y así poder cumplir el Plan Local de Salud. Es probable que los CLAS urbanos se ajusten con mayor facilidad que los CLAS rurales; estos últimos tendrán más limitaciones para conseguir fondos. Algunos CLAS han mencionado que las primeras actividades que recortarán para liberar recursos serán las extramurales. El recuadro 4.2 presenta dos ejemplos de ajuste de los CLAS a los cambios.

<sup>25</sup> Ley 28220, de nombramiento de médicos cirujanos contratados por el Ministerio de Salud a escala nacional.

## **El Seguro Integral de Salud y los pobres**

A fines de la década de 1990, el gobierno peruano lanzó un programa para extender la cobertura de atención de madres y niños pobres, denominado Seguro Materno-Infantil (SMI). En el año 2001 este programa se fusionó con el Seguro Escolar (SEG), dando nacimiento a un nuevo programa denominado Seguro Integral de Salud (SIS). Este seguro contempla el reembolso a los prestadores públicos del MINSA por los costos variables de los planes. El SIS fue creado por Ley 27657 y es considerado un Organismo Público Descentralizado que depende del MINSA. Su objetivo es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con seguro de salud, dando prioridad a aquellos grupos poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de extrema pobreza y pobreza, mejorando su acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con las estimaciones del SIS, esta población objetivo alcanzaría los 13 millones de peruanos. Actualmente, el SIS cubre al 33,4 por ciento de la población (aproximadamente 9 millones de personas en el año 2004), EsSalud al 16,5 por ciento y los seguros privados al 1,7 por ciento; es decir, aún hay un 48,4 por ciento de peruanos que no están protegidos por ningún seguro de salud.

### ***Planes y tarifas de reembolso***

El SIS ofrece cinco planes, más uno en implementación:

- Plan A para niños de 0 a 4 años
- Plan B para niños y adolescentes de 5 a 17 años
- Plan C para gestantes y puérperas
- Plan D para adultos en situación de emergencia
- Plan E para adultos focalizados determinados por ley
- Plan contributivo (en implementación).

Desde el punto de vista de los servicios y exámenes, las coberturas de los planes son bastantes amplias (véase el anexo). Los beneficios de los planes A, B y C prácticamente no han cambiado, pero han aparecido nuevos planes y grupos de beneficiarios. Los planes A, B y C existen desde la unificación del SMI y del SEG, y a estos se agrega el D para adultos en situación de emergencia. El Plan E para adultos focalizados determinados por ley surge después; es una puerta abierta y considera a los grupos organizados de las bases (por ejemplo,



#### **Recuadro 4.2. Ajustes tras el nombramiento de personal en los CLAS**

En el Centro de Salud Laura Caller, en Lima Norte, el nombramiento del gerente ha producido cambios en el horario de atención al público y en el horario en que el gerente normalmente se reunía con el Consejo. Las horas de trabajo del médico gerente se han reducido a treinta por semana. Además, como consecuencia del nombramiento, el gerente ya no podrá reunirse con el Consejo después de las 5 de la tarde. Asimismo, no tiene que venir a trabajar después de las guardias. Los días que el médico gerente no acude al establecimiento, este se queda sin administrador y sin médico. El Consejo ya no tiene ninguna posibilidad de influenciar la conducta o desempeño del gerente, influencia que considera crítica para administrar bien el establecimiento. El Consejo ha decidido contratar un nuevo gerente con quien pueda coordinar.

En el Centro de Salud de Urubamba, después del nombramiento de dos médicos, el número total de horas de trabajo de los doctores ha descendido de 950 a 650 horas por mes. Para cumplir con los objetivos y actividades del Plan Local de Salud, el Consejo ha decidido redistribuir sus recursos a fin de contratar más doctores y, de ese modo, cubrir las horas perdidas. El contrato del médico adicional costaría 16.800 soles más las bonificaciones, lo que ha llevado a postergar la compra de equipo para el cuidado materno infantil, una de las prioridades más altas de la región. Una obstetra del Centro también pasó de contratada a nombrada y ha sido destacada temporalmente a otro establecimiento de la DISA. El Centro no recibe ninguna compensación por la pérdida de horas de este personal.

*Fuente:* entrevistas y visitas a Lima y Cusco del equipo de RECURSO, febrero-marzo 2005.

integrantes de las organizaciones del Vaso de Leche, Comedores Populares, Clubes de Madres, Wawawasis, Federación de Clubes de Calzados, indultados). El Congreso de la República tiene interés en incorporar a los adultos de 17 años o más en estado de pobreza.

Los beneficiarios deben afiliarse a un establecimiento de primer nivel de su preferencia y pagar un nuevo sol. Los muy pobres son exonerados, pero la mayoría paga el nuevo sol.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Una encuesta realizada en Lima Este encontró que el 70 por ciento de la población beneficiaria del SIS estaba dispuesta a pagar de 3 a 5 nuevos soles; además, determinó que el 61 por ciento de beneficiarios ya se habían atendido anteriormente en el mismo establecimiento y pagado por el servicio recibido (PARSALUD 2003).

Las DISA y los establecimientos de salud ofrecen los planes y coberturas del seguro a los usuarios que los demanden; el SIS paga *ex post* como un típico «pago por prestación». El problema es que no se toma ninguna precaución, considerando los techos financieros disponibles para el SIS.

Las tarifas de reembolso del SIS a los establecimientos de salud se han fijado tomando como parámetro los costos referenciales de diversos estudios. No se basan, entonces, en estimaciones que consideren el riesgo por incidencia de daño, el perfil epidemiológico de las regiones o el cálculo actuarial. En principio, las tarifas son las mismas para todo el primer nivel de atención, hecho que aparentemente favorece a las zonas urbanas frente a las rurales, cuando es evidente que los costos son más bajos en las primeras. Aun cuando se trata de costos variables, los establecimientos tienen que absorber los costos fijos del personal idóneo adicional para atender la demanda generada por el SIS. La información recopilada en las entrevistas señala que las tarifas de reembolso pueden dejar un plus en la capa simple, pero que este posible plus desaparece en procedimientos más complejos aplicados en los hospitales regionales. Más aún, mientras los establecimientos de primer nivel reciben los reembolsos basados en las tarifas establecidas por el SIS y pagadas a través de la DISA o directamente, como en el CLAS, los hospitales en Lima y Callao son reembolsados por todo el gasto sustentado como costo variable, sin limitación de tarifas, lo que genera una presión mayor financiera al SIS.

### ***Presupuesto***

El SIS es un Organismo Público Descentralizado del MINSA, depende presupuestalmente de este pliego y tiene el mismo tratamiento de techos presupuestales que cualquier otra entidad gubernamental. En contraste con la ambiciosa meta de población, su presupuesto representa solo el 11 por ciento del presupuesto del MINSA (ó 7 por ciento cuando se incluye el presupuesto de las regiones). En el año 2003, el SIS alcanzó la cifra de 219 millones de soles y el presupuesto del MINSA los 1.956 millones de soles (sin contar las regiones).

### ***Avances en cobertura y focalización***

El SIS está focalizado en la atención materno-infantil. En el año 2004, cerca del 70,0 por ciento de sus recursos estaban dirigidos a los planes A (0-4 años) y C (gestantes y púerperas), mientras 22,8 por ciento se concentraba en el plan B

(5 a 17 años) y solo 2,6 por ciento en el resto de planes. Además, cabe destacar que en el año 2004, en comparación con el año 2003, el SIS ha hecho un esfuerzo por dirigir más decididamente sus recursos a los componentes materno-infantiles, elevando la participación de los planes A y C de 64,7 a 69,3 por ciento.

La información disponible indica que el SIS ha logrado ampliar la cobertura de atención materna. Así, la atención de partos en establecimientos de salud se ha incrementado de 57,9 por ciento en el año 2000 a 70,4 por ciento en 2004. Asimismo, la atención profesional del parto se elevó de 57,5 por ciento de los nacimientos en el año 2000 a 71,1 por ciento en el año 2004 (INEI-ENDES 2004). Algunos indicadores del MINSA son consistentes con lo anterior y señalan que se habrían generado aumentos en la cobertura institucional del parto de 43,1 por ciento en el año 2000 a 59,8 por ciento en el año 2003.<sup>27</sup>

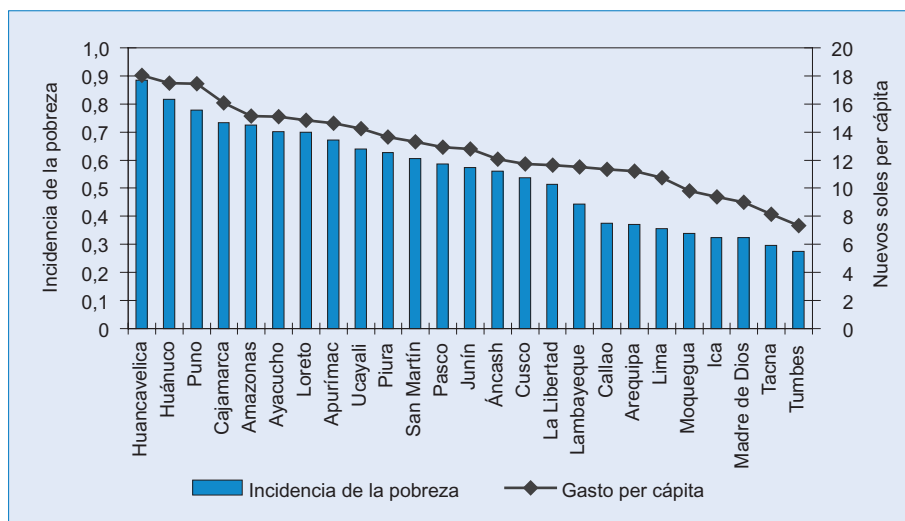
La cobertura del SIS es bastante heterogénea por departamento. En general, el SIS tiene menos cobertura en Lima y Callao (16,4 por ciento), principalmente porque la población de ingresos más altos y la afiliada a EsSalud se concentra en la capital. En los departamentos que poseen alguna DISA priorizada, la cobertura es mayor (37,1 por ciento) (véase el cuadro 4.11).

La mayor cobertura en las DISA priorizadas también tiene un correlato positivo en el lado del gasto en la medida en que este muestra un crecimiento progresivo. La distribución per cápita del gasto por departamento es mayor conforme se incrementa la incidencia de la pobreza departamental (véase el gráfico 4.7).

Asimismo, el SIS destina la mayor parte de sus recursos a las prestaciones realizadas en los niveles de atención I y II. El 88,4 por ciento de las prestaciones otorgadas a afiliados del SIS se originó en los niveles I y II de atención, es decir, en centros, puestos, hospitales regionales y locales. Por otra parte, el 21,1 por ciento de la actividad se canalizó a las ocho DISA priorizadas (Apurímac I, Andahuaylas, Ayacucho, Bagua, Cusco, Huancavelica, Huánuco y Puno). El 29,1 por ciento de la actividad se dirigió a la población de Lima y Callao, mientras que cerca de la mitad se destinó a la población del resto de las DISA. Solo 11,6 por ciento de la actividad se desarrolló en el mayor nivel de complejidad en Lima y Callao.

En comparación con el resto del MINSA, el SIS tiene un mayor grado de concentración en los grupos más pobres. Luego de analizar la cobertura ponde-

<sup>27</sup> Véase <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/download/recursos410.htm>>.

**Gráfico 4.7. Gasto per cápita del SIS por pobreza departamental, 2003**

Fuentes: MEF, mapa de pobreza con índice de distribución de recursos públicos; SIS, *Boletín Mensual* a diciembre de 2003.

**Cuadro 4.11. Afiliados al SIS por departamento, 2003**

Área	Población	Porcentaje	Afiliaciones	Porcentaje	Afiliaciones / Población (%)
DISA priorizadas	4.684.390	17,3	1.737.815	23,0	0,371
Lima y Callao	8.679.569	32,0	1.422.701	18,8	0,164
Resto DISA	13.784.142	50,8	4.410.786	58,3	0,320
<b>Total país</b>	<b>27.148.101</b>	<b>100,0</b>	<b>7.571.302</b>	<b>100,0</b>	<b>0,279</b>

Fuentes: proyecciones del INEI extraídas de su página web; SIS, estadísticas a diciembre 2003.

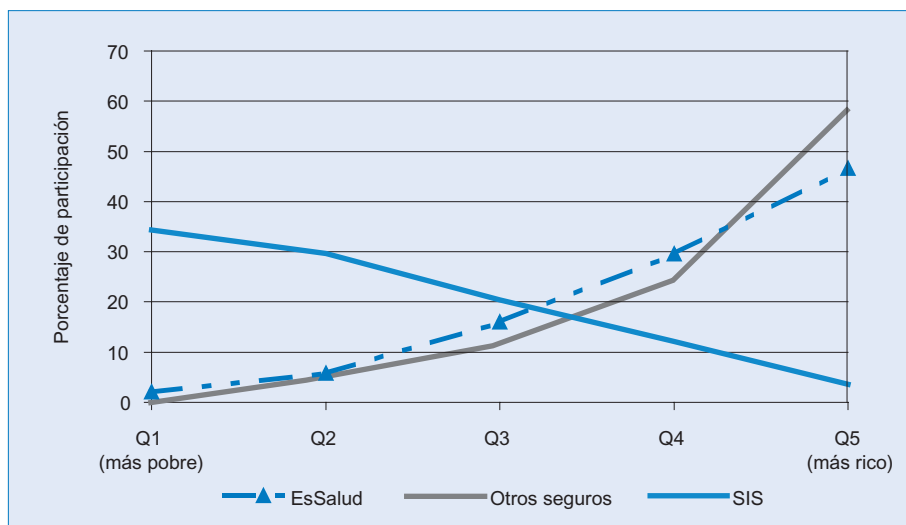
rada<sup>28</sup> (afiliados atendidos) del SIS, se concluye que 26,1 por ciento de los usuarios pertenecen al primer quintil de consumo, mientras que solo 4,7 por ciento se encuentran en el quintil más rico (véase el cuadro 4.12). Sin embargo, al comparar los quintiles de gasto, se constata un menor grado de focalización en el plan C (gestantes) que en el resto de planes. En efecto, solo 14,6 por

<sup>28</sup> Ponderada por las tasas medias de uso por afiliado y el costo medio de las prestaciones de cada plan.

**Cuadro 4.12. Estructura de la cobertura del SIS por planes según quintiles de gasto, 2003**

Grupos atendidos	Porcentaje	Quintiles de gasto per cápita				
		1 (más pobre)	2	3	4	5 (más rico)
Niños 0-4 años	27,5	26,4	30,4	23,4	14,5	5,3
Niños 0-17 años	61,9	27,9	32,7	23,6	12,4	3,4
Gestantes	8,1	13,4	21,1	21,2	33,2	11,2
Resto población afiliada	2,5	19,2	22,3	27,5	22,6	8,4
<b>Total porcentaje</b>	<b>100,0</b>	<b>26,1</b>	<b>30,9</b>	<b>23,4</b>	<b>15,0</b>	<b>4,7</b>

*Fuente:* INEI-ENAH0 2003. La población atendida está conformada por los beneficiarios afiliados al SIS que han sido atendidos en un puesto, centro u hospital del MINSa.

**Gráfico 4.8. Afiliación a seguros según quintiles de gasto, 2003**

ciento de los recursos del plan C destinados a estos fines llega al primer quintil. Aun cuando, en el mismo plan, solo un 15,1 por ciento llega al quintil más rico, la principal filtración se produce en el quintil 4, que absorbe el 38,7 por ciento de los recursos orientados a gestantes.

El SIS destina 43,8 por ciento de sus recursos a los dos quintiles más pobres, mientras que el quintil más rico absorbe solo 9,4 por ciento del total de los fondos. Las diferencias entre el bajo número de usuarios y el mayor beneficio del quintil

5 se explican por dos razones: (a) una mayor tasa de uso, y (b) el uso de prestaciones relativamente más costosas de los quintiles de más altos ingresos. A pesar de este efecto, la distribución entre quintiles sigue siendo progresiva.

Cabe destacar, sin embargo, que, en comparación con otros seguros, el SIS es la institución con mayor número de afiliaciones en los quintiles de más bajos ingresos. Del total de personas que señalan estar afiliadas al SIS, 64 por ciento pertenecen a los quintiles 1 y 2. EsSalud concentra el 76 por ciento de afiliados en los quintiles de más altos ingresos (4 y 5), y los seguros privados y las EPS concentran el 90,6 por ciento en el quintil 5. La mayoría de la población de los quintiles 1 y 2 no está afiliada a otro tipo de seguro, salvo el SIS (36,8 por ciento y 31,8 por ciento de la población de los quintiles 1 y 2 respectivamente) (véase el gráfico 4.8).

### ***Problemas y retos***

No obstante su importancia, el SIS enfrenta una crónica situación de iliquidez porque las transferencias del MEF no cubren el valor de la producción. En el periodo 2002-04, la relación entre el total de prestaciones facturadas (valor bruto de la producción) y las transferencias financieras que efectivamente realizó el SIS a los prestadores por este concepto fue de 0,91. Esto quiere decir que, en promedio, el 9,0 por ciento de las prestaciones realizadas por los prestadores a afiliados del SIS no han sido cubiertas por problemas de caja.

Coincidiendo con lo anterior, la tasa de uso de las atenciones disminuyó debido, en parte, al crecimiento de las afiliaciones y por la reducción en el número de atenciones; esto último se explicaría por la mayor focalización o por la reducción en el interés de los establecimientos de seguir atendiendo con el financiamiento del SIS. Una revisión de las cifras muestra que las mayores reducciones se produjeron en Lima y Callao, lo que indicaría la voluntad del SIS de proteger a los pobres mientras busca ajustarse financieramente (véase el cuadro 4.13). Además, como ya se mencionó, el SIS reembolsa en forma diferenciada a los hospitales de Lima considerando el pago completo de los gastos que se sustenten como variables. Tal vez, esta sea otra de las causas de sus desequilibrios.

La raíz del problema, a nuestro entender, es que el SIS tiene objetivos y planes demasiado amplios y ambiciosos, poco claros y vulnerables políticamente. El actual sistema de operación del SIS, que consiste en pagar los servicios que registran los establecimientos sin referencia alguna a metas ni planes

**Cuadro 4.13. Variaciones de afiliaciones, atenciones y tasa de uso entre 2003 y 2004 en el SIS**

Área	DISA priorizadas	Lima y Callao	Resto DISA	Total país
Diferencia afiliaciones 2004-03	524.844	245.117	847.565	1.617.526
Variación porcentual	25,7	17,2	20,7	21,4
Diferencia atenciones 2004-03	-820.374	-2.038.313	-2.676.371	-5.535.058
Variación porcentual afiliaciones	-21,1	-41,5	-27,3	-29,8
Diferencia atenciones 2004-03	-0,7	-1,7	-0,9	-1,0
Variación porcentual	-37,2	-50,1	-39,8	-42,1

Fuente: SIS, *Boletín Mensual* a diciembre de 2003 y 2004.

priorizados, con ofrecimiento de entrega universal, puede entrar en conflicto con las restricciones presupuestarias del MEF. De mantenerse la política de dar protección financiera a los pobres y pobres extremos y a otros grupos llamados de «emergencia o focalizados determinados por ley» sin el respaldo del MEF, la continuidad de este instrumento está en peligro. El actual descuento de los establecimientos de salud y las DISA puede poner en riesgo lo avanzado por este seguro.

Una manera de solucionar el *impasse* y darle sostenibilidad al seguro y mayor carácter progresivo a sus planes es fijar metas de cumplimiento referencial por región. Para ello, será preciso determinar las necesidades de cada región, considerando los niveles de pobreza. Sobre todo, el SIS debe asegurar la existencia de un plan con costos conocidos y tarifas de reembolso adecuadamente fijadas, con metas nacionales y regionales oficiales del número de beneficiarios para el plan y las atenciones de salud que este cubrirá, evitando interferencias políticas.

Asimismo, debe asegurar un presupuesto que permita financiar dicho plan (Plan Garantizado). También, en vista de las inequidades en el acceso y uso de establecimientos de tercer nivel, el SIS debe considerar un monto específico para financiar un Fondo de Enfermedades Catastróficas, orientado a dar acceso a las familias más pobres del interior del país a los institutos especializados de Lima.

El establecimiento del Plan Garantizado va a fortalecer el papel rector del MINSA y, con ello, permitir compatibilizar las prioridades nacionales y regionales. Las atenciones incluidas en el Plan serían las de cuidado materno-perinatal, los controles del niño, las inmunizaciones y el control de enfermedades transmisibles, todo ello parte de la carga de enfermedad de los pobres.

Por varias razones, el SIS es una contribución importante al desarrollo sectorial en estos últimos años: (a) ha ligado el financiamiento a la actividad, promoviendo un mejor uso de los recursos; (b) ha disminuido las barreras económicas de acceso de la población más pobre; y, (c) tiene capacidad operativa y ha generado información valiosa y transparente para la gestión sectorial del Seguro.

### ***Fortalecimiento institucional***

A pesar de los grandes logros alcanzados, es preciso tomar algunas medidas para consolidarlos, y planear un nuevo y mejor horizonte como seguro público. Se sugieren los siguientes pasos:

- *Convertir al SIS en una institución aseguradora-compradora.* Actualmente, el SIS actúa como institución pagadora de las atenciones realizadas por los establecimientos del MINSA. Ello demanda la elaboración de un plan de compra, es decir, indicarle a los establecimientos del MINSA dónde se requiere incrementar la producción y dónde no, anunciando prospectivamente la atención que está dispuesto a financiar. En particular, la compra prospectiva requiere que el SIS genere presión para elevar la productividad en los establecimientos menos prioritarios y concentre sus recursos en incentivar la expansión de la oferta de servicios y la producción en zonas prioritarias. Para un manejo prospectivo del SIS, como se mencionó anteriormente, es preciso fijar metas por regiones referidas a un presupuesto.
- *Mejorar la coordinación con el MINSA y las DISA.* El desarrollo de la función de compra y la ejecución del plan de compra requieren un trabajo coordinado con el MINSA y las DISA (y, a su vez, con sus redes). La finalidad es armonizar los aumentos de la contratación, inversión y otras acciones programáticas con los esfuerzos financieros del SIS (que cubre solo la porción del costo variable de la atención), en particular con el PAAG para las acciones de nivel primario. La falta de articulación con el MINSA



se ha reflejado en un no decidido apalancamiento de los esfuerzos del SIS, el PAAG y los Acuerdos de Gestión —orientados a mejorar el acceso materno-perinatal a los servicios—, haciendo que las tres principales herramientas ministeriales de política funcionen desligadas y sin generar sinergias importantes.

- *Fortalecer el control del buen uso del seguro, principalmente de los prestadores.* Al introducir la gratuidad, el SIS rompe con la lógica de los altos copagos. Se requiere un control estricto del otorgamiento de los beneficios del Seguro a los beneficiarios que realizan los prestadores, de manera que no se introduzcan cobros que excluyan a los más pobres y se entreguen las prestaciones financiadas por el SIS a personas no pobres que no califican para el seguro.
- *Mejorar los sistemas de clasificación socioeconómica del SIS con el objetivo de orientar sus recursos, preferentemente, a los sectores más pobres.* Es necesario formular un nuevo plan en el SIS destinado a dar acceso a los usuarios —principalmente de las regiones— a los establecimientos de mayor complejidad del país, sostenido por un fondo alimentado con recursos provenientes de los presupuestos de los hospitales nacionales e institutos y de nuevas fuentes financieras, incluyendo las regionales. Ello permitiría destinar parte de los egresos que hoy estos establecimientos asignan a la población de Lima hacia las regiones más pobres y con menor acceso. Así se lograría mayor eficiencia, además de promover un mejor funcionamiento de la red y la referencia de pacientes entre regiones, haciendo más equitativo el sistema.
- *Promover una cultura orientada a la satisfacción de usuario y la defensa de los derechos de los pacientes.* Mejorar la salud de los peruanos pasa necesariamente por contribuir a la democratización de la sociedad. Por ello, es preciso crear mecanismos para que las preferencias de las personas puedan expresarse en el marco de las prioridades de salud establecidas por el Ministerio y los gobiernos subnacionales.
- *Estándares de provisión.* El cumplimiento de las metas específicas del Plan en los departamentos más pobres debe ser monitoreado y los contratos de gestión deben vincular dicho cumplimiento a los incentivos financieros. La experiencia de los acuerdos de gestión del MINSA, la del SIS y del PAAG sirven de plataforma para nuevos desarrollos. Idealmente, se debería fusionar en un solo esquema operativo el sistema de pagos del SIS y los acuerdos de gestión del MINSA. Los incentivos pueden diseñarse de tal

forma que se refuercen aquellas conductas que extienden la cobertura en los sectores más pobres y aislados y mejoren la calidad y oportunidad en la atención.

### **Regulación del sector salud**

Formalmente, el Ministerio de Salud es la entidad que rige y norma el sistema de salud, pero, en la práctica, tiene poca intervención en la seguridad social y en el sector privado. EsSalud ha sido una entidad independiente y autónoma, con sus propias leyes, que no reporta ni está sujeta a supervisión del MINSA. Además, la Ley de Autonomía de 2004 (ley 28006) le otorga mayor independencia, incluso del MEF, sin responsabilidad de registrar su ejecución presupuestal en el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). Respecto del sector privado, el MINSA cuenta con amplias facultades para fiscalizar la actividad de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), pero estas no cubren más allá del 0,2 por ciento de la población nacional. En lo que se refiere a los medicamentos, principal componente del gasto privado en salud, estos se producen y distribuyen en un contexto de libre mercado, y la actual legislación contempla escasos mecanismos reguladores para asegurar una calidad y competencia adecuadas.

El MINSA desempeña, además, funciones financieras y operativas que lo distraen de su rol regulador. El aparato central del MINSA desarrolla funciones de política y financiamiento a través de su propia estructura organizativa y de sus OPD. Actualmente, todavía apoya el funcionamiento de las DISA fuera de la ciudad de Lima, aunque los presupuestos de estas dependen de las regiones. Sin embargo, el MINSA mantiene la administración y financiamiento de las DISA de Lima y Callao (que absorben el 38,8 por ciento del total de recursos del Ministerio), así como de los hospitales e institutos especializados.

### ***Descentralización***

Como no hay claridad al respecto, las DISA regionales también desempeñan funciones reguladoras, financieras y prestadoras; dirigen los establecimientos de salud que dependen de ellas y tienen autonomía para organizar el proceso de atención de sus respectivas jurisdicciones, cada vez con menor participación del MINSA. El proceso de clarificación de las responsabilidades por ámbito de gobierno se viene desarrollando lentamente, como parte del proceso de descentralización, y es un excelente escenario para fortalecer las funciones

reguladoras del MINSA y demarcar con claridad la formulación y toma de decisiones en el sector y facilitar el proceso de rendición de cuentas.

El 28 de julio de 2005, por decreto supremo 052-2005-PC, el gobierno estableció las funciones que, en materia de salud, se transferirán durante el presente año a las regiones y gobiernos locales, previo proceso de acreditación. Entre ellas resaltan: la formulación de políticas regionales acordes con las nacionales; la formulación y ejecución de los planes de desarrollo regional de salud; «trasladar recursos por reembolso de atenciones de salud»; «controlar, monitorear y evaluar el cumplimiento de los procesos de aseguramiento, planes de atención, aplicación de tarifas, metas de cobertura y estándares de atención de salud»; «organizar, implementar los servicios de salud [...]»; «responsabilizarse por la disposición de información útil a la población sobre la gestión y servicios». Y, finalmente, la concerniente a la gestión de personal, incluyendo los nombramientos. El esquema propone un modelo con separación de funciones, que potencia el rol regulador del MINSA para darle coherencia al sistema y transfiere responsabilidades de provisión a los gobiernos subnacionales. La discusión sobre las posibilidades de separación de funciones presentada en el recuadro 4.3 es ilustrativa.

### *Separación de funciones*

El primer paso hacia la separación de funciones es que el MINSA se desligue definitivamente de las DISA de Lima y Callao, y de los institutos y hospitales nacionales y, de esta manera, abandone sus funciones de provisión. Para tal efecto, el principal desafío es definir la dependencia de los institutos y hospitales nacionales; estos pueden pasar a ser autónomos, depender de las DISA o de una tercera instancia creada especialmente para administrarlos.

El segundo paso es fortalecer el papel del SIS como institución financiera sectorial, canalizando los recursos fiscales a través de este seguro como organismo recolector y distribuidor de financiamiento, aspecto que se discutió en el apartado precedente.

El tercer paso, probablemente el más complejo, es que el MINSA se reorganice internamente como regulador de todo el sistema de salud peruano, y no solo del sector público. Esto requiere: (a) definir políticas y estrategias de salud para el total de la población nacional, es decir, aquella población que cubre la actual estructura ministerial, la población de EsSalud y la que cubre el sector privado; (b) fiscalizar el cumplimiento de estas políticas a través de organismos independientes (ello puede llevar a redefinir el rol de la Superintendencia de

### **Recuadro 4.3. La separación de funciones en salud incrementa la rendición de cuentas**

Uno de los enfoques organizativos que mayor difusión ha alcanzado durante la década de 1990 en los sistemas de salud ha sido el enfoque de separación de funciones. Inicialmente desarrollado en el Reino Unido, luego se extendió a distintos países como Colombia, España, Nueva Zelanda, Holanda, entre otros. Esta visión plantea que se puede lograr una mejor organización de los sistemas de salud si existe claridad respecto de las funciones centrales que estos deben desempeñar.

El enfoque de separación de funciones reconoce tres funciones principales de los sistemas de salud: provisión, financiamiento y regulación.

Los sistemas de salud existen para promover la vida saludable, prevenir, curar y rehabilitar a quienes enfermaron. A esta función esencial de todos los sistemas de salud se le conoce como *función de provisión*. Se le denomina de esa manera porque la sociedad organiza sus fuerzas productivas en establecimientos hospitalarios, centros de salud, laboratorios, clínicas, etcétera, para producir o proveer atenciones de salud orientadas a mantener o incrementar la salud de la población. A las organizaciones que desarrollan estas funciones se les denomina *proveedoras*. La organización de los recursos productivos del sistema de salud (médicos, enfermeras, camas, equipamiento, etcétera) requiere conducción.

Es menester darle cierta dirección o sentido a la función de provisión a través de lo que se conoce como la *función de regulación*. Por razones de salud pública y la crónica escasez de recursos que acompaña a la actividad de salud, se requiere que la sociedad determine cuáles son sus problemas prioritarios, concentrando sus esfuerzos en aquello que es más efectivo. Adicionalmente al rol rector, existe un rol normativo, fiscalizador, supervisor y evaluador en la función de regulación. A los componentes que desarrollan la función de regulación se les denomina *reguladores*.

Por otra parte, el funcionamiento de los sistemas de salud demanda un consumo importante de recursos de la sociedad. La obtención de estos recursos y su posterior distribución entre las instituciones que forman parte del sistema se denomina *función de financiamiento*. A las entidades que realizan funciones de financiamiento se les denomina *financistas o aseguradores*.

Dentro de este esquema analítico es posible identificar relaciones entre los elementos del sistema. La relación más importante entre financistas y proveedores se conoce como *función de asignación de recursos o función de compra*, dependiendo del grado de separación de funciones que existe entre ambos elementos.

EPS o a crear una Superintendencia de Salud); (c) supervisar el desarrollo de las estrategias de salud haciendo transparente para la ciudadanía el desempeño de los actores; (d) evaluar el logro de objetivos sanitarios, la adecuación de políticas y estrategias y el desempeño global de las instituciones sectoriales.

### ***Fortalecimiento del rol regulador***

Una de las mayores limitaciones que debe superar el MINSA es no tener la información necesaria y oportuna para poder ejercer su función reguladora y emitir normas que fortalezcan las otras funciones, como salvaguardar que los fondos públicos manejados por las aseguradoras financien la salud de los pobres, formular las políticas y guías que orienten las actividades de los proveedores en pro de reducir las brechas de toda índole y velar por que se mantengan los estándares de salud pública.

La regulación es una de las funciones más importantes del *contrato o pacto*; es decir, la relación entre los formuladores de política con las aseguradoras y los proveedores. Requiere estándares e información para tomar mejores decisiones, monitorear y supervisar a los proveedores públicos y privados.

El MINSA está haciendo grandes esfuerzos por mejorar sus sistemas de información y ha logrado, como se vio en el caso del SIS y el área de vigilancia sanitaria, importantes avances. Sin embargo, hay que señalar dos problemas: (a) la ausencia de información pertinente para la toma de decisiones, y (b) los sistemas de información existentes son difíciles de complementar entre sí, no son oportunos en el tiempo, tampoco precisos y, en algunos casos, no son confiables. El sistema no se adecua a una visión de gestión por resultados, y agota a los proveedores con demasiadas solicitudes de información que al final no se utilizan.

Para graficar mejor el vínculo entre regulación y rectoría del MINSA con los sistemas de información, a continuación se mencionan algunas responsabilidades de regulación:

*Velar por la salud pública y emitir las normas pertinentes para asegurar que su población objetivo reciba el servicio adecuado de los proveedores públicos y privados.* El MINSA no tiene un buen registro de la población asignada a los establecimientos de salud bajo su responsabilidad y existe subregistro de las estadísticas vitales como mortalidad, lo que hace difícil relacionar el nivel de la mortalidad con el desempeño de los proveedores.

*Vigilar la salud pública y los brotes.* El MINSA ha desarrollado de manera muy eficaz esta tarea. La Oficina General de Epidemiología mantiene registro y vigilancia de 17 enfermedades y notifica inmediatamente los brotes. Sin embargo, deberá migrar a un sistema automatizado y ampliar su monitoreo de las acciones preventivas para evitar los brotes y no solo alertar sobre los daños una vez ocurridos los hechos.

*Corregir las fallas de oferta del mercado público o privado asegurando la provisión de bienes por méritos y la ubicación de recursos humanos en zonas no atractivas.* El MINSA podría decidir premiar con transferencias específicas a las regiones y las DISA por su desempeño medido en productividad o nivel de producción de alguna actividad no atractiva para el proveedor (por ejemplo, acciones preventivas en zonas pobres y que no generan ingresos); asimismo, podría regular la localización del recurso humano a fin de asegurar la existencia de personal capacitado en zonas deprimidas. Para lograr lo anterior enfrenta dos problemas: el instrumento y el proceso de registro de la producción y del recurso humano.

Aun cuando el HIS es el instrumento por excelencia que provee información sobre producción que luego consolida el MINSA, este sistema tiene algunas limitaciones. El HIS solo registra consultas y no es fácil hacer interfaces con otros sistemas. Además, su sistema de consulta no es amigable y obliga a recurrir a los especialistas de la unidad de estadística. Otro problema que no se ha podido superar es la distinción y registro correcto de «atenciones» y «atendidos» que maneja el HIS; ante la confusión, se usa básicamente el primero. Pero el HIS no es el instrumento de uso universal; también han surgido sistemas paralelos, como los registros de producción de los programas y la hoja de producción que manejan algunas DISA, así como los sistemas de registro de producción del SIS.

Por otra parte, el maestro de personal es una base de datos que permite identificar a los trabajadores de salud en forma individual con sus códigos, tipo de profesión, estado contractual o relación laboral con el MINSA y su localización por establecimiento de salud y DISA. Se trata de una base de datos muy importante pero que, por problemas de gestión y coordinación entre las partes que la alimentan, dificulta una buena consolidación y, por ende, una visión completa de los recursos humanos. Por ejemplo, los códigos del personal están repetidos en dos o más profesionales, una persona puede aparecer más de una vez por problemas de ortografía en su nombre o nombres incompletos, entre otros vicios. Tampoco se diferencia el tipo de contrato o su duración. El interface

con el HIS no es automático y, al intentar hacer análisis de productividad y desempeño por trabajador, se pierden muchas observaciones debido a los malos registros en las bases de datos.

El PAAG cuenta con su propio sistema de información de personal contratado y ha intentado recoger más datos, pero, lamentablemente, no es universal. En resumen, es difícil hacer un seguimiento a la productividad del recurso humano, lo que limita cualquier sistema de mérito por desempeño. Cada DISA recoge esta información y la procesa para sus fines operativos, pero no hay sistema de sanción ni de incentivos.

*Regular tarifas y monitorear costos para la compra de servicios.* Como parte de su responsabilidad de corregir las imperfecciones del mercado, monitorear la escalada de costos, o con el afán de comprar servicios para los pobres por intermedio de los seguros, el MINSA necesita conocer los costos, su relación con los costos estándar y las tarifas con las que puede comprar o financiar servicios a los seguros.

Uno de los retos actuales del MINSA es facilitar la consolidación y registro de los flujos financieros y el presupuesto ejecutado en los establecimientos de salud y su reporte automático a las DISA y luego al MINSA. Los CLAS tienen la responsabilidad de consolidar la información financiera de las diferentes fuentes para rendir cuentas, pero los establecimientos tradicionales no consolidan ni conocen a cabalidad los fondos que les asignan y gastan. Un comentario al respecto: mientras que las DISA, como intermediarias del SIS, envían los fondos directamente a los CLAS en efectivo, los fondos que envían a los otros establecimientos son en materiales e insumos. Algo similar ocurre con el manejo de los recursos directamente recaudados. Un gerente de un establecimiento de salud no tiene los instrumentos ni control para tomar decisiones. Este problema a nivel micro, que impide conocer los costos de cada establecimiento, afecta la toma de decisiones apropiadas en todo el sistema y le resta a las DISA y al MINSA habilidad para gerenciar el sector.

*Asignar fondos públicos.* El MINSA debe velar por una asignación de recursos equitativa, eficaz y eficiente. Tal propósito se ve obstaculizado por la poca utilidad de la información presupuestal, debido a la falta de coherencia entre los conceptos de priorización de salud pública (salud colectiva y salud individual) o niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel) que utiliza el MINSA y los que se reflejan en el SIAF. Unido a ello está el proceso de descentralización, que trae el reto de incorporar a los gobiernos locales en el SIAF GL. Esta oportunidad permitirá conocer mejor el tipo de gasto en salud que se

realiza en el ámbito local. Al no conocerse los costos unitarios por servicios, los establecimientos de salud y las DISA no pueden aspirar a tener un presupuesto más realista y no solo histórico.

En resumen, el MINSA es un regulador que no dispone de información suficiente para tomar mejores decisiones y ejecutar políticas adecuadas, de allí que se piense que el gran salto es construir mejor la información. Por otra parte, el proceso de descentralización torna más compleja la coyuntura y hace necesario clarificar las responsabilidades de registro y manejo del sistema de información en los ámbitos regional y local, sobre todo lo relacionado a la oferta disponible en las diferentes jurisdicciones. La transferencia de funciones de salud para el año 2005, previa acreditación (decreto supremo 052-2005-PCM), abre las puertas a las regiones para encargarse de sus sistemas de información, lo que requerirá, sin duda, el liderazgo del MINSA para articular los trabajos de todas las regiones.

Finalmente, es importante señalar que el MINSA debe estar convencido de la utilidad de los sistemas de información y del uso que hará de ellos como instrumentos de una gestión por resultados, para crear un sistema de méritos en los recursos humanos, monitorear los avances en la equidad, corregir imperfecciones del mercado, etcétera. Pero, además, no tiene sentido generar información si esta no se comparte con la población, ya sea como usuario-paciente o como ciudadano involucrado en la vigilancia y voz política. La transparencia y la disponibilidad de la información propiciarán mejores procesos de rendición de cuentas.

## **VI. Estudios de autores peruanos sobre el sistema de salud**

Existe una abundante e importante literatura de autores peruanos sobre el sistema de salud, que abarca tanto el diagnóstico como recomendaciones de política. El cuadro 4.14 presenta solo algunos textos. Hay muchos otros autores que no han sido citados, como tampoco la producción de los organismos nacionales e internacionales, así como de organizaciones e intelectuales de las áreas de ciencias sociales. La razón principal de esta aproximación ha sido la necesidad de tratar de capturar una muestra del pensamiento de la intelectualidad peruana en materia de salud, con el objeto de ver cómo aborda el problema y probar si las recomendaciones técnicas de este capítulo están o no en sintonía con los hallazgos de los investigadores peruanos.

El análisis de los textos revisados indica lo siguiente: (a) el diagnóstico del sistema de salud es ampliamente compartido por todos los autores, los que



invariablemente destacan la mejora progresiva de la salud de la población en las últimas décadas, el lento avance en la cobertura materno-infantil (en particular la atención profesional del parto), la inequidad existente en el acceso a la salud, los cobros como principal barrera de acceso a la atención de salud, y la fragmentación y escasa coordinación al interior del sector y del propio MINSA; y (b) existe una amplia coincidencia en las recomendaciones de política, como, por ejemplo, ampliar la cobertura de atención del parto por personal calificado, mejorar la calidad y capacidad resolutiva de los servicios, mejorar la red de referencia, impulsar medidas tendientes a disminuir la inequidad (principalmente focalizando recursos geográfica e individualmente), y dar énfasis a las acciones en el ámbito rural, donde se registran los peores indicadores de salud.

## Cuadro 4.14. Principales hallazgos de las investigaciones peruanas

Tema	Autor	Diagnóstico y recomendaciones
<b>Salud y población</b>	Bardález (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en la salud de la población peruana en las últimas décadas.</li> <li>• Lento crecimiento de la cobertura de atención materno-infantil (mortalidad neonatal elevada en las ciudades).</li> <li>• Recomienda aumentar la cobertura de atención del parto, del neonato y del internamiento en general.</li> <li>• La diversidad de escenarios de la situación de salud exige un manejo descentralizado.</li> </ul>
	Guzmán (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La principal causa de mortalidad materna es la barrera para el acceso a los servicios y su limitada capacidad resolutive. El aborto clandestino explica cerca de un tercio de las muertes maternas.</li> <li>• Bajo acceso a atención de salud reproductiva, principalmente en adolescentes.</li> <li>• Se requiere una estrategia combinada: mejoras en la educación, acceso a los servicios (atención profesional del parto y emergencias obstétricas de calidad), acceso a servicios de planificación familiar, y mejorar el estatus económico y social de la mujer.</li> <li>• Impulsar mejoras en la capacidad resolutive de los servicios y en el aseguramiento público y acceso a servicios obstétricos. El control prenatal tiene poco poder predictivo de las complicaciones.</li> <li>• Hay necesidad de prevenir embarazos no deseados extendiendo la cobertura de la planificación familiar.</li> </ul>
<b>Políticas de salud</b>	Francke (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios con altas externalidades y servicios a madres y niños deben ser asignados geográficamente sobre la base de riesgos.</li> <li>• Los servicios de primer nivel rurales deben combinar focalización y universalidad.</li> <li>• Aplicar exoneración al conjunto de servicios dirigidos a los pobres.</li> <li>• Controlar los incentivos al personal para el cobro de tarifas a usuarios.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Tema	Autor	Diagnóstico y recomendaciones
<b>Políticas de salud</b>	Francke (2001b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer de la salud un derecho de todos los peruanos requiere: democratizar el Estado, priorizar el acceso universal a servicios básicos de calidad, y reorganizar los servicios y sistemas de salud.</li> <li>• Reorganizar el sistema de salud requiere: establecer una planificación común de todos los servicios de salud, organizar los establecimientos del MINSA y EsSalud para delimitar los servicios que brindan, y dar autonomía y descentralizar las redes de primer nivel y hospitales (los CLAS debe extenderse a todo el primer nivel).</li> </ul>
	Johnson (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los principales problemas del sector salud son: ausencia de una visión sistémica, falta de coordinación entre subsectores del MINSA, inestabilidad de los cargos políticos y técnicos, bajo nivel de calificación del personal, ausencia de enfoque multidisciplinario, carácter vertical y tradicional del MINSA, mezcla de funciones (regulación, provisión y financiamiento).</li> <li>• Separar funciones y especialización en el MINSA.</li> <li>• Reemplazar la organización piramidal del MINSA por una organización plana.</li> </ul>
	Alvarado (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inequidad en el acceso y resultados sanitarios, y en la distribución actual de los recursos.</li> <li>• Aplicar focalización geográfica en los fondos sectoriales, aplicar focalización individual en la atención en centros y hospitales, construir bases de datos para la focalización e introducir en el Seguro Integral cargos a los usuarios y exoneraciones.</li> </ul>
<b>Financiamiento de la salud</b>	Petrera (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar la composición del financiamiento de la atención de salud incrementando el aporte fiscal y de contribuciones obligatorias.</li> <li>• Desarrollar un fondo público de seguros de salud para organizar el financiamiento del SIS.</li> <li>• Desarrollar la función de compra del fondo del seguro de salud.</li> <li>• Reestructurar la seguridad social en el sector salud a fin de otorgarle mayor efectividad, eficiencia, competitividad y transparencia.</li> <li>• Desarrollar mayor sinergia entre los recursos del sector mediante la interacción pública y la incorporación del sector privado prestador.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Tema	Autor	Diagnóstico y recomendaciones
<b>Financiamiento de la salud</b>	Madueño, De Habich y Jumpa (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen barreras económicas de acceso al mercado de seguros para el 20 por ciento de independientes no asegurados de menores ingresos.</li> <li>• La política tarifaria del MINSA desincentiva el aseguramiento potestativo al actuar como un «seguro implícito» y, por lo tanto, limita la profundidad del mercado de seguros.</li> <li>• Aplicar una estrategia de segmentación del mercado en el restante 80 por ciento de independientes no asegurados, y establecer arreglos institucionales que permitan la profundización del mercado de seguros. Al beneficiar a los diversos agentes del mercado, en particular al usuario de clase media, se hace políticamente más viable la disminución de resistencia de este segmento frente a la redirección del subsidio público a la población más pobre.</li> </ul>
	Guzmán (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un Sistema Solidario de Seguridad Social en Salud regido por el MINSA.</li> <li>• El financiamiento se haría con fondos coordinados por un directorio conformado por los representantes de las diversas instituciones que integrarían el fondo.</li> <li>• La prestación se haría a través de prestadores públicos y privados.</li> <li>• La regulación estaría a cargo de una Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>• Definir un Plan de Beneficios Básico Garantizado para toda la población y que cubra los problemas más urgentes y de prioridad sanitaria.</li> <li>• La afiliación sería obligatoria y existirían múltiples mecanismos de pago.</li> </ul>
	Sobrevilla, Loo, Telyukov y Garavito (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer las iniciativas del MINSA diseñadas para elaborar un sistema simple de clasificación individual de servicios.</li> <li>• Fortalecer el Seguro Integral de Salud, proveyendo una variedad de maneras con las que los servicios pueden ser financiados.</li> <li>• Fortalecer la administración compartida y los CLAS a través del mejoramiento de la estructura de actividades que se va a contratar.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Tema	Autor	Diagnóstico y recomendaciones
<b>Financiamiento de la salud</b>	Valdivia (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inequidad en el acceso a los servicios de salud y fuertes errores en la focalización de los subsidios públicos.</li> <li>• Un posible efecto de una política de tarifas sería el desvío de la demanda de proveedores públicos a privados y una menor recuperación, frente a una alta elasticidad de demanda en los grupos de mayor nivel socioeconómico.</li> <li>• Esta misma política podría tener un efecto positivo sobre la calidad e impulsar aumentos de demanda, por lo que existiría espacio para recuperar costos.</li> <li>• Mejorar los sistemas de información para incorporar otros efectos sobre la demanda de servicios.</li> </ul>
<b>Política hospitalaria</b>	Palomino (2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe una política hospitalaria común y cada hospital se maneja de manera independiente.</li> <li>• Ordenar el sistema hospitalario del MINSA en tres niveles: un primer nivel constituido por la atención primaria y hospitales de apoyo provincial y departamental; un segundo nivel formado por los hospitales correspondientes a las macrorregiones; y un tercer nivel con los hospitales nacionales e institutos.</li> <li>• Organizar al país en redes departamentales; cada una contará con microrredes, las que tendrían población asignada a su cargo.</li> <li>• Fortalecer la regulación hospitalaria.</li> <li>• Crear una instancia que provea financiamiento para los hospitales nacionales y regionales y que entregue su administración a asociaciones sin fines de lucro.</li> <li>• Financiar los hospitales por medio de una asignación per cápita para el primer nivel y una asignación por casos atendidos para el segundo y tercer nivel hospitalario.</li> <li>• Desarrollar convenios de gestión entre los diferentes niveles y actores del sistema.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Tema	Autor	Diagnóstico y recomendaciones
<b>Modelo CLAS</b>	Altobelli, Sovero y Díaz (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los CLAS tienen mejor cobertura financiados por el SIS que los establecimientos no CLAS.</li> <li>• Los CLAS rurales muestran mejor desempeño en planes de mujer niño.</li> <li>• Los CLAS producen 1,6 y 1,2 veces más que los no CLAS en áreas urbanas y rurales respectivamente.</li> <li>• Los CLAS recaudan dos veces más por habitante en comparación con los no CLAS.</li> <li>• Apoyar a los CLAS para que aprovechen mejor el financiamiento del SIS.</li> </ul>
	Casavallente (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compara CLAS y establecimientos tradicionales con mejor y más bajo desempeño. Los CLAS con mejor desempeño atienden menos pobres que los CLAS con más bajo desempeño y los tradicionales con mejor desempeño.</li> <li>• Los CLAS con mejor desempeño tienen mayor cantidad de atenciones con planes para embarazadas y niños menores de 5 años en comparación con el resto de grupos.</li> <li>• No hay diferencia en la satisfacción de los pacientes.</li> <li>• No hay diferencias en el tiempo de espera entre establecimientos tradicionales y CLAS con mejor desempeño. Lo contrario para CLAS con desempeño más bajo.</li> <li>• Los CLAS también pueden tener esquemas equitativos, no solo esquemas de eficiencia.</li> </ul>

## VII. Recomendaciones

La evaluación de la provisión de servicios sociales, en el caso particular del sector público de salud a cargo del MINSA, revela que no existen canales y procesos de rendición de cuentas y, si los hay, estos son débiles por el lado de los proveedores (profesionales de la salud y establecimientos) hacia el sector regulador y financiador, así como de los responsables del sector hacia los usuarios o pacientes. Ello se debe, en parte, a la falta de claridad de responsabilidades de los actores, la débil posición del MINSA y, también, la ausencia de estándares y metas sobre qué se debe rendir cuentas. A continuación se enumeran las recomendaciones, agrupadas en tres estrategias generales vinculadas a las funciones de salud, que podrían contribuir a mejorar la situación descrita, todas ellas sustentadas en el esquema del triángulo de rendición de cuentas (véase el gráfico 4.9).

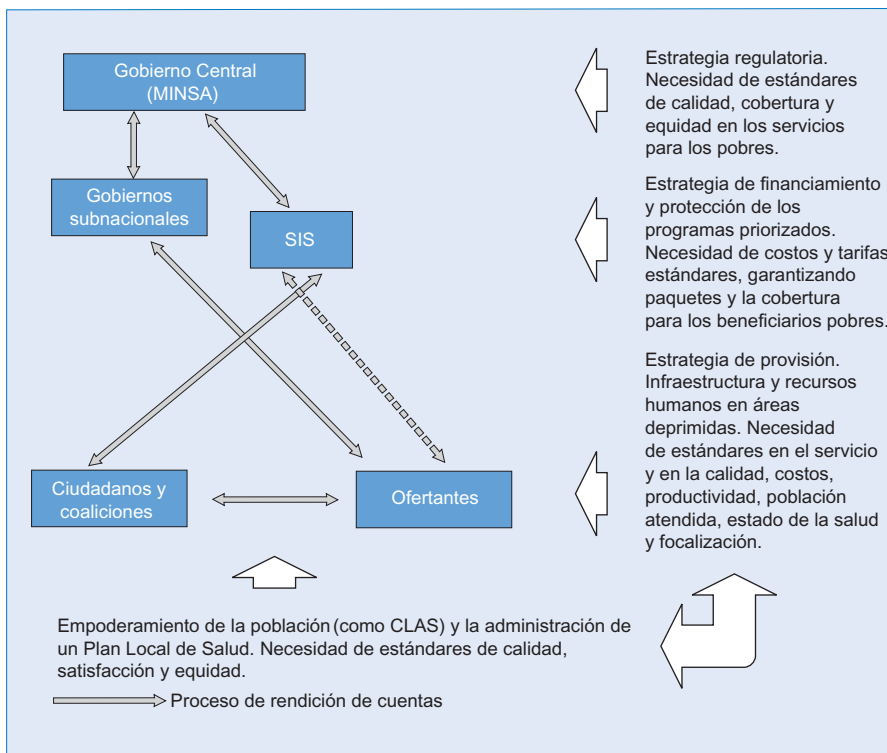
### **Estrategia de regulación y descentralización**

En teoría, el MINSA es el organismo responsable de regular el sistema de salud, pero este Ministerio tiene escasa intervención en EsSalud y en el sector privado. Además, el hecho de desempeñar funciones financieras y operativas lo distraen de su rol rector, en parte porque está muy concentrado en la provisión de los servicios en Lima y Callao, incluyendo los hospitales e institutos especializados. El proceso de clarificación de las responsabilidades por ámbito de gobierno, fundamental para lograr una mayor rendición de cuentas, está progresando, aunque lentamente, como parte del proceso de descentralización, escenario que debe aprovecharse para fortalecer la función reguladora del MINSA, la función financiadora del SIS y la función de provisión de los gobiernos subnacionales.

Aparte de esta multiplicidad de roles —y la consiguiente debilidad de cada uno de ellos—, el MINSA no cuenta con la información necesaria y suficiente para poder ejercer su papel rector. Tal carencia no le permite establecer estándares con los cuales monitorear y supervisar el buen funcionamiento del sector y pedirles cuentas a los proveedores y trabajadores. Por otro lado, la población tampoco está informada y no puede pedir cuentas sobre los servicios que son responsabilidad del MINSA.

Uno de los mayores retos del MINSA es contar, a la brevedad posible, con información oportuna para poder ejercer a cabalidad su función reguladora.

**Gráfico 4.9. Recomendaciones para los procesos de rendición de cuentas en el sector salud del Perú**



Los diversos intentos de desarrollar los sistemas de información han posibilitado algunos avances como, por ejemplo, en el sistema de vigilancia sanitaria y en los sistemas de registro del SIS, pero estos han sido aislados. Lo que se requiere es un tratamiento integral del problema para hacer transparentes las relaciones y transacciones entre los diversos agentes del sistema: reguladores, financiadores y proveedores públicos y privados; equivalente a la ruta larga en el triángulo de rendición de cuentas. También es urgente definir qué estándares se necesitan: tipo y nivel de servicios que se van a ofrecer, coberturas de la población objetivo, costos y productividad de la provisión, entre otros.

El reto es que en los próximos cinco años se cuente con información sobre:

- *Estadísticas vitales de la población e identificación de las características de la demanda.* El MINSA realiza estimaciones de su población beneficiaria sin conocer con precisión a los usuarios de los diferentes



servicios que administra (preventivo, curativo y de rehabilitación). Se requiere avanzar hacia una modalidad de identificación de la población que posibilite un adecuado seguimiento de su estado de salud y de las intervenciones de salud que se realizan, desde el punto de vista del acceso e impacto. Adicionalmente a los esfuerzos de identificación, es conveniente desarrollar mecanismos de clasificación socioeconómica de la población beneficiaria para saber con certeza a quiénes subsidiar, qué subsidiar y cuánto subsidiar.

- *Producción de servicios en establecimientos públicos.* Las estadísticas sobre atención ambulatoria son exiguas y las de atención hospitalaria son buenas solo en determinados hospitales, pero esta información no es consolidada ni conocida por el MINSA. Se requiere, además, realizar un esfuerzo que permita coordinar las bases de información que genera el SIS con las que maneja el MINSA.
- *Oferta de servicios.* Desde el censo de infraestructura de 1996 solo se han realizado esfuerzos parciales para identificar las características físicas de la oferta de salud en los establecimientos del MINSA y ningún intento al respecto con los otros proveedores del sector. Ante la separación de funciones que se avecina con la descentralización, las regiones serán en adelante las responsables de mantener actualizada la información sobre la oferta disponible en sus jurisdicciones. Esta información es básica para monitorear el desempeño de los servicios de salud.
- *Financiamiento y presupuesto.* Las estadísticas relativas al presupuesto pueden estudiarse a través del SIAF, pero la estructura presupuestal del MINSA no permite utilizar la información para analizar la calidad de su gasto o el de las regiones, las que reportan directamente al SIAF. Con el actual sistema no es posible examinar el uso de los fondos según prioridades de atención (por ejemplo, atención primaria, secundaria, terciaria), según equidad en la distribución de fondos entre jurisdicciones, ni establecer el costo-efectividad de las unidades de servicios (costo y producción de hospitales específicos, redes geográficas o servicios individuales).
- *Productividad del recurso humano.* La falta de información sobre la productividad no facilita la construcción de una cultura de rendición de cuentas del recurso humano hacia los gerentes, de los establecimientos hacia las redes y de las redes hacia las DISA. Actualmente, el MINSA y las DISA no hacen seguimiento de productividad al recurso humano, pero tampoco tienen posibilidad de hacerlo pronto por los problemas que

presentan el HIS y el maestro de personal. Las bases de datos del recurso humano adolecen de vicios de duplicación en la codificación que limitan su interface, incluso manual, con otras bases de datos. Tampoco se conoce quién da las pautas para la codificación. Con un sistema de información como este es imposible aplicar un plan de incentivos y méritos basado en un mejor desempeño.

- *Sistema de costos.* No se cuenta con un sistema de información de gastos, dotaciones, sueldos y destinaciones del personal de salud que permita establecer asociaciones entre disponibilidad del recurso humano y producción, y realizar análisis de costos y, por ende, de tarifas. Sin costos y tarifas el SIS no puede establecer el monto de los reembolsos con costos reales; tampoco es factible fijar los estándares con los que deben operar los proveedores.

Trabajar con indicadores sencillos facilita el diálogo, el contrato social y la transparencia sobre las metas que se pretende alcanzar. Si el MINSA dispone de la información mencionada podrá dar cuenta a la población sobre qué servicios puede financiar o comprar del SIS (como un paquete garantizado), y sabrá qué debe esperar de los establecimientos de salud en cuanto a equidad, calidad y costos, otorgándole un importante instrumento de empoderamiento (ruta corta del triángulo de rendición de cuentas).

Con sistemas de información implementados será más fácil fijar metas y monitorear los indicadores establecidos por los ODM. La cultura de rendición de cuentas del sector podría iniciarse monitoreando las prioridades sanitarias vinculadas a los servicios que necesitan los pobres como, por ejemplo, el incremento de los partos institucionales para reducir la mortalidad materna. Las metas por año pueden ser fijadas con variantes regionales. Las prioridades nacionales podrían ser complementadas y financiadas por los gobiernos regionales; esto último constituye una manera de empoderar a los gobiernos regionales.

## **Estrategia de financiamiento**

Esta estrategia se complementa con la primera, en el sentido de que ayuda a clarificar las responsabilidades de los diversos agentes vinculados al financiamiento y la compra de los servicios. Se ha identificado cuatro áreas que merecen atención:

1. *Mantener protegido e independiente el presupuesto para atenciones prioritizadas.* Es necesario asegurar un financiamiento protegido e independiente para los programas de salud pública con meta poblacional (inmunizaciones). Esta independencia evitaría poner en riesgo las compras de vacunas y de otros insumos clave por presiones de gasto en otras partidas.
2. *Fortalecer institucionalmente al SIS como entidad aseguradora.* El SIS sería el encargado de la compra de prestaciones de salud en todo el país, permitiendo que el MINSA se concentre en su labor reguladora. Con el SIS se ha hecho un intento inicial de separar la función de financiamiento; sin embargo, este sistema aún no se ha constituido plenamente en un seguro y sus actividades lo sesgan fuertemente a ser solo un organismo pagador. El SIS podría seguir siendo financiado por el MINSA y por los usuarios que puedan pagar sus primas de afiliación, creando de esta manera canales de rendición de cuentas hacia sus dos financiadores y, a la vez, mejorando su carácter progresivo.
3. *Financiar el Plan Prioritario Garantizado con el SIS.* Para ello es esencial: (a) que la legislación asegure la existencia de un plan con costos conocidos, que establezca metas nacionales y regionales oficiales del número de beneficiarios y las atenciones de salud que cubrirá; (b) que exista un presupuesto que permita financiar el Plan Garantizado para el número de beneficiarios y las coberturas establecidas en este; (c) que el SIS contemple, adicionalmente, un monto para financiar un Fondo de Enfermedades Catastróficas, orientado a dar acceso a las familias más pobres del interior del país a los institutos especializados de Lima.  
El establecimiento del Plan generará un poderoso mecanismo de rectoría del MINSA, que permitirá compatibilizar las prioridades nacionales y regionales. Las atenciones que este Plan incluiría serían las de cuidado materno-perinatal, los controles del niño, las inmunizaciones y el control de enfermedades transmisibles.
4. *Implementar una política nacional de tarifas.* Es necesario normar los cobros a los usuarios de los hospitales y centros y puestos de salud, y acompañarlos de sistemas de identificación socioeconómica de los pacientes, de manera de incrementar la equidad y eficiencia en el acceso a los servicios hospitalarios y de atención primaria. Asimismo, generar transparencia en el uso que se da a los fondos.

## Estrategia de provisión

*Recursos humanos.* Los recientes nombramientos de personal contratado<sup>29</sup> en áreas rurales y la eliminación del acceso a residencias especializadas que brindaba el SERUM producirán una considerable pérdida de personal de salud en las zonas rurales y pobres. Ello plantea la urgencia de desarrollar nuevos mecanismos y fórmulas que atraigan personal de salud a las zonas pobres y aisladas, los que deben contemplar tanto incentivos económicos de corto plazo, como la reestructuración de algunos mecanismos del sistema de residentado médico (por ejemplo, otorgar mayores puntajes y privilegios para los médicos serumistas que sirvan en zonas aisladas a las residencias médicas).

*Infraestructura.* (a) Fortalecer la oferta de salud pública primaria en aquellas zonas donde esta sea escasa, principalmente en las rurales y más pobres, y (b) fortalecer la oferta de atención de urgencias obstétricas y emergencias en los hospitales de regiones pobres. La mortalidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio sigue siendo un problema de salud pública muy grave en el Perú. La mayoría de las causas de muertes maternas denotan déficit en el acceso y la calidad de la atención del parto y la atención prenatal. Casi todas estas causas pueden prevenirse si la atención del parto se realiza en una institución de salud con personal y equipamiento adecuados.

*Empoderamiento de los usuarios.* El modelo CLAS, un modelo de gestión administrada y supervisada por la comunidad a través de su Asociación y Consejo Directivo, ha probado tener canales efectivos de rendición de cuentas que se traducen en mayor satisfacción de los usuarios, mayor acceso de la población asignada al establecimiento, mayor cantidad de actividades intramurales y de promoción, horarios más extendidos, personal más productivo medido en pacientes atendidos por día, etcétera. Se recomienda fortalecer este modelo y considerar sus canales para la rendición de cuentas. El éxito de este modelo descansa en la factibilidad de trabajar alrededor de un plan de salud local como estándar con metas de los productos que se espera de los establecimientos de salud.

<sup>29</sup> Incorporación a planillas con beneficios sociales.

## **Anexo**

### **Atenciones que cubre el SIS**

La siguiente lista considera todos los beneficios independientemente del plan al que pertenecen. Distintas combinaciones de los servicios y exámenes abajo listados se aplican a diferentes planes. Véase <[www.sis.minsa.gob.pe](http://www.sis.minsa.gob.pe)>.

- Atención inmediata al recién nacido normal
- Internamiento del recién nacido con patología
- Internamiento con intervención quirúrgica del recién nacido
- Control del recién nacido de bajo peso al nacer
- Examen inmunológico recién nacido de madre VIH positivo
- Examen inmunológico recién nacido de madre RPR positivo
- Atención Integral de Salud (CRED, PAI)
- Consejería nutricional niños en riesgo
- Examen odontoestomatológico
- Suplemento de hierro
- Tratamiento antiparasitario
- Tratamiento de VIH-SIDA en niños
- Consulta externa
- Obturación y curación dental simple
- Obturación y curación dental compuesta
- Extracción dental
- Trabajo extramural (visita domiciliaria)
- Atención en tópico
- Atención de emergencia
- Atención de emergencia con observación
- Intervención médico-quirúrgica ambulatoria
- Internamiento en establecimiento de salud
- Internamiento con intervención quirúrgica menor
- Internamiento con intervención quirúrgica mayor
- Internamiento en cuidados intensivos (UCI)
- Transfusión sanguínea (una o más unidades)
- Traslado de emergencia periurbano
- Traslado de emergencia rural costa
- Traslado de emergencia rural sierra-selva
- Traslado nacional (niño y acompañante)
- Sepelio.



## CAPÍTULO 5

# LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL

*Cornelia Mihaela Tesliuc*

### I. Introducción

Este capítulo evalúa la Red de Protección Social (RPS) del Perú y describe cómo construir una red que permita complementar el crecimiento económico y las intervenciones públicas, como las de salud y educación, además de contribuir con mayor eficacia a la reducción de la pobreza actual y futura.

Las RPS son intervenciones formales e informales que protegen a las personas de los peores efectos del bajo ingreso y la pobreza. Internacionalmente, incluyen transferencias de efectivo, programas alimentarios, trabajo temporal, subsidios a los precios y de otros tipos, y programas que aseguren el acceso de los pobres a los servicios públicos esenciales, como vales o becas escolares, exoneraciones de pago para servicios de salud y fondos sociales. En el Perú, la RPS consiste fundamentalmente en programas de asistencia alimentaria y trabajo temporal. En este país los fondos sociales desempeñan además un papel importante: asegurar el acceso de hogares y comunidades pobres a la salud, la educación, el agua, el saneamiento, los caminos y la electricidad.

Para entender las fortalezas, debilidades y oportunidades clave del sector de RPS se emplean dos técnicas analíticas: (a) una evaluación de la efectividad y la eficiencia de las transferencias públicas en la redistribución del ingreso y la reducción de la pobreza; y, (b) una evaluación de los mecanismos de rendición de cuentas. Este capítulo investiga el diseño del sistema (esto es, el nivel global de financiamiento, la relación gasto/programa), el diseño de programas clave (la inclusión o no del grupo prioritario, cobertura inadecuada o bajo nivel de adecuación), la implementación (las diferencias entre lo que estipulan las leyes y regulaciones y cómo se ejecutan los programas en la realidad), y la efectividad de los mecanismos de rendición de cuentas.

Un aspecto innovador de los estudios llevados a cabo como parte de la Rendición de Cuentas en la Reforma Social (RECURSO) del Perú es el uso de

datos cualitativos y cuantitativos; ambos tipos de fuentes son valiosos en sí mismos y producen importantes sinergias cuando se utilizan combinados. La fuente primaria de información cuantitativa es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2003), que incluye un módulo especial de nivel comunitario elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El capítulo se sustenta, asimismo, en los resultados de un Estudio Cualitativo sobre Empoderamiento, Voz y Provisión de Servicios (PCVES), llevado a cabo en dieciocho municipios provinciales y distritales de tres departamentos que comprenden las tres regiones geográficas del país (sierra, costa y selva). El PCVES fue diseñado para complementar la ENAHO con información detallada de las percepciones del poder del cliente, la voz y cómo la provisión de servicios se ve afectada por la descentralización.

El capítulo se inicia con un resumen de las recomendaciones de política más importantes, al que sigue un diagnóstico de los problemas fundamentales del sector y una visión general de los principales hallazgos y recomendaciones que se desprenden de los estudios previos. Por último, se trata con mayor detalle las recomendaciones y opciones clave que se desprenden de nuestro análisis y la racionalidad de los cambios de política propuestos.

## **II. Principales recomendaciones de política**

Las recomendaciones contenidas en este capítulo conciernen sobre todo a reformas de corto plazo en la RPS y toman en cuenta a las instituciones y programas ya existentes. Es probable que estas reformas sirvan para dar una mejor cobertura a los grupos prioritarios con los recursos financieros e institucionales con los que se cuenta. En el largo plazo sería deseable que se identifiquen los programas e intervenciones que, se espera, tengan un mayor impacto sobre el estado educacional, de salud y de nutrición de los pobres. Lo más probable es que tales intervenciones requieran más fondos y mayor capacidad de implementación.

### **1. Esclarecer los objetivos de la política de RPS, definir los resultados alcanzables y fortalecer la rendición de cuentas**

- Poner en el centro a los grupos prioritarios. Concentrar las intervenciones en los sectores que sufren mayores desventajas acumulativas, es decir, los niños que viven en la pobreza y sus familias. Los niños son el grupo de



edad con mayor incidencia de pobreza y constituyen el sector más grande en extrema pobreza. Muchos niños pobres experimentan formas severas de privación, como tasas altas de desnutrición, bajo rendimiento académico y deserción escolar.

- Concentrarse en algunas intervenciones clave para fortalecer la inversión en capital humano y físico, dejando atrás el asistencialismo. Cambiar gradualmente el eje de los programas de ayuda alimentaria, del asistencialismo y la mitigación a la provisión de asistencia vinculada con la inversión en capital humano o en activos físicos. Además, esto debería complementar programas de otros sectores para asegurar que todos los niños pobres cuenten con una nutrición básica, cuidado de salud y educación.
- Revisar la política de utilización de los programas sociales con el objetivo de subsidiar a los productores de productos lácteos y agrícolas. Una política de adquisiciones más eficiente y transparente reduciría sustancialmente los costos de los insumos y la intermediación, y permitiría, en consecuencia, incrementar el número de beneficiarios al que se llega con el mismo presupuesto, así como la calidad de los productos.
- Implementar una RPS para proteger a las familias de los efectos negativos de diversos *shocks*. Estos, por lo general, requieren respuestas rápidas, y las RPS han sido consideradas como la mejor forma de responder a ellos. Con ajustes adicionales en su diseño, el programa de empleo temporal existente en las áreas urbanas podría actuar como una intervención contracíclica.
- Mejorar la rendición de cuentas. Establecer sistemas de monitoreo y evaluación vinculados con los objetivos del programa. Esclarecer las líneas de rendición de cuentas y asegurarse de que la información del monitoreo y la evaluación esté a disposición de los usuarios, proveedores y formuladores de políticas.
- Establecer estrategias diseñadas para áreas rurales y urbanas. En estas últimas, concentrarse en programas que empleen la autoselección de los beneficiarios; en las primeras, seguir usando la focalización geográfica para distribuir los recursos entre los municipios y seleccionar grupos de edad prioritarios.
- Esclarecer las funciones de las distintas agencias, niveles de gobierno y grupos beneficiarios respecto de la regulación, financiamiento, implementación y monitoreo de los programas.

**2. En áreas urbanas, mejorar el acceso de los niños pobres a un programa optimizado del Vaso de Leche, vinculándolo con intervenciones de nutrición, salud y educación. Seguir usando y fortaleciendo el cumplimiento de mecanismos simples de focalización: demográfico, elección del programa y autoselección. Seguir implementando los programas de trabajo temporal de modo contracíclico**

- En áreas urbanas, el Vaso de Leche tiene una alta cobertura de la población objetivo y goza de gran legitimidad política. El gobierno podría considerar una serie de medidas para mejorar su impacto sobre la pobreza y la nutrición, ligándolo a intervenciones complementarias en educación, salud y nutrición. Para ampliar el programa sin salirse del presupuesto disponible, debe cumplirse: (a) la salida del programa de familias cuyos hijos superan la edad de elegibilidad (0 a 6 años); y, (b) el uso de un sistema de reparto diario de alimentos cocinados como un medio de asegurar la autoselección. Es probable que estas mejoras produzcan ahorros, que podrían usarse para incrementar la cobertura.
- Seguir operando el programa A Trabajar Urbano de modo contracíclico. Se requieren ciertos ajustes para optimizar la implementación del programa de empleo temporal: (a) fijar salarios lo suficientemente bajos como para asegurar que se produzca una autoselección automática; (b) intensificar los esfuerzos para seleccionar a los jefes de familia desempleados más necesitados; (c) contemplar las opciones de integrar los programas de empleo temporal con las inversiones municipales, para asegurar la calidad (en función de los recursos suplementarios necesarios para complementar el factor mano de obra) y el mantenimiento de los activos creados; y, (d) considerar como posibles proyectos no solo la construcción de activos físicos sino también el suministro de servicios sociales (madres cuidadoras, promotoras de salud) que podrían incrementar la participación de mujeres.

**3. En áreas rurales, encontrar la combinación de intervenciones que mejore efectivamente el capital humano de los pobres y el acceso a los servicios básicos. Emplear técnicas costo-efectivas para identificar a los grupos prioritarios (focalización geográfica y demográfica)**

- Ampliar la cobertura del Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO), a fin de que cubra a todos los niños de

6 meses a 2 años en los distritos rurales más pobres identificados en el Mapa de Pobreza. En razón de que se admite que los programas alimentarios no son una respuesta integral a la mejora del estado de nutrición, para ser eficaces deben combinarse con los de salud y el fortalecimiento y complemento de micronutrientes. También se recomienda la educación en salud primaria y nutrición, y en prácticas de alimentación y cuidado de niños durante el embarazo y la infancia.

- Los programas alimentarios no son una respuesta cabal a la mejora del capital humano. Es necesario articularlos a los programas de salud y educación con un enfoque integral, de tal manera que aprovechen su complementariedad y brinden a las familias la seguridad de alcanzar un bienestar mínimo.
- Seguir financiando inversiones en infraestructura para asegurar el acceso universal a los servicios elementales a partir de la experiencia del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), expandiéndola para incluir así nuevos mecanismos de inversión municipal.

#### **4. Considerar el incremento del financiamiento global de los programas de la RPS hasta aproximarlos al gasto promedio de los países de ingreso medio, de aproximadamente uno por ciento del producto bruto interno**

- Una RPS más fuerte requiere un incremento de fondos. El gasto actual es bajo en comparación con las necesidades nacionales y regionales. Si el gobierno busca reducir sustancialmente la pobreza se necesitará incrementar el gasto mediante la redistribución de recursos en favor de los pobres y usar la RPS para crear sinergias con otras intervenciones públicas.
- No debe desarrollarse ningún programa piloto que no pueda ser financiado de modo sostenible en el nivel deseado de aplicación.

### **III. El enfoque del triángulo de rendición de cuentas**

Este capítulo adopta el marco conceptual utilizado en el *Informe de Desarrollo Mundial (IDM) 2004* del Banco Mundial, que subraya que los servicios no funcionarán lo suficientemente bien para los pobres mientras los gobiernos no sientan la presión de tener que responder a las demandas de los ciudadanos, no

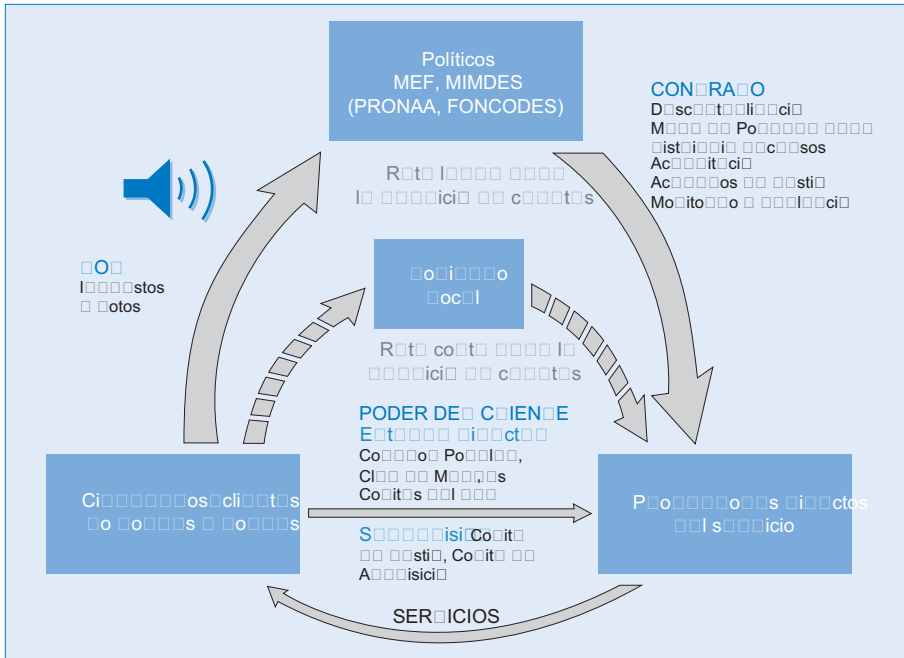
puedan hacer cumplir reglas fundamentales de rendimiento entre los proveedores de servicios de «primera línea», y en tanto los ciudadanos, sobre todo los pobres, no tengan control alguno sobre —o posibilidad de elegir a— los proveedores de servicios. El IDM recurre a un enfoque que se concentra en los mecanismos de rendición de cuentas y las relaciones de poder entre los decisores de políticas, los proveedores y los ciudadanos/usuarios. Este enfoque subraya el papel de tres relaciones: la *voz política* de los distintos grupos ciudadanos respecto de los decisores de políticas en el momento en que estas se preparan; el *contrato* entre los decisores de políticas y los proveedores de servicios; y el *empoderamiento* (sea por medio de la participación, sea mediante la elección) de los ciudadanos respecto de los proveedores de servicios.

En este marco, existen dos rutas de influencia sobre la disponibilidad y la calidad de los servicios brindados a los pobres:

- En primer lugar, hay una ruta corta de rendición de cuentas cuando los ciudadanos/clientes tienen una influencia directa sobre los proveedores de servicios, sea mediante la participación en la producción, el control del proceso de toma de decisiones (qué servicios se proveen, cuándo y a quién), o el monitoreo de su resultado. La palabra clave para esta relación es el *empoderamiento* del cliente.
- En segundo lugar, hay una ruta larga de rendición de cuentas que engloba a los gobiernos central y subnacional como agentes intermediarios. Para que esta ruta larga funcione bien, el gobierno debe estar obligado a rendir cuentas a sus ciudadanos mediante la operación de instituciones políticas que den voz e influencia a los ciudadanos sobre la toma de decisiones de política. La palabra clave en esta relación es la *voz* ciudadana. Por otro lado, el gobierno debiera, también, poder monitorear a los proveedores de servicios de «primera línea» para que cumplan —en cantidad y calidad, y de modo oportuno— con los servicios por los cuales se les paga. La palabra clave en esta relación es el *contrato*: un contrato claro y vinculante entre los decisores de políticas y los proveedores de servicios. Fortalecer las tres relaciones —empoderamiento, voz y contrato— creará el entorno propicio para una provisión adecuada del servicio, esto es, una que incluya a los pobres (véase el gráfico 5.1).

El objetivo principal de la rendición de cuentas es asegurarse de que los programas de la RPS se empleen para reducir la pobreza en el corto y en el

**Gráfico 5.1. Relaciones clave de poder en la provisión de programas de RPS**



Fuente: Banco Mundial 2004a.

largo plazo, y para evitar errores de exclusión (personas que sí califican pero que no son cubiertas por el programa) y de inclusión (beneficiarios incorporados en el programa incorrectamente), debido a la captura por las élites, la corrupción, la búsqueda de favores económicos y el clientelismo.

El Perú ha dado pasos importantes hacia el establecimiento de un marco de rendición de cuentas para la provisión de servicios sociales. El cuadro 5.1 presenta las instituciones y mecanismos de rendición de cuentas más importantes que rigen la provisión de servicios de la RPS en el país. Si bien el marco institucional de la rendición de cuentas incluye diversos mecanismos e instituciones, la mayoría de ellos se aplican únicamente a los pocos programas que están descentralizados. Muchos de estos mecanismos se encuentran en una fase incipiente y aún no está claro cómo habrán de evolucionar.

A pesar de estos esfuerzos, el Perú tiene aún un largo camino por recorrer en el desarrollo y monitoreo del cumplimiento de normas en varias áreas fundamentales: costos unitarios de las intervenciones, nivel de gasto y parámetros de

**Cuadro 5.1. Mecanismos de rendición de cuentas para los programas de la RPS en el Perú**

	Instituciones/Mecanismos	Observación
<b>Contrato</b>	<p>Asignación presupuestal pro pobre: asignación del gasto público para programas alimentarios e infraestructura social básica en municipios distritales, empleando el índice de asignación de recursos (basado en el índice de necesidades básicas insatisfechas, densidad demográfica, déficit de infraestructura, tasa de desnutrición crónica para la población de entre 6 y 9 años de edad).</p> <p>Acreditación de municipios provinciales y distritales que tengan responsabilidades de implementación luego de la descentralización de los programas alimentarios y de infraestructura: verificación de las condiciones mínimas necesarias para cumplir las responsabilidades transferidas (rendición de cuentas <i>ex ante</i>).</p> <p>Convenios de gestión firmados anualmente por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) y cada municipio provincial o distrital acreditado: especifican los recursos transferidos, los fines para los cuales pueden usarse, los objetivos que deben cumplirse y los requisitos de monitoreo que deben presentarse periódicamente al MIMDES (rendición de cuentas <i>ex post</i>).</p> <p>Monitoreo y evaluación fortalecidos (M&amp;E): el MIMDES está desarrollando un sistema de M&amp;E para los programas sociales (SIME). La principal fuente del SIME son de los informes municipales de implementación que deben presentarse cada semestre.</p>	<p>Usado únicamente en algunos programas</p> <p>Incipiente, muy burocrático</p> <p>Incipiente, sin evaluar</p> <p>Incipiente</p>
<b>Empoderamiento del cliente</b>	<p>Participación en la provisión de servicios: Organizaciones Sociales de Base-OSB (Comedores Populares, Comités del Vaso de Leche, Clubes de Madres, Asociaciones de Padres) directamente involucradas en la provisión de servicios (selección de beneficiarios, preparación de comida, provisión de servicios, supervisión).</p>	<p>Acceso de beneficiarios pobres es limitado</p>

continúa...

...continuación

	Instituciones/Mecanismos	Observación
	Participación en gerencia y supervisión: comité de gestión (formado por tres representantes de OSB, uno del municipio y dos del PRONAA); tiene un papel en la definición de la canasta de alimentos, la gerencia de las operaciones, el reparto de alimentos, la supervisión y la preparación de informes de monitoreo.	Aplicable solo a programas recién descentralizados
	Comités de Adquisiciones: aseguran la transparencia de la adquisición de alimentos; los representantes de las OSB o de la sociedad civil pueden participar como observadores.	Incipiente
	Núcleo Ejecutor de FONCODES: la comunidad elige tres miembros y el alcalde distrital nombra un cuarto. Maneja la cuenta especial de FONCODES, contrata al evaluador del proyecto, adquiere insumos, contrata trabajadores calificados para que ejecuten el proyecto y supervisa la ejecución.	Incipiente
<b>Voz</b>	Consejo de Coordinación Local (la sociedad civil representa el 40 por ciento del total), a cargo de promover el Presupuesto Participativo; facilita la selección participativa de proyectos que se deben incluir en el Plan de Desarrollo Local Concertado.	Los pobres rara vez están representados
	Mesas de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza: entre otras cosas, pueden supervisar la adquisición de alimentos y la ejecución de proyectos de infraestructura y su mantenimiento.	Solo en algunos municipios
	Presupuesto Participativo: un foro para consultar a los ciudadanos la selección de proyectos locales de inversión.	Limitado solo a infraestructura
	Comité de Vigilancia: creado como parte del Presupuesto Participativo: comités de auditoría social que hacen el seguimiento del gasto y las adquisiciones.	Incipiente/sin probar

*Fuente:* compilado por la autora.

rendimiento en función de la parte del gasto que llega a los grupos extremadamente pobres u otros sectores vulnerables.

#### **IV. Puntos clave en el sector de la red de protección social**

La RPS peruana ha sido construida en torno de tres tipos de programas: (a) programas de asistencia alimentaria que distribuyen comida a diversos grupos objetivos y con diversas metas; (b) un fondo social —FONCODES— que financia los proyectos de infraestructura social básica y productiva en comunidades rurales pobres; y, (c) programas de empleo temporal que ofrecen un trabajo por un tiempo establecido. Juntos, el gasto de la RPS en 2003 fue de aproximadamente 0,7 por ciento del PBI.<sup>1</sup>

*Programas de asistencia alimentaria.* En 2004 funcionaban en el Perú veintisiete programas de asistencia alimentaria. Los más grandes eran el del Vaso de Leche para niños pequeños, alimentación escolar (Desayuno y Almuerzo Escolar), Comedores Populares para niños y adultos, y varios programas nutricionales para infantes y madres embarazadas y en la etapa de lactancia. Estos programas llegan a 9,5 millones de beneficiarios, o 35 por ciento de la población. El gasto de los programas de asistencia alimentaria es de alrededor de 0,4 por ciento del PBI. En vista de su gran cobertura, el subsidio promedio por beneficiario es de apenas 2 dólares mensuales. Alrededor de 70 por ciento del gasto público llega a los pobres (el 55 por ciento más pobre de la población) y 30 por ciento va a los extremadamente pobres (el quintil de consumo más pobre de la población) (véase el cuadro 5.2).

*El fondo social.* FONCODES fue creado en 1991 para financiar pequeños proyectos de inversión local. Sus objetivos iniciales fueron generar empleo, ayudar a aliviar la pobreza y mejorar el acceso a los servicios sociales. Los proyectos financiados por FONCODES responden a la demanda y comprometen a la comunidad en su ejecución y supervisión. Los proyectos más comunes son la construcción o rehabilitación de colegios, puestos de salud, sistemas de agua y saneamiento, caminos rurales, proyectos de electrificación secundaria y

<sup>1</sup> Para poner las cosas en contexto, 0,7 por ciento del gasto del PBI en la RPS se compara con más de 3 por ciento del gasto del PBI en pensiones, la mayor parte del cual (más de 85 por ciento) es cubierto con subsidios públicos del Gobierno Central. En 2004, el gobierno emprendió una reforma constitucional que reducirá las obligaciones futuras del régimen de pensiones de los empleados públicos.



Cuadro 5.2. Gasto de protección social, 2003

	Gasto		Número de beneficiarios*		Distribución por nivel de pobreza**			Beneficio promedio mensual		Tendencias 2003/2000
	Mill. S./	% del PBI	Miles	% del total	Pobre extremo	Pobre	No pobre	S/.	US\$	
<b>Total protección social</b>	8.049	3,82								
<b>Total seguridad social:</b>	6.672	3,17								
Pensiones	6.672	3,17	704	2,6				790	239	↑
Subsidio público	5.805	2,75								
<b>Total asistencia social:</b>	1.377	0,65								
<b>Programas alimentarios</b>	816	0,39	9.520	34,9				7	2	
Vaso de Leche	356	0,17	4.871	17,8	31	38	30	6	2	≈
Desayunos Escolares	117	0,06	1.542	5,6	47	33	20	6	2	↑
Comedores Populares	98	0,05	871	3,2	22	43	35	9	3	↓
PACFO (suplemento alimentario para niños en riesgo)	44	0,02	298	1,1				12	4	↑
Wawawasi (cunas)	36	0,02	40	0,1				75	23	≈
Almuerzos Escolares	24	0,01	496	1,8	40	40	19	4	1	≈
<b>Total programas laborales:</b>	237	0,11								
A Trabajar Urbano	157	0,07	77	0,3				300	91	↑↓
A Trabajar Rural	80	0,04	67 en 3 años					300	91	↓
<b>Total fondos sociales</b>	324	0,15						10	3	
FONCODES– inversiones de infraestructura social básica	204	0,10	s.i	s.i	13	87				↓
PRONAMACHCS– manejo de recursos naturales	120	0,06	s.i	s.i						↓
Información referencial										
Salario neto mensual promedio								1.628	493	
Salario neto promedio, trabajador no calificado								758	230	
Salario mínimo neto mensual								427	129	
PBI (mill.) S/ 2003	210.746									
Población 2005	27.926.000									

\* Número de beneficiarios sobre la base de fuentes administrativas.

\*\* Distribución de beneficiarios a partir de la ENAHO; la distribución de FONCODES representa la distribución por pobreza distrital.

Fuente: elaborado con datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y del MIMDES.

obras de riego de pequeña escala. El fondo social ha sido ampliamente usado en el Perú para llegar a las comunidades rurales más pobres, para lo que se han utilizado los métodos de asignación del Mapa de Pobreza, y en el pasado ha absorbido más recursos que aquellos programas que proporcionan transferencias directas a los hogares (comida en el caso de los programas alimentarios, o salarios en el de los programas de empleo temporal). En 2004, los programas de FONCODES sumaban 0,15 por ciento del PBI, menos de la mitad de lo que gastaban hace algunos años.

*Programas de empleo temporal.* En el Perú funcionan dos programas de empleo temporal, A Trabajar Urbano y A Trabajar Rural, que brindan oportunidades de empleo a mano de obra no calificada en áreas pobres, con un salario relativamente bajo. Los programas dan trabajo hasta por seis meses en proyectos temporales, llevados a cabo para renovar la infraestructura social y realizar una labor de mantenimiento general de la comunidad. Comprenden a menos de 0,5 por ciento de la población y la mayoría de los beneficiarios provienen de los dos quintiles de consumo más pobres. En 2003, el presupuesto para ambos programas de empleo temporal abarcaba 0,1 por ciento del PBI.

*El marco institucional.* Los programas de protección social —pensiones, políticas del mercado laboral y programas de la RPS— están repartidos entre varios ministerios y agencias y distintos niveles de gobierno. El MEF está a cargo del sistema de pensiones y del programa alimentario más grande, el Vaso de Leche. El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es responsable del programa de trabajo temporal urbano y otras intervenciones en el mercado laboral. El MIMDES lo es de todos los programas de asistencia alimentaria fuera del Vaso de Leche, FONCODES, el programa de empleo temporal rural y diversos programas para niños y jóvenes en riesgo, así como para otros grupos vulnerables como la población desplazada internamente y los ancianos. Otros ministerios (Vivienda, Energía y Minas) están implementando esquemas de subsidio (a la vivienda y la energía) que conceptualmente también pertenecen al sector de protección social.

El gobierno de Toledo desarrolló una estrategia de alivio de la pobreza —«Base para la Estrategia de la Superación de la Pobreza»— que esbozó una reforma de los programas clave de la RPS, pero su implementación ha avanzado a un ritmo más lento del previsto. La estrategia tenía dos componentes esenciales: la consolidación de los programas alimentarios y de infraestructura a cargo del MIMDES, y la reorganización y mejora en la focalización y eficiencia, en el contexto de la implementación descentralizada de

programas por los gobiernos locales. Los programas de la RPS debían consolidarse en tres programas principales: (a) uno de Desarrollo Local, que debía transferir los recursos para ejecutar infraestructura y crear oportunidades económicas para los pobres; (b) uno de Solidaridad, destinado a transferir los recursos usados actualmente en los programas alimentarios para mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables; y, (c) uno de Asistencia Familiar, con el que se debían transferir recursos para asistir a niños y jóvenes en riesgo, personas afectadas por el maltrato y la violencia doméstica, y familias en situaciones catastróficas. Sin embargo, estos cambios solo han sido parciales; hasta ahora únicamente los programas alimentarios y FONCODES han sido transferidos al MIMDES, y apenas unos cuantos (comedores populares, alimentos por trabajo, albergues juveniles, hogares y FONCODES) han sido parcialmente descentralizados. El MIMDES tiene un papel más prominente en la formulación de políticas y en la puesta en práctica de las políticas de la RPS, y ha absorbido varias agencias autónomas, entre ellas al PRO-NAA y FONCODES. Asimismo, reorganizó su funcionamiento según los tres pilares de la estrategia, pero los programas transferidos mantuvieron su autonomía y *modus operandi*, lo que restringió la capacidad del MIMDES para desempeñar un papel más efectivo.

El ritmo lento, la falta de interés y las dificultades hasta ahora observadas en la descentralización de los programas alimentarios sugieren la necesidad de reconsiderar la velocidad y el alcance de la descentralización.

El resto de esta sección revisa los puntos clave del sector de la RPS en el Perú.

### **Falta de prioridades claras**

La RPS peruana es muy diversa y carece de un eje estratégico. Hay aproximadamente treinta programas nacionales que deben atender una enorme gama de vulnerabilidades (bajo ingreso, violencia política y desplazamiento, violencia doméstica) o grupos objetivos (infantes, niños en edad escolar, adultos y ancianos). Ello no obstante, la mayoría de estos programas cuentan con un presupuesto insuficiente en comparación con los problemas que se espera que resuelvan, o tienen un enfoque regional limitado y, por ende, son instrumentos ineficaces para resolver los problemas en todo el país.

Muchos de los programas operan bajo el supuesto errado de que la simple transferencia alimentaria puede resolver una serie de problemas: pobreza

material, desnutrición, falta de desarrollo local, mercados agrícolas o alimentarios deprimidos y la falta de capital social o empoderamiento. Además, las intervenciones en nutrición están concentradas unilateralmente en la provisión de alimentos o suplementos alimenticios, y prestan insuficiente atención a los hábitos saludables y las limitaciones de información que restringen severamente la eficacia de la intervención. Por último, los programas alimentarios operan aisladamente y rara vez complementan las intervenciones en salud y educación, con lo que pierden las sinergias alcanzadas por otros programas similares en América Latina y el Caribe (ALC) o en otros países de ingreso medio.

El análisis del ciclo de vida presentado en el cuadro 5.3 sugiere que el grupo con el más alto riesgo de pobreza y de otras formas de privación material es el de los niños que viven en extrema pobreza. Este es el grupo de edad con la incidencia más alta de pobreza y el más grande de los pobres. Una mayoría de los niños pobres se ve asimismo afectada por formas de privación fuera de la pobreza ligada al escaso consumo, como altas tasas de mortalidad infantil, desnutrición, deserción escolar o bajo rendimiento académico. La mortalidad infantil llega a 64 por 1.000 en el quintil más pobre, más del doble del quintil más rico (un promedio de 28 por 1.000 en la región). La tasa de desnutrición crónica (enanismo) es muy alta entre los niños de hogares de pobreza extrema (47 por ciento), y estos niños daban cuenta de 53 por ciento del total de casos del país en el año 2000. Aunque mejoró sustancialmente en décadas recientes, el acceso a los servicios educativos no alcanza a los más pobres. Alrededor de una tercera parte de los estudiantes del quintil más pobre (en extrema pobreza) no ha completado la educación primaria a los 14 años. Hay una diferencia marcada entre la tasa de matrícula escolar de los niños del quintil más pobre y otros niños. Los más pobres ingresan tardíamente a la escuela primaria, repiten de año con mayor frecuencia y abandonan la escuela antes.

Estos comportamientos tienen costos irreparables en relación con el desarrollo, tanto para los niños como para la sociedad. Otros grupos prioritarios incluyen algunos de los ancianos sin cobertura de pensiones u otros medios, los discapacitados y los desplazados internos. En el Perú, una gran parte del gasto de la RPS se concentra en los niños, lo que sugiere un deseo de atender primero a los niños pobres. Este enfoque parece estar justificado.

**Cuadro 5.3. Circunstancias que agravan la pobreza y los principales indicadores de privación, por grupo de edad principal y quintil**

Grupos de edad Años	Circunstancias que agravan la pobreza	Indicadores de desarrollo humano	Proporción de individuos afectados en cada grupo, por quintil (%)					Total (miles)	
			Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)	Afectados	Población
0-5	Mortalidad	Tasa de mortalidad infantil	64	54	33	27	14	26	608
	Mortalidad	Tasa de mortalidad por debajo de 5 años	93	76	44	35	18	184	3.040
	Malnutrición	Desnutrición	47	31	17	7	5	775	3.040
	Malnutrición	Bajo peso	15	7	3	2	1	213	3.040
	Inasistencia escolar	No en educación inicial (3-5)	61	48	39	29	25	835	1.824
6-11	Bajo capital humano	Inasistencia escolar	11	7	5	3	3	273	3.827
	Bajo capital humano	Trabajo infantil (10-11)	53	26	19	15	9	342	1.276
12-16	Bajo capital humano	Inasistencia escolar	26	18	14	8	8	527	3.125
	Bajo capital humano	Retraso escolar	33	27	19	11	7	589	3.125
	Bajo capital humano	Trabajo infantil (12-14)	53	26	19	15	9	502	1.875
17-24	Bajo capital humano	Inasistencia escolar (17-22)	76	73	70	61	50	2.684	4.031
	Empleo	Desempleo juvenil	15	15	16	15	14	612	4.031
25-54	Bajo capital humano	Analfabetismo	22	16	11	7	3	1.131	9.696
	Bajos ingresos	Desempleo	5	6	8	7	7	648	9.696
	Bajos ingresos	Sin seguridad social	99	94	83	71	52	8.010	9.696

...continuación

Grupos de edad Años	Circunstancias que agravan la pobreza	Indicadores de desarrollo humano	Proporción de individuos afectados en cada grupo, por quintil (%)					Total (miles)	
			Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)	Afectados	Población
55-64	Bajo capital humano	Analfabetismo	25	31	23	19	9	366	1.760
	Empleo	Desempleo	5	6	8	7	7	118	1.760
	Empleo	Sin seguridad social	97	89	80	67	51	1.348	1.760
Más de 65	Bajo capital humano	Analfabetismo	20	24	28	23	15	395	1.829
	Bajos ingresos	Mayores trabajando	51	53	42	34	27	723	1.829
	Bajos ingresos	Sin pensión	95	90	81	74	62	1.425	1.829
	Bajos ingresos	Sin pensión en el hogar	92	82	73	60	41	1.216	1.829
<b>Población total</b>								<b>27.308</b>	

*Fuente:* estimaciones de la autora empleando datos de la ENAHO 2003 y ENDES 2000. La información sobre trabajo infantil ha sido tomada de Banco Mundial 2004b.

*Nota:* las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años significan el número de muertes de niños menores de 12 meses o 5 años por cada 1.000 nacidos vivos. La tasa de desnutrición crónica representa la proporción de los niños menores de 5 años cuya talla para su edad es inferior a dos desviaciones estándar. La desnutrición aguda es la proporción de niños menores de 5 años cuyo peso para su edad es inferior a dos desviaciones estándar. Todos los indicadores de inasistencia escolar indican la proporción de niños de un grupo determinado de edad que no asisten a ningún tipo de escuela. La extraedad es la proporción de los escolares con una edad mayor que la normativa. El atraso escolar puede deberse a la repetición de año o a un tardío ingreso a la escuela. El desempleo representa la proporción de las personas de 14 años o más que no están trabajando, que están buscando trabajo o que están listas para comenzar a trabajar dentro de los siete días de encontrar trabajo.

## **El gasto en la RPS es bajo en relación con la brecha de pobreza de los pobres y en comparación con el nivel regional**

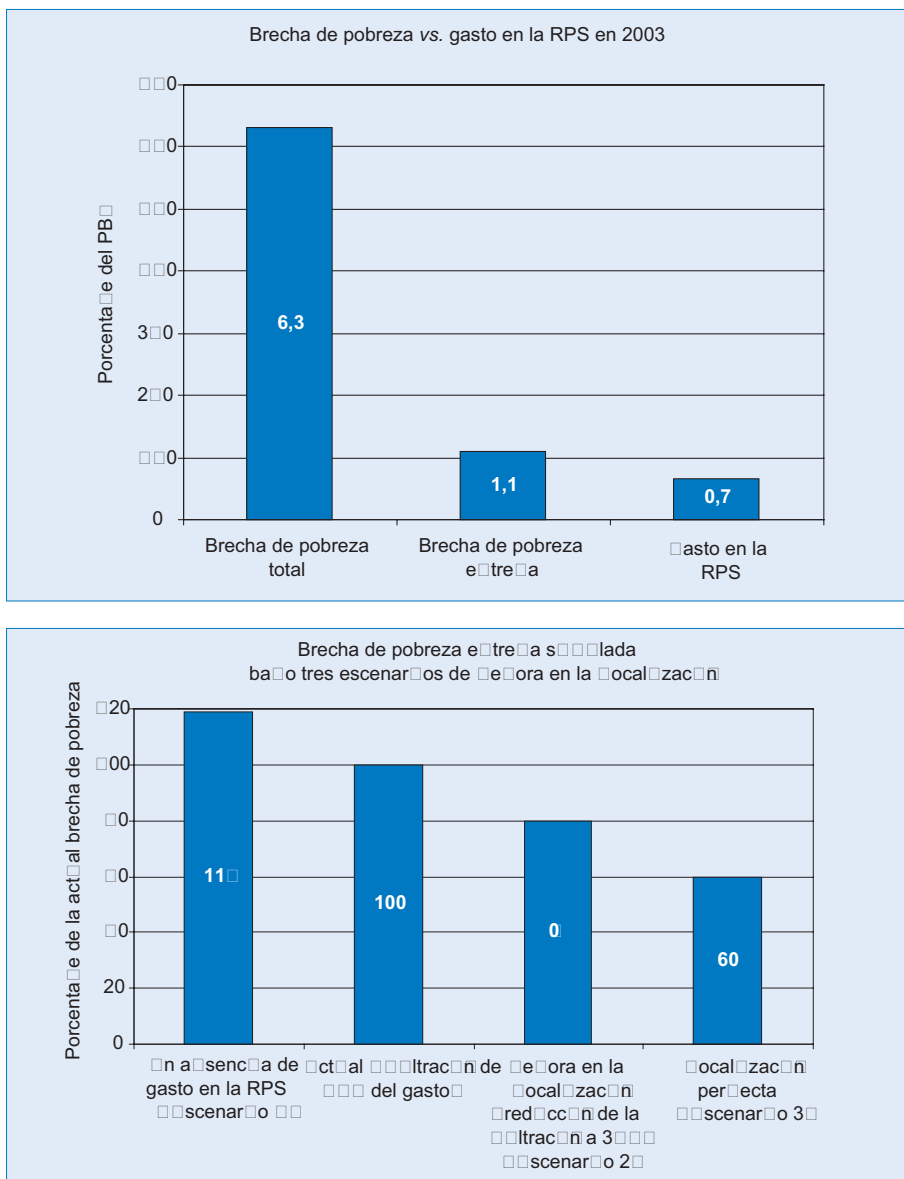
El Perú gasta 0,7 por ciento del PBI en su RPS. Esto se puede comparar con la brecha de la pobreza del total de pobres, de 6,3 por ciento del PBI (el monto que los pobres necesitarían para poder adquirir una canasta de consumo equivalente a la línea de la pobreza), o con el déficit de consumo de los extremadamente pobres, que asciende a 1,1 por ciento del PBI (lo que se necesitaría para que los extremadamente pobres vivan con un dólar diario, de modo tal que pudieran costearse una canasta alimenticia que proporcione el consumo mínimo de calorías). No se espera que la brecha de pobreza de los pobres se cubra únicamente con la redistribución: una parte sustancial de ellos podría dejar la pobreza si hubiese un crecimiento económico de amplia base. Sin embargo, la RPS es la única esperanza de una gran parte de los extremadamente pobres. Los recursos de la RPS son bajos, incluso si se los concentra en este grupo.

Concentrar una mayor parte de los recursos existentes en los extremadamente pobres (el quintil de consumo más pobre) podría tener un impacto considerable en la reducción de la brecha de pobreza de los hogares extremadamente pobres, pero esto no basta para reducir en forma sustancial el nivel de extrema pobreza. Incluso con el supuesto de la focalización perfecta —esto es, si todos los subsidios públicos canalizados a través de los programas de la RPS son captados íntegramente por los hogares en condición de extrema pobreza—, la brecha de la pobreza se reduciría como máximo en 40 por ciento por debajo de su nivel actual (véase el gráfico 5.2).

A pesar de que ya era bajo, el gasto en la RPS ha disminuido todavía más desde 2000 (véase el gráfico 5.3). La crisis económica que golpeó al país en 1998 y la recesión subsiguiente encontraron al Perú desprevenido y sin posibilidades de proteger el nivel del gasto en la RPS, precisamente en el momento en el que más se la necesitaba. La incidencia de la pobreza se incrementó en un tercio entre 1997 y 2001, y alcanzó a más de 50 por ciento de la población, pero el gasto en la RPS no se adecuó a estas nuevas condiciones, ni siquiera después de que la economía comenzó a recuperarse, aunque la pobreza permaneció estancada.

El gasto en la RPS es asimismo bajo en comparación con el promedio regional. El Perú gasta casi la mitad del promedio de la región de ALC, que es de 1,5 por ciento del PBI (véase el gráfico 5.4). Con un gasto inferior, el Perú cubre una proporción mucho mayor de población que otros países de la región. Esto implica que los pocos recursos públicos son divididos de manera demasiado

**Gráfico 5.2. Concentrar todo el gasto de la RPS en los extremadamente pobres podría reducir su brecha de pobreza en un máximo de 40 por ciento**

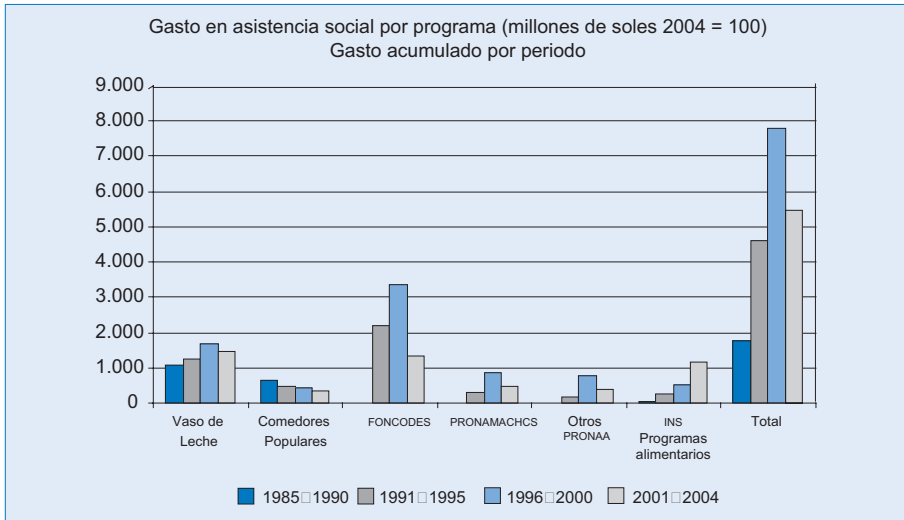


*Fuente:* estimaciones basadas en datos de las ENAHO 2003 y 2004.

Nota: en el panel inferior se compara el nivel actual de la brecha de pobreza (la que fuera medida en la ENAHO 2003, que refleja la actual distribución del subsidio público asociado con los programas de RPS) con una brecha de pobreza simulada para los hogares en extrema pobreza en tres escenarios: en ausencia de la RPS (escenario 1); mejorando la focalización, esto es, reduciendo las filtraciones en 50 por ciento (escenario 2); y con una focalización perfecta, es decir, eliminando las filtraciones (escenario 3).



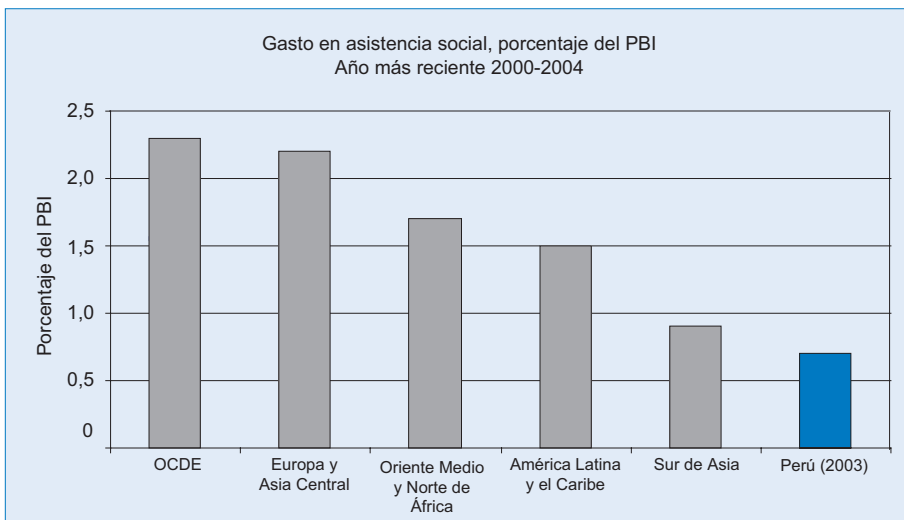
**Gráfico 5.3. Luego de elevarse sustancialmente en la década de 1990, el gasto en la RPS cayó después de 1999**



Fuentes: Webb y Fernández Baca 1992, 1994, 1997, 2004; García Naranjo 1992; base de datos del PRONAA 1992-2004; FONCODES 2003; PRONAMACHCS 2004; Ministerio de Agricultura (MINAG) (<[http://www.portalagrario.gob.pe/seg\\_alimentaria/seg\\_cap4.shtml](http://www.portalagrario.gob.pe/seg_alimentaria/seg_cap4.shtml)>).

Nota: el gasto incluye el Vaso de Leche, FONCODES, el Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (PRONAMACHCS) y los programas alimentarios administrados por el PRONAA o el Instituto Nacional de Salud (INS).

**Gráfico 5.4. El gasto del Perú en la RPS es bajo comparado con el regional**



Fuente: los estimados para el Perú se basan en el MEF; los de otras regiones en Grosh y otros (en prensa).

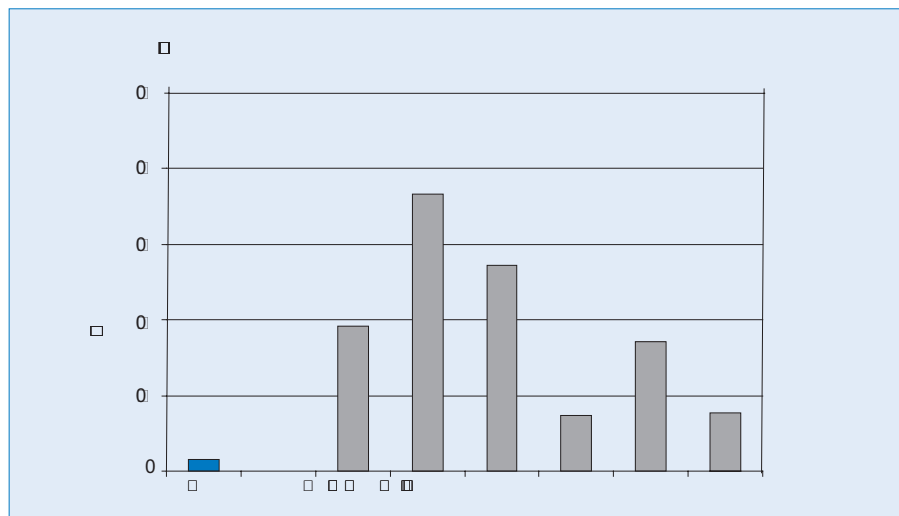
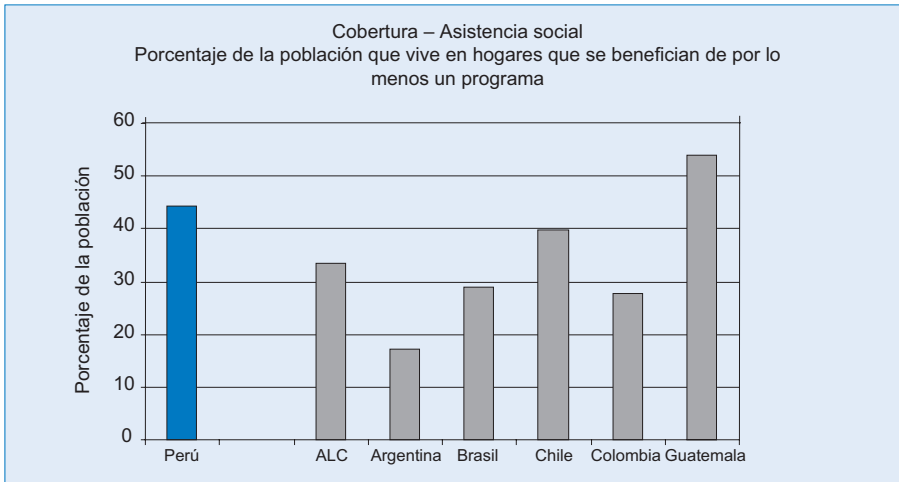
ambiciosa entre un gran número de beneficiarios, haciendo que el valor promedio de las transferencias constituya una pequeña fracción con respecto al déficit de consumo de los hogares pobres.

El presupuesto efectivamente transferido a la población se ve reducido aún más por los elevados costos asociados a la administración de los programas alimentarios. Los costos administrativos de estos programas tienden a ser altos en relación con el tamaño del beneficio neto de los hogares. En promedio, la agencia de distribución de alimentos PRONAA gasta de 15 a 18 por ciento en costos administrativos en el nivel central. Los costos adicionales de llevar los alimentos a los beneficiarios son sufragados en los ámbitos provincial y distrital por los municipios o por los propios beneficiarios. Los costos administrativos son sustancialmente más altos que para las transferencias de dinero, respecto de las cuales varían entre 5 por ciento y 12 por ciento, incluyendo los costos de focalización (Castañeda y otros 2005 para América Latina; Tesliuc y otros 2005 para Europa y el Asia Central). Los reglamentos de adquisición, que no son tan competitivos y transparentes como debieran, probablemente imponen un costo aún más alto a los programas. Muchos más alimentos estarían a disposición de los beneficiarios si se implementaran sistemas simples y transparentes, y si las compras se hicieran en mercados más grandes de los que se utilizan en la actualidad, donde las adquisiciones están fragmentadas en cientos de pequeñas transacciones y no se realiza ninguna comparación de los precios pagados en distintos lugares.

### **Los programas de la RPS tienen una cobertura relativamente alta, pero transfieren beneficios extremadamente pequeños**

En comparación con otros programas de la RPS en la región de ALC, los programas alimentarios peruanos tienen una alta cobertura pero una baja idoneidad (véase el gráfico 5.5). Por idoneidad se entiende la proporción de la transferencia de la RPS respecto del consumo del beneficiario. Más de 40 por ciento de la población peruana vive en hogares en los que al menos un miembro se beneficia con algún tipo de programa alimentario. La cobertura de estos programas en el Perú es más alta que la cobertura global de la asistencia social en países como la Argentina, el Brasil, Chile y Colombia, conocidos por contar con sistemas bien desarrollados de asistencia social. Sin embargo, al tener un gasto público más bajo y una cobertura más amplia que otros países de la región, el resultado inmediato es que, en el Perú, el valor promedio de las

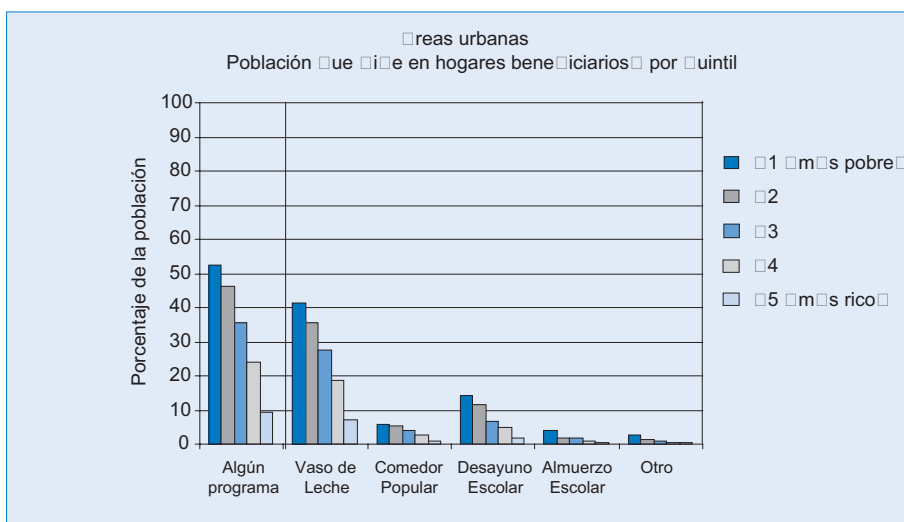
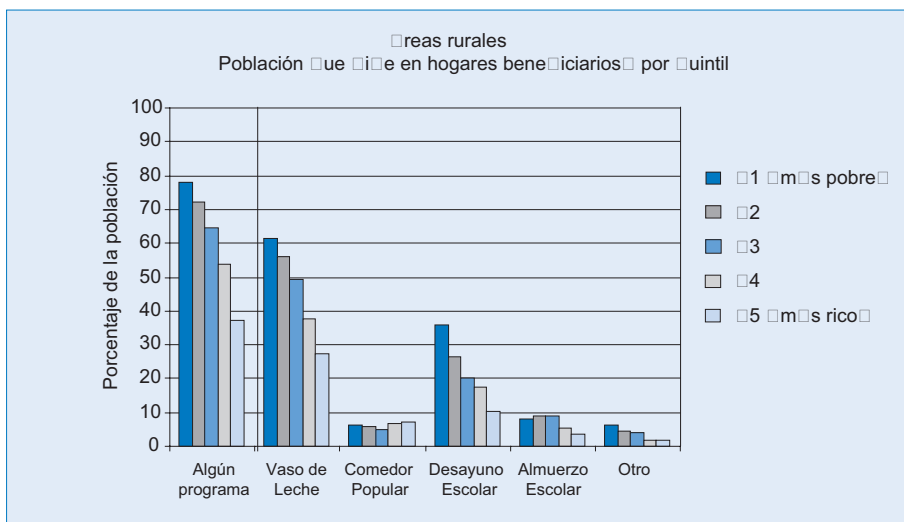
**Gráfico 5.5. En comparación con otros países de ALC, los programas de la RPS del Perú tienen una alta cobertura, pero no son generosos**



Fuente: basado en Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

transferencias por persona es entre 5 y 20 veces menor que en otros países (véase el gráfico 5.6, panel inferior). El equivalente monetario de los programas alimentarios representa menos de 2 por ciento del consumo familiar total de los hogares beneficiarios. El Vaso de Leche, el programa más popular, transfiere en promedio menos de 2 dólares al mes por beneficiario, o el equivalente del 5 por ciento de la línea de pobreza extrema de alrededor de un dólar al día.

**Gráfico 5.6. Salvo por el Vaso de Leche y el Desayuno Escolar, todos los demás programas de la RPS son pequeños (Proporción de la población que vive en hogares que reciben programas alimentarios)**



Fuente: estimados basados en la ENAHO 2003-04.

Comparado con otros países de ALC, el Perú obtiene, en general, un muy buen resultado en la cobertura de los pobres con los programas de la RPS, lo que se debe casi íntegramente a dos de ellos: el Vaso de Leche y el Desayuno Escolar. Todos los demás programas cubren menos de 5 por ciento de la

población. Consolidar algunos de estos programas diminutos podría economizar recursos humanos y financieros, y captar economías de escala.

Los residentes rurales están mejor cubiertos que los urbanos. Esta es una característica positiva del sistema de la RPS peruana, dada la mayor incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en las áreas rurales (véase el gráfico 5.6). Aunque la cobertura de los niños pobres en las áreas rurales es relativamente más alta que en las urbanas, llegar al resto de los niños pobres de las primeras podría resultar sumamente difícil y costoso debido a la complicada geografía de ciertas zonas.

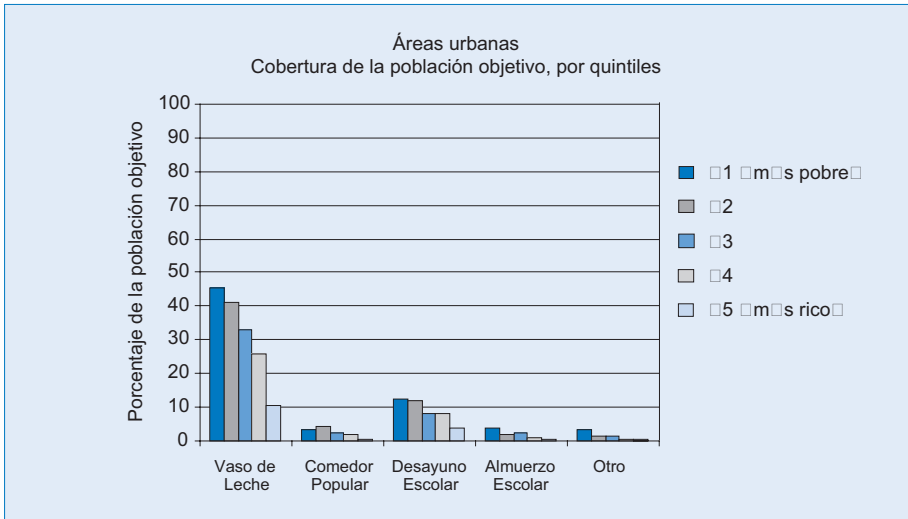
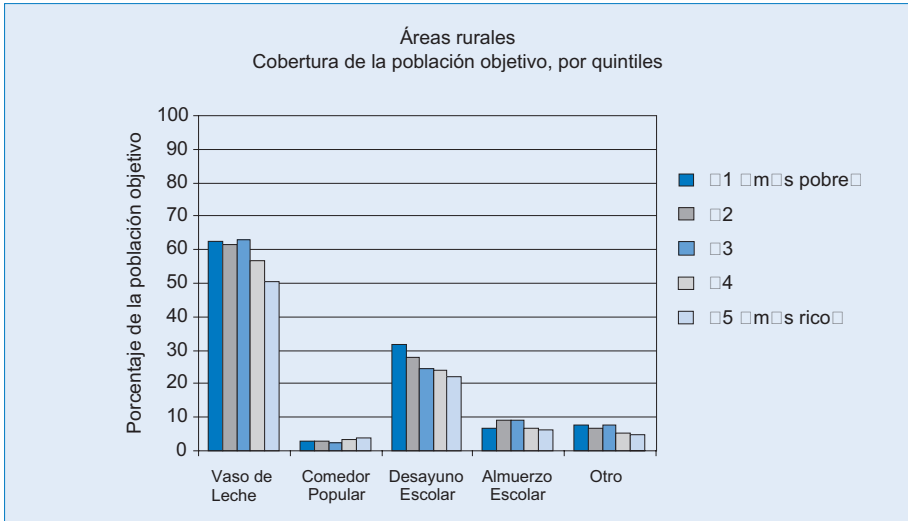
La forma correcta de evaluar cuán efectivos son los programas alimentarios en llegar a sus beneficiarios consiste en analizar la cobertura con respecto al grupo objetivo de cada programa. Por ejemplo, el objetivo primario del Vaso de Leche son los niños menores de 7 años; los Almuerzos y Desayunos Escolares se focalizan en niños de edad escolar en zonas pobres; y los Comedores Populares en todos los hogares pobres.

Salvo por el Vaso de Leche y el Desayuno Escolar, que cubren 44 y 17 por ciento de sus respectivos grupos objetivos, todos los programas restantes de asistencia alimentaria o empleo temporal no son eficaces en la cobertura de su grupo objetivo (véase el gráfico 5.7). Para cubrir completamente su grupo objetivo —«todos los hogares pobres»—, el presupuesto de los Comedores Populares tendría que crecer más de diez veces, lo que, evidentemente, no es factible. Si todos los programas son pequeños en comparación con sus grupos objetivos, entonces no logran alcanzar sus metas y la selección de beneficiarios será susceptible a la manipulación política.

El gobierno anunció recientemente su intención de introducir un nuevo programa —Juntos—, que entregará 100 nuevos soles mensuales a las familias pobres con hijos, dependiendo de que estos asistan al colegio y acudan a los servicios de salud preventiva. Su objetivo sería cubrir a alrededor de 10 por ciento de la población. De estar perfectamente focalizado en los pobres extremos, aproximadamente la mitad de ellos se beneficiarían. Hoy el diseño del programa no está claro y su financiamiento solo está parcialmente asegurado. El costo del programa podría ser sustancial, dependiendo de la cobertura (véase el recuadro 5.1).

Los programas de transferencia condicional de dinero en efectivo están haciéndose cada vez más populares en diversos países y enfatizan el uso de intervenciones basadas en la demanda para apoyar directamente a los pobres y estimular las inversiones en su propio capital humano. Hay evidencias claras de

**Gráfico 5.7. Únicamente el Vaso de Leche cubre una parte sustancial de su grupo objetivo**



Fuente: estimados basados en la ENAHO 2003 y 2004.

Nota: el grupo objetivo del Vaso de Leche son los niños de 0 a 6 años y las madres embarazadas y lactantes; el de los Comedores Populares, las familias pobres; el del Desayuno Escolar y el Almuerzo Escolar, los niños de 7 a 13 años. La categoría «otros» incluye al PACFO, el Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo (PANFAR) y el de Wawawasi, y tiene como objetivo a los niños menores de 3 años.

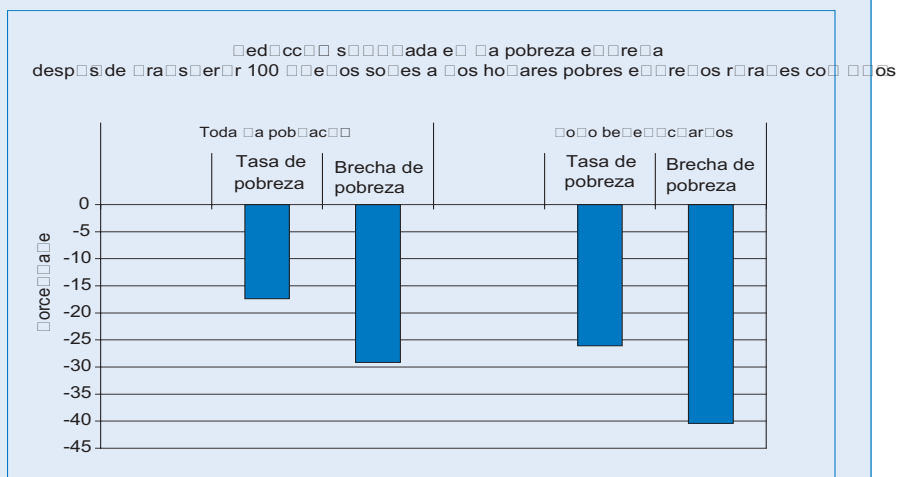
**Recuadro 5.1. Juntos: una transferencia condicional de dinero.  
Costo y posible impacto en la pobreza**

**Cobertura.** La propuesta del gobierno sugiere que, en su fase inicial, el programa comprenderá 128 mil familias pobres con hijos en setenta distritos rurales (septiembre-diciembre de 2005), y que puede llegar a 600 mil familias (3 millones de personas) cuando esté plenamente implementado hacia mayo de 2006. Para contextualizar este propósito, en 2003, 6 millones de peruanos eran extremadamente pobres (una quinta parte de la población total, 27 millones), y 85 por ciento de los hogares extremadamente pobres (alrededor de un millón) tenían hijos. Esto implica que el programa podría cubrir alrededor de 10 por ciento de la población total o, de estar perfectamente focalizado, a 50 por ciento de los extremadamente pobres. Por su cobertura, Juntos sería el tercer programa más grande, después del Vaso de Leche y Desayunos Escolares.

**Financiamiento.** Se ha estimado que el costo del programa es de 37 millones de dólares en la etapa inicial, de los cuales 60 por ciento representan transferencias directas, 30 por ciento el costo de las intervenciones en salud y 10 por ciento costos administrativos. El costo de las transferencias directas podría alcanzar 225 millones de dólares para 2006, ó 0,34 por ciento del PBI cuando el programa se encuentre íntegramente implementado, lo que haría de este el programa con mayor presupuesto de la RPS.

**Impacto potencial en la pobreza.** Se podría alcanzar el máximo impacto redistributivo de Juntos si el programa cubre únicamente las áreas rurales. Una transferencia bien focalizada a hogares rurales con hijos (alrededor de 630 mil) podría reducir sustancialmente el nivel de pobreza extrema, tanto entre los receptores como en el ámbito nacional. El número de pobres entre los beneficiarios caería en 25 por ciento, mientras que la brecha de pobreza podría disminuir hasta en 40 por ciento (gráfico 5.8). Sin embargo, debe considerarse este impacto simulado sobre la pobreza como un nivel máximo alcanzable bajo el supuesto de una focalización perfecta sin ningún error de exclusión.

**Gráfico 5.8. Reducción simulada en extrema pobreza**



Fuente: estimaciones basadas en datos de las ENAHO 2003 y 2004.

éxito en la primera generación de programas en Colombia, México y Nicaragua, donde se han incrementado las tasas de matrícula, ha mejorado el cuidado preventivo de la salud y se ha elevado el consumo familiar (Rawlings y Rubio 2005). Ello no obstante, su éxito en otros países depende de la capacidad de administrar una transferencia condicional de dinero, y de la cobertura y calidad de la provisión de los sectores salud y educación.

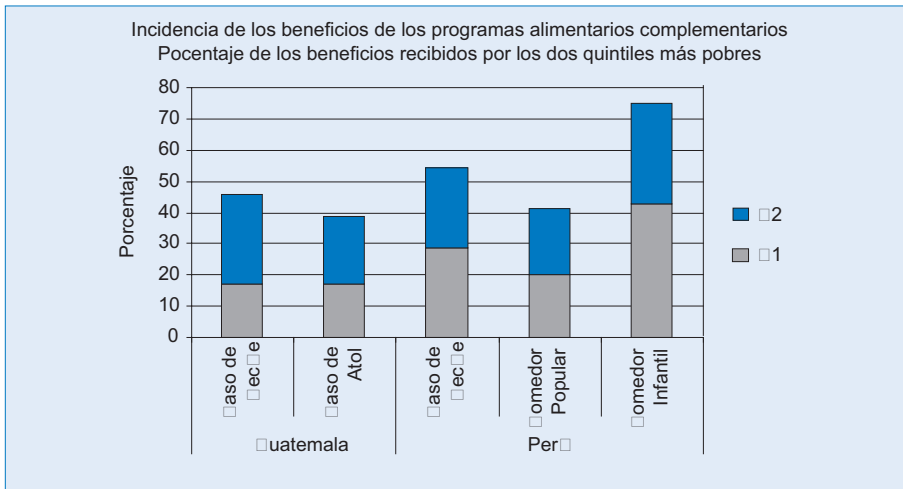
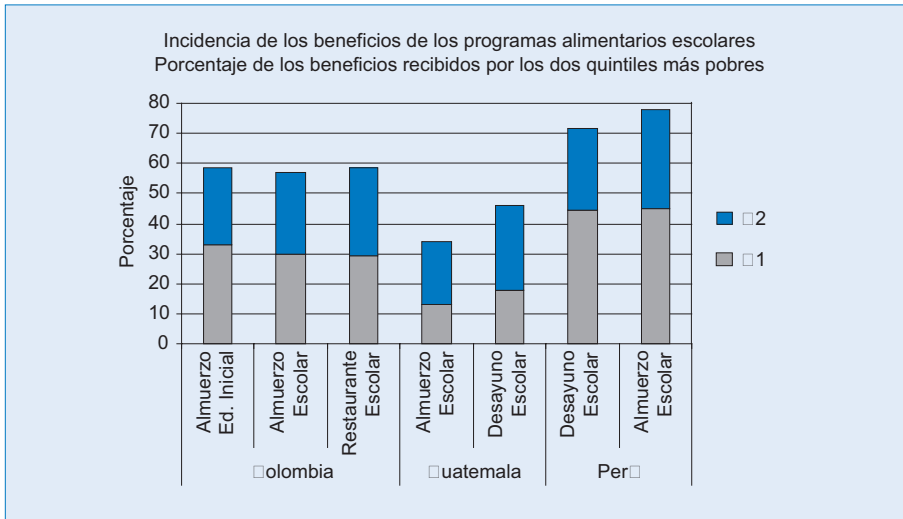
### **Si bien en el Perú los programas de la RPS tienen una mejor focalización de lo que algunos sostienen, aún pueden ser mejorados significativamente**

Muchos análisis de los programas alimentarios en el Perú señalan la focalización inadecuada y las grandes filtraciones hacia beneficiarios no deseados (Vásquez 2005; Alcázar, López-Cálix y Wachtenheim 2003). Sin embargo, aquí se sostiene que si bien la mayor proporción de los recursos no llegan *solo* a los extremadamente pobres, una gran parte de los beneficios sí van a los pobres extremos y pobres. De hecho, los programas alimentarios que funcionan en el Perú tienen una *mejor* focalización que otros de este tipo en ALC. Como se muestra en el gráfico 5.9, los programas alimentarios peruanos tienen un mejor rendimiento que programas similares en Colombia y Guatemala. (Véase, en el recuadro 5.2, una explicación de cómo es que el Perú logra tener un buen desempeño en la focalización.)

Sin embargo, la focalización de los programas alimentarios se encuentra por debajo de la de otros programas de transferencias de dinero en efectivo en ALC, la región de Europa y el Asia Central (EAC), y los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (véase el gráfico 5.10). Hay dos factores que podrían explicar el bajo rendimiento de los programas alimentarios peruanos. En primer lugar, debido a su diseño, el umbral de ingreso relativo empleado para focalizar los beneficios de la RPS es sustancialmente más alto en el Perú que en la OCDE, EAC y algunos países de ALC. Los programas peruanos se focalizan en el 50 por ciento más pobre de la población. En contraste, la mayoría de los programas de la OCDE y de los países de EAC se concentran en el 10 por ciento más pobre de la población, en tanto que sus similares de ALC lo hacen en el 20 por ciento más pobre. En segundo lugar, en el Perú apenas unos cuantos programas (pequeños) emplean métodos de focalización asociados con un mejor desempeño, como la focalización individual o familiar.



**Gráfico 5.9. En comparación con otros programas alimentarios en ALC, los del Perú muestran una buena focalización**



Fuente: elaborado a partir de Lindert, Skoufias y Shapiro 2005.

**En general, los programas alimentarios tienen un bajo impacto en la reducción de la pobreza**

El pequeño monto de recursos públicos asignado a los programas alimentarios está repartido entre una parte excesivamente grande de la población, lo que limita su impacto en la pobreza y la desigualdad (véase el gráfico 5.11). En

### **Recuadro 5.2. Cómo el Perú logra tener una buena focalización**

La relativamente buena focalización de los programas de asistencia alimentaria peruanos se debe, sobre todo, a una focalización geográfica de alta calidad. El país tiene un largo historial de desarrollo y uso de mapas de pobreza para focalizar los gastos en áreas pobres. El primer mapa fue producido en 1977, a partir de un índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Desde 1991, FONCODES desarrolló mapas de pobreza distritales basados en técnicas de NBI y los usó para reencauzar el gasto social hacia las áreas pobres. Después de 1996, el INEI desarrolló mapas mejorados de pobreza basados en datos de censos y encuestas empleadas por el MEF para asignar el gasto pro pobre en las áreas rurales más pobres.

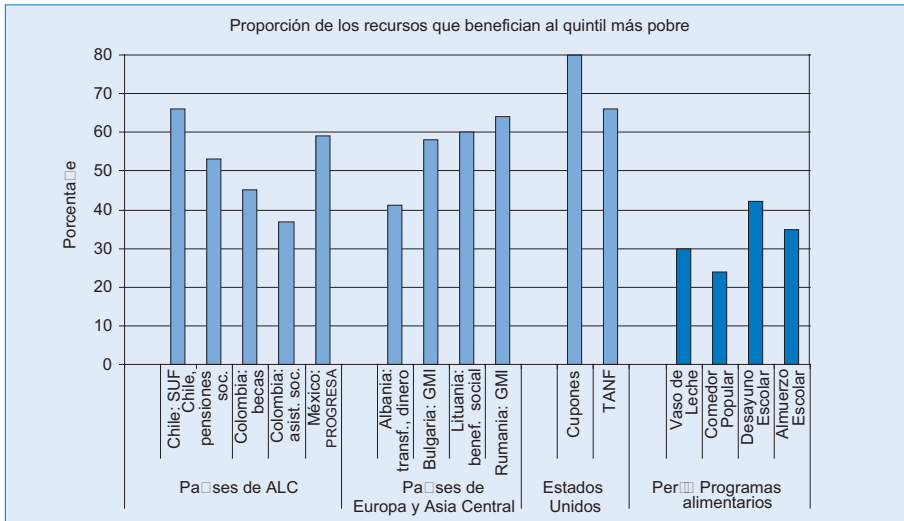
En la actualidad, aunque todo el gasto público en la RPS se fija empleando un índice de asignación pro pobre, se hacen frecuentes ajustes para continuar la asignación histórica (p. e., en Comedores Populares) o cumplir con las leyes que protegen los recursos de algunas regiones (como aquellas que requieren que una tercera parte del presupuesto del Vaso de Leche sea dirigido a Lima y Callao).

ausencia de estos programas, el número de pobres se incrementaría de 54,7 por ciento a 55,2 por ciento, un cambio que no es estadísticamente significativo. El impacto de los programas alimentarios es mayor en la extrema pobreza: si no los hubiera, ella crecería en 4 por ciento. Los programas de asistencia alimentaria tienen, asimismo, un impacto modesto en la reducción de la desigualdad (contribuyen con 0,5 por ciento a la reducción del índice Gini de consumo per cápita). El pequeño impacto sobre la pobreza o la reducción de la desigualdad se debe al nivel bastante bajo del presupuesto general, y al bajo nivel del subsidio público transferido a un beneficiario.

### **Los programas de asistencia alimentaria, asimismo, resultaron ineficaces para reducir la desnutrición**

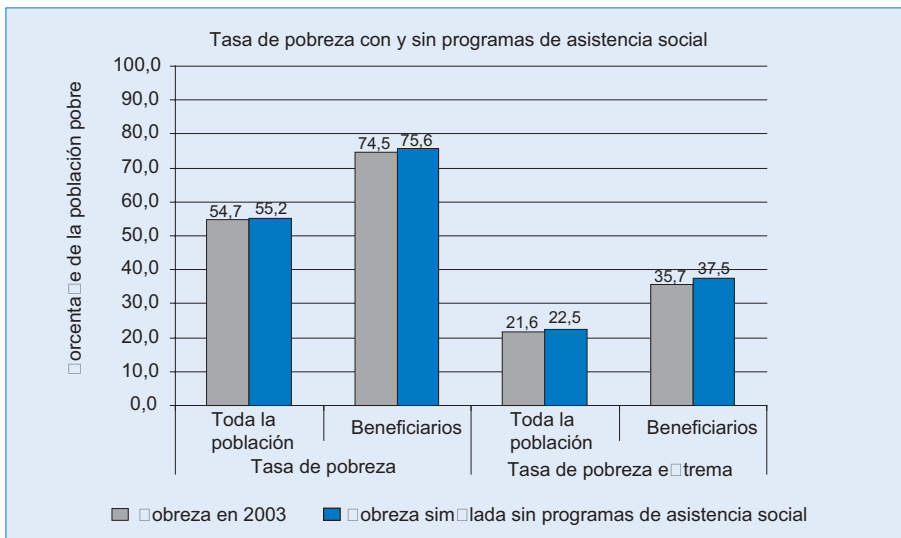
En el Perú, la tasa de desnutrición continúa siendo alta no obstante la implementación de diversos programas de asistencia alimentaria. Aunque se redujo a la mitad entre 1991 y 2000, la desnutrición infantil mantiene una tasa elevada entre los pobres: si bien, en general, 26 por ciento de los niños sufría de algún grado de desnutrición crónica (según el estándar de talla por edad), en 2000 el 47 por ciento de los niños del quintil más pobre se vio afectado. La pregunta es: ¿por qué coexiste tanta desnutrición con tantos programas alimentarios?

**Gráfico 5.10. En comparación con las transferencias de dinero, la focalización de los programas de asistencia alimentaria peruanos es moderada**



Fuente: estimaciones basadas en datos de las ENAHO 2003 y 2004 para el Perú; Castañeda y otros 2005 para otros países de ALC; y Tesliuc y otros 2005 para la región de EAC.

**Gráfico 5.11. El impacto simulado de los programas de la RPS sobre la reducción de la pobreza es pequeño**



Fuente: estimaciones basadas en las ENAHO 2003 y 2004.

Una razón es que apenas unos cuantos de los programas se concentran en niños menores de 2 años de edad. Si bien es posible combatir eficazmente la desnutrición en niños menores de 2 años y en mujeres embarazadas y lactantes, la mayor parte de los beneficios va a niños mayores e incluso a adultos. Es más: el Perú dedica una parte desproporcionada de su presupuesto alimentario y de nutrición simplemente a la compra y distribución de comida, en contraste con el financiamiento de las estrategias de más largo plazo que se concentran en soluciones basadas en la prevención, la promoción y el comportamiento sostenible. Con demasiada frecuencia se toma la simple transferencia de alimentos como un equivalente del beneficio nutricional, aun cuando no hay evidencia alguna de su impacto en la nutrición, y se presta aún menos atención a las deficiencias debilitantes de micronutrientes.

En las áreas rurales, PACFO es un programa que cuenta con un alto potencial para prevenir los efectos nocivos de la desnutrición. De los muchos programas de asistencia alimentaria, tan solo uno —el PACFO— se concentra específicamente en el grupo de edad en el que la desnutrición puede combatirse con eficacia. La evaluación del impacto de PACFO reveló una excelente focalización y resultados de nutrición relativamente buenos (Maximize y Cuánto 2003). Sin embargo, el programa cuenta con un pequeño presupuesto y solo opera en ocho regiones, hecho que implica que no están cubiertos grupos importantes de niños pobres en riesgo de desnutrición. Además, parecería que el componente de educación en salud del programa quedó debilitado después de su transferencia del INS al PRONAA.

Como lo sugiere la evaluación de impacto, para mejorar el resultado nutricional del programa será importante fortalecer la educación en salud y nutrición de las madres en lo que respecta a la preparación de alimentos, condiciones de higiene, alimentación complementaria y distribución intrahogar, y mejorar el conocimiento y las prácticas referidas al cuidado del niño durante la infancia.

### **Es difícil reformar los programas alimentarios existentes, porque están legitimados y porque su papel y desempeño han sido a menudo malinterpretados**

La implementación de programas de asistencia alimentaria por medio de las OSB produjo ventajas sustanciales en las primeras etapas de desarrollo: evitó la creación de un gran aparato de administración pública e indujo un efecto multiplicador desde la óptica de la población cubierta y los recursos

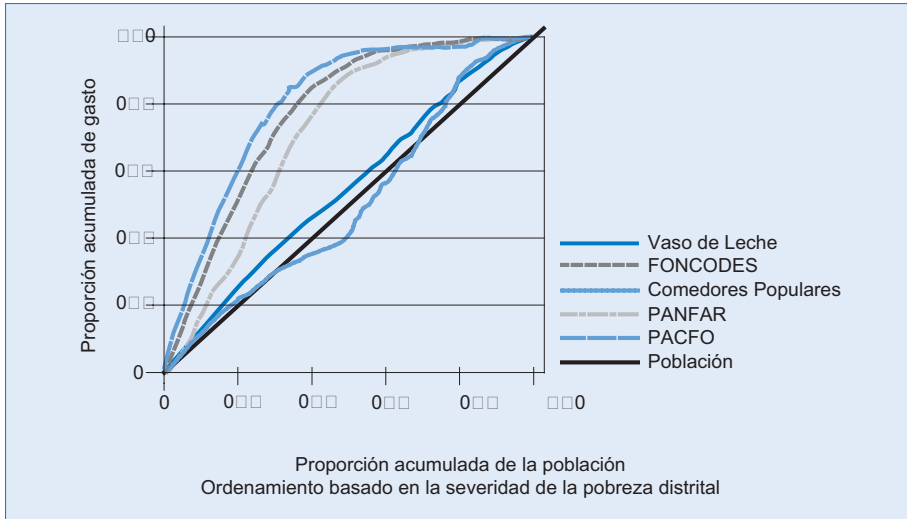
movilizados, lo que contribuyó al mejoramiento del capital social y el empoderamiento de las mujeres. Muchos de los programas peruanos de asistencia alimentaria surgieron como una estrategia de supervivencia cuando la migración masiva de las áreas rurales a las urbanas produjo la aparición de grandes asentamientos humanos empobrecidos en las afueras de las grandes ciudades. Los migrantes rurales y los pobres urbanos formaron clubes y organizaciones de servicios para mejorar su situación, y solo se beneficiaron posteriormente con el respaldo estatal o de donantes. El gobierno enfatizó la distribución geográfica de recursos empleando mapas de pobreza, una herramienta que las autoridades centrales de Lima podían implementar y que era fácil de monitorear sin necesidad de mantener una gran administración pública ni depender de las OSB para llegar a los pobres de un área específica.

Sin embargo, con el tiempo este modelo llegó a su límite y mucha gente pobre quedó sin ser atendida por los programas. Algunos programas han sido capturados por los primeros beneficiarios que obtuvieron acceso a los subsidios públicos. El gobierno no hizo cumplir los criterios de salida por temor a perder respaldo político, y hasta creó vacíos legislativos que permitieron a los beneficiarios seguir en el programa incluso cuando ya no tenían derecho a ello (como en la Ley del Vaso de Leche, que hace posible que un grupo objetivo «secundario» —niños de 7 a 13 años— se beneficie con un programa dirigido fundamentalmente a niños de 0 a 6 años). Como el presupuesto del programa es fijo, la baja tasa de salida significa que muchas familias pobres con niños pequeños no están entrando al programa, a pesar de que necesitan los beneficios que este ofrece.

El modelo basado en las OSB lleva hoy a una asignación inflexible del gasto. El gobierno tiene muy poco espacio para reorientarlo hacia beneficiarios nuevos y más pobres; en efecto, únicamente el incremento marginal en el presupuesto del programa pudo ser asignado a áreas más pobres, como sucedió en 2001-04. La flexibilidad para distribuir los fondos a las áreas más pobres depende en gran medida de si el programa cuenta con un grupo establecido de beneficiarios, como se muestra en el gráfico 5.12:

- La distribución es muy progresiva cuando los programas se focalizan únicamente en distritos con un alto riesgo de privación y asisten a los beneficiarios solo por un lapso muy breve (como en el caso de PACFO): el 20 por ciento más pobre de la población recibe el 60 por ciento de los recursos.

**Gráfico 5.12. Distribución geográfica acumulativa del gasto social, ámbito distrital, 2004**



*Fuente:* estimaciones basadas en datos del MEF sobre la asignación geográfica de recursos (2004).

- La distribución geográfica es bastante progresiva cuando los programas no son operados por un grupo sólidamente establecido y que, por ende, no está influido por la distribución histórica en años anteriores. Este es el caso de FONCODES, cuyo ciclo de proyecto se reinicia cada año y no depende de la asignación previa.
- La distribución es moderadamente progresiva en el caso del Vaso de Leche, que para los Comedores Populares es casi regresiva, lo que sugiere que la distribución de los fondos se aproxima a aquella que se produciría en ausencia de toda focalización geográfica. Es muy probable que esto se deba a que el gobierno encuentra difícil dejar de atender a los beneficiarios existentes, y solo el incremento marginal del presupuesto es distribuido sobre la base de criterios pro pobres.

Si bien los programas implementados por intermedio de las OSB son difíciles de reformar, hay medidas que podrían mejorar su desempeño sin generar demasiada resistencia. Por ejemplo, la implementación del Vaso de Leche en las áreas urbanas podría ser fortalecida para que se mantenga dentro del objetivo que se ha propuesto. En su diseño original, este incluía una característica clave para la autoselección de los pobres que se beneficiarían del programa,

pero que funciona bien principalmente en áreas urbanas o densamente pobladas. Los alimentos son preparados cada mañana por un grupo rotativo de madres. Los beneficiarios, o bien participan en la preparación, o (si no es su turno de cocinar) deben recoger la comida preparada, usualmente alrededor de las 6:00 a.m. Cocinar o recoger la comida tiene un costo significativo en tiempo y esfuerzo. En razón de que el beneficio es relativamente pequeño, solo las familias que de verdad necesitan la comida están dispuestas a pagar el costo de participar en el programa.

El principal problema del Vaso de Leche es que con el tiempo sus objetivos originales se han ido desvirtuando. En primer lugar, una gran parte de los beneficiarios (hasta 80 por ciento en las áreas rurales) recibe el beneficio a granel o al por mayor a intervalos mayores, a menudo en forma de leche evaporada, que es más costosa y eleva la posibilidad de que el producto sea compartido con la familia (como lo documenta el estudio de seguimiento del gasto público de 2003), o lo usa para cambiarlo por otros productos o servicios (como lo revelan las discusiones en los grupos focales). En segundo lugar, el grupo prioritario (niños de 0 a 6 años) fue dejado fuera con el tiempo por beneficiarios de otros grupos de edad. Según la Contraloría General de la República, en 2003 apenas 58 por ciento de los beneficiarios provenían del grupo prioritario, en comparación con 69 por ciento en 2001.

### **FONCODES y el suministro de inversiones de infraestructura: un modelo que debe desarrollarse para mejorar el acceso a los servicios básicos en las áreas rurales pobres**

Diversos estudios (Schady 2001; Apoyo 2000; Paxson y Schady 2002) han demostrado que, al financiar las inversiones de infraestructura demandadas por las comunidades locales, FONCODES amplió el acceso a los servicios sociales básicos, y que las inversiones llegaron a los distritos pobres y los hogares pobres de esos distritos. En 2004, el 40 por ciento más pobre de la población vivía en distritos que recibían casi el 80 por ciento de los recursos de FONCODES. La distribución geográfica acumulativa de este organismo peruano es, asimismo, más progresiva que la de los fondos sociales en otros países, como Bolivia, Nicaragua, Honduras, Zambia o Armenia, fundamentalmente debido a su focalización sobre todo rural y al uso de mapas de pobreza en la selección de distritos (Rawlings, Sherburne y Van Domelen 2004). El *modus operandi* innovador de FONCODES (reglamento simplificado de adquisición, proyectos

comunitarios impulsados por la demanda y focalización de las inversiones empleando mapas de la pobreza para asignar recursos a pequeñas comunidades rurales) se tradujo en más de 40 mil proyectos para la construcción o rehabilitación de colegios, puestos de salud, sistemas de agua y saneamiento, caminos rurales y proyectos de electrificación secundaria por un total de más de 2 billones (miles de millones) de dólares a lo largo de catorce años de funcionamiento.

Durante el gobierno de Toledo, los recursos de FONCODES fueron reducidos a la mitad en comparación con los de la década anterior, y su capacidad institucional se vio debilitada. Entre 1991 y 2001, FONCODES desarrolló una metodología de trabajo que favorecía el establecimiento de vínculos directos entre el Gobierno Central y los grupos comunitarios rurales, pero que tenía dos grandes desventajas: (a) dejaba de lado a los gobiernos locales; y, (b) fijaba de manera autónoma —esto es, al margen de los ministerios concernidos— las políticas sectoriales. Ambos aspectos tuvieron consecuencias negativas para el desarrollo institucional y el impacto y sostenibilidad de las inversiones. Desde 2001, el gobierno ha tomado diversas medidas para corregir estos defectos. En primer lugar, la autonomía con la que FONCODES fijaba sus políticas fue disminuida gradualmente al retirársele su poder de agencia ejecutora e integrársele al MIMDES. En segundo lugar, se intentó transformarlo en una agencia de implementación que es subcontratada por los ministerios sectoriales para llevar a cabo proyectos de inversión según las reglas definidas por esos ministerios. Sin embargo, ninguna de estas medidas mejoró la coordinación en lo que respecta a las inversiones de infraestructura en el ámbito municipal.

A partir de 2003, FONCODES fue uno de los primeros programas sociales en ser transferido a las municipalidades distritales como parte de la estrategia de descentralización, pero hasta ahora la descentralización no se ha llevado a cabo de modo adecuado, desarrollando primero los elementos fundamentales del nuevo modelo de provisión descentralizada de infraestructura de pequeña escala. Apremiados por un cronograma apretado de inicio del proceso de transferencia y en un contexto de reorganización del MIMDES, la descentralización de FONCODES ha consistido hasta ahora únicamente en incrementos marginales en el papel que los gobiernos locales desempeñan en el ciclo de proyectos de este organismo. El nuevo ciclo de proyectos «descentralizado» sigue quedando corto con respecto a las expectativas de delegar las responsabilidades de inversión y recursos a los gobiernos distritales. En la raíz de estos problemas se encuentra el hecho de que el proceso de transferencia ha sido impulsado más por la lógica de transferir subproyectos individuales a los gobiernos



distritales que por un modelo nuevo y concertado de provisión descentralizada de infraestructura de pequeña escala.

## **V. Examen de la bibliografía peruana basada en investigaciones**

Una rica bibliografía local estudia el desempeño de los programas peruanos de la RPS. La mayoría de los análisis de políticas se ha concentrado en aspectos como cuán bien focalizados en los pobres están los programas y cuál es el impacto nutricional de los programas alimentarios, qué efectos tienen los programas de empleo temporal para el ingreso doméstico, y en la asignación de inversiones de infraestructura básica en las comunidades pobres. El cuadro 5.4 resume las recomendaciones de política básicas de una parte de esta rica bibliografía, y se concentra en la más reciente, y el cuadro 5.5 examina los resultados de los estudios de evaluación de impacto.

Cabe señalar que este resumen representa únicamente una pequeña parte de la bibliografía. La mayoría de los estudios que analizan los programas alimentarios ponen de relieve la falta de claridad de los objetivos de muchos de los programas, su muy escasa cobertura y la mala focalización en la extrema pobreza, el bajo impacto sobre la nutrición y la falta de comprensión del papel de las OSB. La mayor parte de los análisis se centraron en un programa o problema particular (relacionado fundamentalmente con la focalización). Otros aspectos, en particular el estudio de la mezcla de programas y la idoneidad del financiamiento en todo un sector, no han sido estudiados extensamente. Al interpretar el cuadro 5.4, el lector debe tener en cuenta que algunos puntos (las filas del cuadro) no están marcados no porque haya desacuerdos o falta de interés respecto de ellos, sino porque aún no han sido analizados.

## **VI. Recomendaciones de política**

Algunos grupos seguirían siendo vulnerables incluso en caso de contar con mejores servicios sociales en salud, educación y nutrición, porque ya están viviendo al límite, como los hogares de alta dependencia que carecen de adultos físicamente capaces o trabajadores con empleo, o cuyos jefes únicamente pueden encontrar trabajos de baja productividad en los servicios domésticos o en la

Cuadro 5.4. Resumen de las recomendaciones de política en la bibliografía peruana

Recomendaciones	Vásquez	Francke	Blondet	Bustamante	Chacaltana	Trivelli	Alcazar y Wachtenheim	Valdivia
Aclarar los objetivos de los programas alimentarios	✓	✓					✓	
Focalizarse en grupos de prioridad y áreas clave:								
• Niños	✓	✓						
• Personas extremadamente pobres	✓	✓			✓		✓	✓
• Áreas rurales		✓						
• Afuera de Lima								
Incrementar el gasto en asistencia social		✓						
Establecer estrategias distintas para las áreas rurales y urbanas		✓						
Mejorar el Vaso de Leche agregando intervenciones complementarias					✓			
Consolidar los programas de nutrición y emular el modelo PACFO para su uso en áreas rurales		✓						
Rediseñar, fusionar o cerrar programas con filtraciones sustanciales	✓						✓	
Reestructurar todos los programas alimentarios							✓	
Desarrollar nuevas intervenciones para estimular la acumulación de capital humano/transferencia condicional de dinero	✓						✓	

continúa...

...continuación

Recomendaciones	Vásquez	Francke	Blondet	Bustamante	Chacaltana	Trivelli	Alcazar y Wachtenheim	Valdivia
Mejorar la focalización: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización individual</li> <li>• Categoría (edad)</li> <li>• Focalización geográfica</li> <li>• Autoselección/tipo de alimento</li> <li>• Prueba de trabajo comunitario</li> </ul>	✓	✓	✓					✓
Crear un Sistema de Identificación de Beneficiarios	✓							
Trabajar con OSB para que se acepten las reglas de graduación/egreso	✓	✓						✓
Ofrecer servicios a las OSB para ayudarlas a generar ingresos y hacerse autosostenibles	✓	✓	✓					✓
Los programas debieran aprovechar las organizaciones y redes sociales existentes		✓	✓					✓
Diseñar diferentes instrumentos para los crónicamente pobres (transferencias) y los pobres temporales (seguro)					✓			
Monitoreo y evaluación mejorados	✓	✓						✓

Cuadro 5.5. Resumen de evaluación del impacto en el Perú de los programas de la RPS

Programa	Periodo de evaluación	Cobertura	Datos	Método de evaluación	Autores	Principales resultados
Vaso de Leche	1999-2000	Nacional	Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000, censo de 1993, censo de infraestructura de salud, Mapa de Pobreza de FONCODES	Casi experimental – método de emparejamiento	Gajate e Inurritegui (2003)	<p>La variable dependiente considerada es la talla para la edad como medida de desnutrición crónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El impacto del programa fue significativamente negativo para distintas especificaciones del modelo. Los autores admiten la posibilidad de que los resultados hayan sido afectados por: (a) variables omitidas, como el estado de nutrición de la madre o el orden de nacimiento del niño; y, (b) el sesgo de la selección: debido al estigma en el programa únicamente participaron madres con niños severamente desnutridos (causalidad inversa).</li> </ul>
Vaso de Leche	Diciembre 2001 – abril 2002	Áncash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Loreto y Piura	Registros de gasto mensual del programa, ENAHO 1998-2000, ENNIV 1994 y 1997, ENDES 1996-2000	Casi experimental – variable instrumental	Stiefel y Alderman (2003)	<p>El estudio se pregunta si un plan de focalización de múltiples etapas y base comunitaria es progresivo, ¿será posible que el programa pueda alcanzar su objetivo de nutrición? La variable dependiente considerada fue la de la talla para la edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Programa del Vaso de Leche (VdL) está bien focalizado en familias pobres y familias con un bajo nivel de nutrición.</li> <li>Sin embargo, su impacto es limitado más allá de su valor como transferencia de ingreso. Las transferencias de leche y sustitutos de la leche del VdL son inframarginales aproximadamente en la mitad de las unidades domésticas que las reciben.</li> <li>El estudio no encuentra impacto alguno del gasto del VdL en los resultados de nutrición de niños pequeños, el grupo al cual el programa está dirigido.</li> </ul>
Vaso de Leche	2002	Nacional	ENAHO, Estudio de seguimiento del gasto público	Seguimiento del gasto público ( <i>tracking survey</i> )	López-Cálix, Alcázar, Wachtemheim (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy pequeñas filtraciones durante la transferencia del Gobierno Central a los municipios y de allí a los comités locales.</li> <li>Filtración importante en la distribución de los comités a los hogares; más dilución intrahogar.</li> <li>Los beneficiarios buscados reciben en promedio 29 centavos de cada dólar originalmente transferido por el Gobierno Central.</li> </ul>

continúa...

...continuación

Programa	Periodo de evaluación	Cobertura	Datos	Método de evaluación	Autores	Principales resultados
Desayuno Escolar	1993	Huaraz	Estudio especializado: grupo de tratamiento y de control: línea de base, medición de primera y segunda vuelta	Diseño experimental: 10 escuelas seleccionadas sistemáticamente: 5 escuelas rurales en el grupo de control (151 alumnos) y 5 en el grupo de tratamiento (201 estudiantes)	Pollit, Jacoby y Cueto (1996)	<p>El estudio mide el impacto del programa en el consumo de calorías, asistencia a la escuela y el aprendizaje. Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento significativo en el consumo de calorías de niños en el grupo de tratamiento.</li> <li>• Aumento significativo en la asistencia escolar.</li> <li>• No hubo diferencias significativas en el aprendizaje, medición con pruebas de comprensión de lectura, vocabulario y matemática.</li> </ul>
Desayuno Escolar	1998	Apurímac y Cusco	Estudio realizado por evaluadores	Diseño casi experimental: grupo de tratamiento en Apurímac (300 alumnos de 4.º grado) y grupo de control en Cusco (290 alumnos de 4.º grado)	Cueto y Chinen (2001)	<p>El estudio mide el impacto sobre la talla, el peso, la matrícula y la deserción escolar, la asistencia a la escuela, las aptitudes cognitivas y el desempeño en matemática y comprensión de lectura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El índice de masa corporal, la talla y el peso estandarizados por edad no son estadísticamente diferentes en los grupos de control y de tratamiento.</li> <li>• Impacto positivo en el nivel de hemoglobina.</li> <li>• No hay diferencias significativas entre los grupos en lo que respecta a las aptitudes cognitivas, salvo por la aptitud de memorización de corto plazo.</li> <li>• La asistencia escolar es más alta en el grupo de tratamiento. Sin embargo, la diferencia no puede atribuirse al programa, pues no se cuenta con información de la línea de base.</li> <li>• Las horas de enseñanza se redujeron porque se asignó tiempo para que los alumnos consumieran los alimentos, y los profesores prepararan el Desayuno Escolar.</li> </ul>
PACFO	2002	7 departamentos		Grupo de tratamiento en Apurímac y Ayacucho y grupo de control en Ancash	Maximize y Cuanto (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja filtración (9 por ciento) y alta cobertura (73 por ciento) del grupo objetivo (niños de 6 meses a 3 años).</li> <li>• Una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de la desnutrición crónica en dos departamentos (Cusco y Puno).</li> <li>• No hubo un cambio significativo en la incidencia de la desnutrición crónica en otros dos departamentos (Apurímac y Ayacucho).</li> </ul>

continúa...

...continuación

Programa	Periodo de evaluación	Cobertura	Datos	Método de evaluación	Autores	Principales resultados
A Trabajar Urbano	Segunda convocatoria mayo 2002	Áncash, Cusco, Junín, La Libertad, Lima, Loreto, Piura, Puno y Ucayali	Estudio de beneficiarios y ENAHO 2002	Casi experimental – método de emparejamiento	Chacaltana (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mayoría de los beneficiarios son pobres (75 por ciento de los recursos iba al 40 por ciento más pobre de la población).</li> <li>La ganancia neta para los trabajadores es una pequeña parte del salario nominal pagado; en ausencia del programa, estos beneficiarios podrían haber obtenido 80 por ciento del salario que este pagaba participando en otras actividades.</li> <li>El salario fue demasiado alto como para promover la autoselección.</li> <li>Intensivo en mano de obra: 70 por ciento a 80 por ciento de los costos del proyecto eran de mano de obra.</li> </ul>
FONCODES	1996-99	Áreas rurales en 17 departamentos	Estudio realizado por evaluadores	Casi experimental	Apoyo (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Educación</i>: el número de estudiantes matriculados creció en 34, el número de salones se incrementó en 1, y el de grados en 1,6; la probabilidad de ofrecer educación secundaria creció en 15 por ciento.</li> <li><i>Agua y alcantarillado</i>: la probabilidad de diarrea en los niños disminuyó en 3 por ciento; las letrinas no tuvieron un efecto en la incidencia de la diarrea; los proyectos de alcantarillado no lograron un impacto significativo en la incidencia de la diarrea.</li> <li><i>Electrificación</i>: el valor de las viviendas se incrementó en 2 mil nuevos soles.</li> </ul>
<b>Otros no experimentales</b>						
Programas alimentarios	2000	Nacional	ENAHO 2000	No experimental Análisis de incidencia promedio y marginal del beneficio	Valdivia (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gran filtración: 40 a 50 por ciento de los beneficiarios caían fuera del grupo objetivo, o porque no eran pobres, o porque estaban fuera del rango de edad; la filtraciones más altas eran en el VdL y las áreas urbanas.</li> <li>Desayuno Escolar y VdL son muy pro pobres, no obstante tener en promedio un desempeño de focalización bastante mediocre.</li> </ul>
Programas alimentarios	2001-03	Nacional	ENAHO	Análisis no experimental de incidencia del beneficio	Vásquez (2004b, c, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gran parte del grupo objetivo no está cubierto (el déficit de cobertura varía de 67 por ciento para el VdL a 98 por ciento para los Comedores Infantiles).</li> <li>Alta filtración, que va de 26 por ciento en el VdL a 47 por ciento en el Almuerzo Escolar.</li> </ul>

Fuente: elaborado con base en Yamada y Pérez 2005; Alderman y Stifel 2003; Vásquez 2005; Valdivia 2005; Apoyo 2000; Chacaltana 2004.

agricultura. Para estas personas, los programas bien diseñados de la RPS podrían complementar los dos principales elementos en la lucha contra la pobreza: la promoción de un crecimiento de ancha base, y servicios sociales distribuidos de modo más equitativo. Como solución de corto plazo, el gobierno puede fortalecer la RPS mejorando los programas ya existentes. A más largo plazo sería deseable identificar programas e intervenciones que es probable que tengan un mayor impacto sobre la reducción de la pobreza, pero que necesitarán más fondos y una mayor capacidad.

### **Aclarar los objetivos de la política de la RPS y definir los resultados alcanzables**

Para que la RPS contribuya a un desarrollo económico más vigoroso y a reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza, se requiere una estrategia de protección social y una clara asignación de responsabilidades dentro del Gobierno Central, y entre este último y las autoridades municipales en lo que respecta a la regulación, el financiamiento, la implementación y el monitoreo de los programas.

### **Fortalecer la RPS en áreas urbanas**

Asegurar, en las áreas urbanas, una cobertura total de los niños pobres con un Vaso de Leche mejorado que pueda tener mayor impacto si se realizan reformas viables. Seguir empleando mecanismos simples de focalización: demográficos, elección de programas y autoselección.

A pesar de las críticas, el Vaso de Leche podría ser un buen programa urbano si se lo fortaleciera aún más. En virtud de su presupuesto y tamaño relativo —más de 100 millones de dólares, o la mitad del presupuesto global de asistencia alimentaria, y casi 5 millones de beneficiarios—, este programa ha captado bastante atención y a menudo ha sido objeto de críticas por tener altas filtraciones hacia los no pobres o a beneficiarios no deseados. Este capítulo subraya que la focalización del programa es mejor de lo que era antes. El gobierno tal vez quiera revisar los arreglos de implementación del programa del Vaso de Leche, que tiene —dado su presupuesto y tamaño— el mayor peso al definir el desempeño global del gasto público en los programas alimentarios. El VdL debería ligarse a los programas básicos de nutrición, educación y salud para, así, asegurar que contribuya a la creación de capital humano entre los

beneficiarios. Su implementación podría ser fortalecida si se limita la elegibilidad a los niños de 0 a 6 años, se mejoran las adquisiciones, se aseguran provisiones suficientes para cubrir siete días a la semana en lugar de la práctica actual de menos días para llegar a más beneficiarios, y se distribuyen raciones diarias listas para el consumo en lugar de la distribución a granel o al por mayor.

Seguir operando A Trabajar Urbano de modo contracíclico, manteniendo un programa mínimo en los periodos de crecimiento económico que pueda ser expandido durante las recesiones o después de desastres naturales. A Trabajar Urbano fue diseñado y puesto en práctica como una solución temporal en respuesta a la crisis de 1989-2001, y el desempeño del programa fue adecuado. Al reiniciarse el crecimiento, el gobierno consideró darlo por terminado. Sin embargo, la experiencia internacional muestra que es difícil expandir estos programas en tiempos de crisis. El mejor enfoque sería mantener una capacidad mínima del programa en épocas de estabilidad, para así facilitar una respuesta rápida durante una caída económica o después de un desastre natural.

Para mejorar la implementación de los programas de empleo temporal se requieren algunos ajustes: (a) fijar el nivel de los salarios ligeramente por debajo del que prevalece en el mercado de mano de obra no calificada, para así promover la autoselección; (b) intensificar los esfuerzos para seleccionar a jefes de familia desempleados más necesitados (las comunidades podrían desempeñar un papel importante en la selección individual, en lugar de la práctica actual de la selección aleatoria); (c) considerar la opción de integrar los programas de empleo temporal con las inversiones municipales, para, de esta manera, asegurar la calidad (en función de los recursos suplementarios necesarios para complementar el factor mano de obra) y el mantenimiento de los activos creados; y, (d) considerar como proyectos potenciales no solo la construcción de activos físicos sino también la provisión de servicios sociales (madres cuidadoras, promotores de salud) que podrían incrementar la participación de mujeres.

### **Fortalecer la RPS en áreas rurales**

Encontrar la combinación de intervenciones que mejoren el capital humano de los pobres. Emplear técnicas poco costosas para identificar los grupos prioritarios (focalización geográfica y demográfica).

Ampliar la cobertura del programa nutricional PACFO, para cubrir a todos los niños de 6 meses a 2 años de edad en los distritos rurales más pobres, identificados con base en el Mapa de Pobreza. Con algunas mejoras y la



ampliación de su cobertura, PACFO podría ayudar a más niños pobres en riesgo de desnutrición, en especial en aquellas áreas que cuentan con una cobertura de un servicio de salud relativamente buena y una infraestructura adecuada, que permita almacenar alimentos en los centros de salud.

Fusiona programas superpuestos a la par que se conservan presupuestos, y construir a partir de los buenos programas ya existentes, como Desayuno Escolar y PACFO. Algunos de los programas alimentarios tienen una alta cobertura, otros son diminutos y se superponen a programas más grandes desde el punto de vista de los beneficiarios y del tipo de intervenciones. El gobierno ya cuenta con una estrategia para llevar a cabo unos proyectos piloto de demostración para fusionar los programas alimentarios escolares (Desayuno y Almuerzo Escolar) y focalizar mejor los programas nutricionales (PACFO, PANFAR) en los grupos de edad en los que dichos programas pueden ser más eficaces; sin embargo, el avance se vio obstaculizado por el proceso de descentralización.

No obstante, los programas alimentarios no son la respuesta cabal para mejorar el estado nutricional o el capital humano. Es necesario articular estos programas, así como los programas aislados de salud y educación, en un enfoque integrado que: (a) asegure la provisión simultánea de un paquete básico de salud, educación y nutrición; y, (b) aproveche sus complementariedades.

### **Seguir financiando inversiones en infraestructura para asegurar el acceso universal a los servicios básicos, desarrollando la experiencia de FONCODES**

La ventaja comparativa que permitió a FONCODES ser un gerente eficaz de los proyectos de infraestructura de pequeña escala radica en los distintos sistemas que desarrolló para administrar el ciclo del proyecto: métodos e instrumentos para diseñar, evaluar, desembolsar y supervisar proyectos, y para contratar diseñadores, evaluadores, supervisores, capacitadores y así sucesivamente. Mientras que el ciclo de proyecto descentralizado da a los gobiernos distritales unas cuantas responsabilidades más que antes, todo este poder y *know-how* decisorio aún permanece en las oficinas zonales de FONCODES.

La estrategia que sustenta la descentralización de FONCODES no es consistente con un enfoque dirigido a transferir responsabilidades y recursos para la provisión de infraestructura de pequeña escala a los gobiernos distritales y, por ende, a desarrollar sus capacidades para asumir este nuevo papel. De

hecho, la estrategia transfiere responsabilidades sumamente limitadas a los gobiernos distritales, y FONCODES retiene el control de los principales sistemas administrativos que regulan el ciclo de los proyectos.

La contribución real que FONCODES podría hacer es el desarrollo de las capacidades de los gobiernos distritales para forjar relaciones vigorosas con las comunidades y con los proveedores locales de servicios para, de esa manera, proveer eficazmente infraestructura de pequeña escala. Lo que falta hoy es una estrategia y un plan útiles para materializar esa contribución potencial.

### **Ampliar el ámbito del sector de la RPS para producir un mayor impacto**

Debiera considerarse incrementar el financiamiento global del sector hasta acercarlo al gasto promedio en los países de ingreso medio, de alrededor de uno por ciento del PBI. Un mayor impacto en la reducción de la pobreza requerirá más fondos para los programas de la RPS. Este impacto sería limitado incluso si los recursos actuales estuvieran perfectamente focalizados en la pobreza extrema. El gasto adicional mejoraría el nivel de asistencia por beneficiario y extendería la cobertura a grupos en alto riesgo de pobreza (niños y trabajadores pobres que viven en extrema pobreza).

La RPS podría ser fortalecida mediante la adición de nuevos programas. El gobierno contempla la posibilidad de introducir un programa de transferencia condicional de efectivo, que entregará dinero a familias pobres dependiendo de que estas inviertan en capital humano haciendo que sus hijos acudan a la escuela y los centros de salud. Este programa podría corregir algunos de los resultados negativos observados en lo que respecta a la igualdad de oportunidades en la educación, a saber, que 26 por ciento de los niños entre los 12 y 16 años del quintil más pobre no están en la escuela, un tercio de los niños entre los 12 y 16 años están atrasados de año y el trabajo infantil está muy difundido entre los niños pobres (el 53 por ciento de los niños entre 10 y 14 años del quintil más pobre desempeña algún tipo de trabajo).

La adición de nuevos programas no debiera adelantarse al desarrollo de los requisitos básicos para una buena implementación: mecanismos de focalización de los hogares, un sistema de identificación de beneficiarios (SIB), mecanismos de verificación y recertificación, quejas y reclamos, y un sistema de monitoreo y evaluación. Es más: para que el SIB sea operativo, el Perú tendrá que establecer un proceso que permita identificar legalmente —por intermedio

del Registro Nacional de Identificación y Registro Civil (RENIEC)— a un gran número de personas que no cuentan con documentos de identificación personal (partida de nacimiento o documento de identidad).

### **Fortalecer la rendición de cuentas**

El gobierno debe proseguir con sus esfuerzos de mejorar la rendición de cuentas en la provisión de servicios. El principal desafío luego de los dos primeros años de descentralización es sopesar las ventajas y desventajas, y decidir si un sistema descentralizado de RPS atiende mejor a los pobres y vulnerables. La experiencia de implementación descentralizada del Vaso de Leche, y las lecciones aprendidas en los primeros dos años posteriores a la transferencia de los Comedores Populares, debieran ayudar al gobierno a decidir cómo proseguir con el proceso de descentralización de los programas alimentarios. El gobierno debe asegurarse de que la descentralización no se adelante a la capacidad de los gobiernos locales para manejar los fondos sensata y transparentemente. Es probable que los peruanos que experimentarán la mejora más grande en la provisión de programas alimentarios después de su descentralización serán aquellos atendidos por un gobierno local con una mejor administración y con recursos para cubrir los costos de operación, y los que cuenten con mecanismos participativos en funcionamiento para asegurar pesos y contrapesos saludables en la aprobación de las decisiones gubernamentales. Sin embargo, muchos pobres extremos viven en localidades donde los gobiernos municipales son muy débiles y las necesidades enormes, y la ayuda a los pobres puede competir con otras prioridades locales. Es importante asegurarse de que la descentralización no contribuya al surgimiento de una mayor desigualdad o reduzca las oportunidades, debido a las diferencias en la capacidad institucional de los municipios.

*Definir los arreglos institucionales.* La reorganización del MIMDES requiere la creación de oficinas regionales descentralizadas del Ministerio (oficinas desconcentradas), reuniendo en el ámbito regional las oficinas desconcentradas de tres programas nacionales —PRONAA, FONCODES y el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF)— en un esfuerzo por crear la capacidad estatal a nivel local. Tiene sentido la propuesta de territorializar la administración central del MIMDES mediante la creación de oficinas desconcentradas en cada una de las veinticuatro regiones, ante la necesidad percibida de monitoreo e interacción con las municipalidades locales encargadas de los

programas sociales descentralizados. Algunos aspectos que el gobierno debería analizar antes de «construir» las oficinas regionales del MIMDES son: (a) en qué medida las nuevas instituciones contribuirán a una mayor sinergia entre los programas existentes; (b) cuál es la racionalidad de consolidar el aparato administrativo regional, cuando todos los programas habrán de ser transferidos para 2009 a gobiernos subnacionales (provinciales y distritales) que no tienen interacción alguna con el gobierno regional; y, (c) qué racionalidad tiene mantener las inversiones de infraestructura social básica —FONCODES— bajo la jurisdicción del MIMDES, cuando otros ministerios sectoriales, municipios e institutos de infraestructura especializada llevan paralelamente a cabo sus inversiones en infraestructura.

*Fortalecer el monitoreo y la evaluación de impacto regulares, y fomentar una cultura que arraigue la obtención de resultados en la formulación de políticas.* El sistema de monitoreo y evaluación tendrá que ir más allá de las prácticas existentes de seguimiento del nivel global de gasto, el número de beneficiarios, las toneladas métricas de alimentos y el número de raciones de comida, y pasar a determinar qué tipos de personas obtienen los beneficios, cuánto reciben los receptores, cuánto tiempo la gente recibe comida, qué cambios se dan en el estado nutricional y otros resultados del desarrollo. Es más: el sistema podría ser concebido para que cubra no solo los programas que se encuentran bajo la jurisdicción del MIMDES, sino también los de la RPS que consumen una gran parte del presupuesto (como el Vaso de Leche), o cualquier nueva propuesta de programa antes de legitimarlo o de ampliarlo.