

La lucha contra la pobreza en el Perú de los noventas

Pedro Francke

1. Introducción

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

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

Cuando se quiere hacer una evaluación del desarrollo social, es necesario tener una concepción sobre qué configura una situación de pobreza. La pobreza es una situación en la cual una persona o grupo social vive bajo condiciones que consideramos inadecuadas e inaceptables para un ser humano. Así, la concepción y medición de la pobreza sigue necesariamente un patrón social, y está directamente referida a la calidad de vida. La calidad

de vida comprende diversos elementos, que incorporan tanto los ingresos necesarios para acceder a los alimentos y otros bienes y servicios en el mercado, como la situación de salud y educación de la familia, el acceso a servicios básicos como agua, desagüe y luz, la seguridad y salubridad en el trabajo, y también las condiciones de participación en las decisiones sociales y familiares, e incluso cuestiones tales como la espiritualidad, la belleza y la cultura. Por razones de tiempo y espacio, en esta ponencia nos limitaremos a tratar los aspectos de ingresos, salud y educación.

2. La situación social actual

Pobreza por ingresos

La pobreza por ingresos se ha reducido ligeramente en los noventas de 57% a 54%, pero es aún superior a la que prevalecía en 1985, cuando se estimaba en cerca de 40 por ciento. Esto sucede a pesar de que la recuperación económica ha llevado a que el PBI per capita actual sea similar al de 1985. En las zonas rurales, más de dos terceras partes de la población es pobre y cerca de la mitad vive en pobreza extrema, con ingresos menores a 80 centavos de dólar diarios per cápita.

Lo que es seguro es que, puntos más puntos menos, la mitad de la población peruana es actualmente pobre. En otras palabras, en diez años no se ha podido recuperar lo que se perdió con la crisis y la hiperinflación de 1988-90.

Educación

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

En educación, la cobertura, es decir la asistencia de los niños de 6 a 15 años a la escuela es ampliamente mayoritaria, superior al 90%, lo que se compara favorablemente a nivel regional y latinoamericano. Esa situación ya se registraba desde mediados de los 80.

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

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

Los problemas críticos en la educación se encuentran en:

- i) Una tasa de analfabetismo aún sumamente elevada, del orden del 10%, que se concentra en las zonas rurales y en las mujeres mayores de 40 años. Una encuesta reciente que he trabajado muestra que incluso en zonas rurales muy pobres de Huancavelica el analfabetismo entre mujeres jóvenes, de 15 a 25 años, es prácticamente inexistente, del orden del 2%. Ello permite ser optimista respecto de la futura reducción del analfabetismo, pero no debe llevarnos a la inacción respecto a las mujeres mayores. Existe además la preocupación de que el analfabetismo funcional, es decir, la pérdida de habilidades de lecto-escritura, pueda ser importante en el país, y que por lo tanto sea bastante mayor el porcentaje de la población que está realmente impedido de leer y escribir a un nivel razonable.
- ii) Una baja cobertura de la educación pre-escolar. Se estima que alrededor de la mitad de los niños de 3 a 5 años actualmente asisten a algún tipo de educación pre-escolar, incluyendo a quienes asisten a PRONOEI que son centros comunitarios dirigidos por animadoras. Aún cuando ha habido avances en este sentido, falta mucho por hacer, incluyendo también una mejor calidad de la educación pre-escolar.
- iii) La calidad de la educación peruana parece ser bastante baja. No hay cifras publicadas, pero nuestra experiencia diaria nos muestra como incluso egresados de la secundaria escriben muy mal y tienen habilidades muy limitadas. La infraestructura ha mejorado pero no es lo principal en la calidad de la educación, ha habido una dotación de textos y materiales educativos a las escuelas pero que es poco usada en el proceso de aprendizaje, y la calidad de la docencia es bastante deficiente a pesar de los programas de capacitación otorgados.

Salud

En cuanto a salud, ha habido avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil, pero ésta es alta, de 43 por mil, bastante mayor que la que corresponde a un país de nuestro nivel de desarrollo. 30% de los niños de 3 y 4 años está desnutridos en forma crónica, a pesar del avance que también se ha registrado en este campo. La mortalidad infantil se ha reducido en los últimos años, sobretodo por el control de las diarreas y en menor medida de las infecciones respiratorias agudas, pero ha bajado muy poco la mortalidad neo-natal, hasta el primer mes de nacido, así como la mortalidad materna, que es la segunda más alta de Latinoamérica con una tasa de 260 por cien mil. Otros problemas principales de salud incluyen la reemergencia de la malaria, enfermedad que reporta 250 mil casos al año. La inequidad en salud es también enorme; la mortalidad infantil varía entre los grupos más pobres y los más ricos de 100 a 20 por mil.

El Ministerio de Salud ha ampliado sustancialmente su oferta de atención primaria, lo que ha elevado la cobertura de consultas de salud en 60%. Sin embargo, se mantienen problemas de falta de acceso de la población a los servicios de salud, que diversas encuestas indican se debe en su mayor parte a los cobros que se realizan. Una cesárea en el Hospital de Andahuaylas, una de las provincias más pobres del Perú, puede costar más de 300 soles, ya que la gestante no sólo debe pagar por la atención médica, la sala de partos y la anestesia, sino además comprar los insumos y medicinas requeridas. 80% de las personas enfermas que no se atienden, afirman que ello se debe a razones económicas. Otros problemas son una insuficiente oferta sobretodo en zonas rurales dispersas, servicios que nos adaptados a la cultura de la población rural, y una mala calidad por personal no calificado — aunque puede tener título— y equipos sin mantenimiento.

Por otro lado, hay una acción insuficiente en lo que se refiere a la salud pública: control de mosquitos y otros agentes que transmiten enfermedades, alimentos y agua ídem, educación e información poco desarrollada, inacción frente a riesgos como los accidentes de tránsito y la violencia, hábitos de vida poco saludables poco atendidos, así como la identificación temprana de riesgos.

Síntesis

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

En cuanto a los servicios, podemos clasificar los servicios básicos en tres niveles. En un nivel muy básico se ha logrado una cobertura casi universal, como en la educación primaria y las vacunaciones. En un segundo nivel, aún básico, hay una ampliación que abarca ya a la gran mayoría de la población pero que aún muestra dificultades en su expansión en zonas rurales, como por ejemplo los servicios desagüe y electricidad, la atención de partos o la educación secundaria. En un tercer nivel están servicios más complejos, como la atención hospitalaria especializada o la educación superior, en la cual hay un acceso muy desigual, limitada por grandes distancias para los pobladores rurales y por costos crecientes aún en establecimientos públicos. En los tres niveles existen problemas de calidad serios, y no existen evaluaciones que demuestren que los esfuerzos realizados al respecto en esta década han tenido éxito, siendo la impresión que los avances logrados han sido limitados.

3. Modelo económico y pobreza

Crecimiento económico, empleo y pobreza

El discurso neoliberal afirma que la principal forma de reducir la pobreza es dándoles oportunidades de incrementar sus ingresos en el mercado. Sin embargo, el modelo no ha generado un crecimiento intensivo en trabajo para los pobres que ayude a reducir la pobreza. A contracorriente del discurso que afirmaba que la flexibilización laboral iba a aumentar el empleo, durante esta década no se ha reducido el peso del sector informal ni el desempleo.

Una razón de ello estriba en los sectores privilegiados por la inversión extranjera y la política estatal, como la minería y los servicios modernos (telecomunicaciones) que generan poco empleo. El auge de la construcción alivió estos problemas durante las épocas de fuerte inversión, pero durante la crisis ese impulso se ha perdido. El crecimiento de sectores permanentemente más dinámicos en términos de crecimiento del empleo, como el agro y la industria, ha sido menor.

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

La atracción de los capitales extranjeros ha sido exitosa, constituyéndose en la principal causa del crecimiento de estos años, así como de la vulnerabilidad de la economía peruana y de la crisis actual. Por otro lado, la débil recuperación del ahorro interno impide generar un crecimiento más autónomo y sostenible. El punto más crítico y debatido, sin embargo, es si esa atracción de los capitales extranjeros ha permitido ampliar las capacidades empresariales y tecnológicas de la sociedad peruana o si, por el contrario, las ha desplazado.

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

Las mediciones de la desigualdad en esta década han sido débiles y contradictorias entre sí, de tal manera que la evidencia empírica no es de gran ayuda. La evidencia circunstancial, con todos sus problemas, muestra por otro lado el auge de las casas de playa de cientos de miles de dólares, los

centros de consumo de lujo y los viajes internacionales (aunque al mismo tiempo muestra viejos grupos económicos empequeñeciéndose: Nicolini, Wiese, Picasso); y también muestra la pobreza persistente, las casas de estera, el trabajo infantil —que ha aumentado— y la pobreza rural.

Gasto social e impuestos

Paradójicamente, mientras el discurso neoliberal afirmaba que la pobreza debía resolverse a través del mercado, los mayores resultados se han obtenido por la acción del gobierno. La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, agua y electricidad, así como las mejoras registradas en la infraestructura educativa, y el impacto de los programas alimentarios, resultan ser bastante más importante que los efectos logrados a través de la creación de puestos de trabajo.

Dadas las enormes necesidades, la profundidad de la pobreza y la fuerza de la desigualdad, es claro que los esfuerzos realizados en el área social son muy insuficientes. En los noventa se registra un aumento importante del gasto social, sobretodo entre 1993 y 1996 que hay un auge económico, permitido por el aumento de la recaudación propio de la recuperación económica, así como del reinicio de préstamos de organismos internacionales como el BID y el Banco Mundial que en esta década han dado más prioridad al área social que anteriormente¹. A pesar de ello, el gasto en sectores como educación y salud, en el Perú de los noventa, es bastante menor al de la década de los 70s y menor también al promedio de los países latinoamericanos. En salud, por ejemplo, se gasta 4,1% del PBI, dos terceras partes el promedio latinoamericano; mientras en educación el gasto público es 2,4% del PBI, un tercio menor al de países latinoamericanos de similar nivel económico.

Las principales limitaciones a este respecto se deben a la estructura impositiva propia del modelo, aunque también existen efectos de la política fiscal y presupuestal en general.

¹ Los datos de gasto social, sin embargo, son poco transparentes, habiendo el gobierno variado continuamente en cuanto a qué rubros del presupuesto se consideran gasto social.

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

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

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

4. La política respecto de los servicios básicos

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

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

Las reformas de segunda generación y los servicios básicos

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

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

Respecto a las reformas en el sistema de jubilación, salud y educación, las principales son el Sistema Privado de Pensiones de las AFPs respecto de la jubilación, la introducción del sistema de empresas privadas (llamadas EPS) que compiten por prestar un seguro básico de salud y el bachillerato en educación. Antes que una evaluación detallada de cada una de ellas, queremos resaltar sus rasgos comunes. El más importante es que ambas son reformas por arriba, son reformas que van a abarcar a la población de las ciudades y a la población no pobre. A las EPS accede el que es asegurado y tiene más o menos buenos ingresos para poder pagarlas, al bachillerato accede el que terminó la secundaria, requisito que logran muy pocos de los más pobres y de los jóvenes de zonas rurales. Así, estas reformas, por su carácter, han desviado la atención de la atención de los servicios básicos y los más pobres.

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

Una hipótesis para esta enorme diferencia tiene que ver con las fuerzas sociales que apoyan y se resisten a la reforma. En el caso de la jubilación², el nuevo sistema es muy beneficioso para el capital financiero, que pasa a administrar los fondos, así como las grandes empresas que pueden tener mayo a acceso a financiamiento. Afectados estarían los jubilados, que lamentablemente tiene muy poco peso político. El balance político favorece nítidamente a la reforma. Lo contrario sucede en salud y educación: no hay claros grupos beneficiados o los beneficio son bastante menores, como en caso de salud, mientras que los trabajadores de esos sectores —maestros, médicos y trabajadores de salud— siguen siendo de los grupos más organizados y fuertes en el debilitado panorama sindical del Perú actual. Y además, se ha evidenciado lo sensible que es la opinión pública respecto de estos temas, en particular la educación.

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

El hecho que las reformas recién se estén implementando en salud y educación, hace difícil evaluar el efecto de las mismas, el que tiene por ello

² El Sistema Privado de Pensiones también tiene un componente orientado a la seguridad frente a la invalidez y sobrevivencia (viudos/as y huérfanas/os).

que restringirse a la reforma del sistema de jubilación. Un balance de la introducción del SPP indica que: i) no se ha avanzado en ampliar la cobertura de la seguridad social en jubilación hacia los pobres e informales; ii) la introducción del SPP ha llevado a una reducción de las contribuciones al Sistema Nacional de Pensiones, lo que ha demandado recursos del presupuesto público y ha llevado a que se mantengan las pensiones en niveles muy reducidos; iii) los costos operativos del sistema privado son muy elevados, de tal manera que la rentabilidad neta es prácticamente nula o negativa (Rojas 1998); iv) las posibilidades de elección y la competencia son bastante limitadas debido a problemas de información y tamaño restringido del mercado. Como efectos positivos, puede encontrarse una captación de un monto de fondos importante (US\$ 2 mil millones) que ha ampliado los recursos financieros al alcance de las empresas.

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

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

La institucionalidad estatal

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

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

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

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

El problema es que aún así la información fluye con dificultad, y se generan demás duplicaciones y desperdicios por doquier. Bajo esta hipótesis, el régimen político no sólo puede ser criticado desde una óptica

democrática, por la escasa participación de la población en las decisiones, sino también por criterios de eficiencia.

Pero el problema no sólo es del Poder Ejecutivo. El Congreso y los partidos políticos tienen una capacidad muy limitada de evaluar lo que realmente pasa en estos sectores sociales, y la sociedad civil no tiene tampoco la capacidad de hacerse sentir en estos temas. Lo que sucede en el Congreso y lo que hacen las Comisiones de Salud y de Educación del Congreso deja mucho que desear. Los partidos políticos no lo hacen mucho mejor tampoco. Es poco lo que los partidos políticos o grupos de oposición están planteando sobre estos temas. Cuando uno ve las propuestas que hay sobre educación o salud todos dicen que son muy importante y hay que mejorarlas. Pero dice muy poco acerca del cómo.

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

Por otro lado, en los distintos sectores y ministerios, los principales núcleos de reforzamiento de la capacidad estatal y de cambios orientados a la modernización de los servicios han sido aquellos establecidos mediante proyectos financiados externamente, y en particular por organismos internacionales (Banco Mundial y BID)³. Si bien esto ha permitido recuperar capacidades en algunas áreas de la administración pública de los sectores sociales, por otro lado abre nuevas preguntas referidas a la mayor influencia que estos organismos adquieren en la definición de las políticas internas, la sostenibilidad de las mejoras logradas y sus efectos sobre otras áreas de la administración que quedan rezagadas en su modernización.

³ Prácticamente el único ejemplo de un programa novedoso sin financiamiento externo importante ha sido el del Programa salud Básica para Todos. En un inicio fue parte de un Programa de Mejoramiento del Gasto Social Básico (originalmente llamado de Focalización del Gasto Social) que operaba en varios sectores, pero que en salud donde llegó a operar con efectos significativos.

Descentralización y participación

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

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

Las experiencias más innovativas han sido los CLAS y FONCODES. Ambas se desarrollan a un nivel de comunidad, muy pequeño, sin relacionarse con las instancias de gobierno local y regional existentes. En el caso de los CLAS, se trata de un sistema mediante el cual los centros y puestos de salud son administrados por un Comité conformado por el médico jefe, 3 representantes de la comunidad nombrados por el gobierno y otros 3 representantes de la comunidad elegidos por ésta. El Ministerio de Salud les transfiere fondos⁴ de acuerdo a un convenio que incluye el

⁴ Aunque se mantiene el personal nombrado y la entrega de insumos por parte de los programas nacionales de salud, elementos que siguen dependiendo de la estructura del MINSA.

compromiso el CLAS de cumplir un Plan Local de Salud, y el CLAS tiene autonomía en el uso de esos fondos, incluyendo la contratación de personal. A pesar de las limitaciones en la representación comunal, diversas evaluaciones (Cortez, Altobelli) muestran un efecto positivo de los CLAS sobre la eficiencia, equidad y calidad. Sin embargo, luego de más de 5 años de experiencia, los CLAS cubren a un décimo de los establecimientos de primer nivel de atención en salud, y no ha existido un sistema de seguimiento y apoyo a los CLAS, lo que revela las resistencias a ampliar este esquema en el Ministerio de Salud (Banco Mundial 1999).

Los principales problemas de este esquema son: i) se pierden economías de escala que existen naturalmente en los servicios de salud, incluso a nivel de atención primaria, así como en la administración de los recursos; ii) se pierden posibilidades de mayor coordinación con otros sectores sociales, como educación.

Por su parte, la experiencia de Foncodes consiste en financiar a comunidades para que éstas ejecuten los proyectos que han solicitado, dentro de un menú de proyectos establecido. En principio, las propias comunidades nombran a su Núcleo Ejecutor, escogen el proyecto de su preferencia, contratan al proyectista, contratan al Inspector —que hace las veces de un jefe de obra—, contratan a los trabajadores y compran los materiales requeridos. En la realidad, muchos de estos procesos están fuertemente influenciados por profesionales, que tienen una con mayor o menor vinculación a Foncodes. Las evaluaciones realizadas, sin embargo, muestran que los principales problemas de Foncodes no se encuentran en una baja apropiación de la comunidad de los proyectos, sino más bien en la insuficiencia de los sistemas de apoyo que permitan: i) que los proyectos se enmarquen y sirvan a un proceso de desarrollo de la comunidad y región⁵; ii) que las obras sean técnicamente bien realizadas, problema particularmente serio en las obras de saneamiento que han sido las privile-

⁵ Algunos intentos realizados a empuje de la cooperación internacional (Predes, Profines) para enmarcar esta estrategia dentro de planes distritales o provinciales concertados han terminado desmantelados por resistencias políticas del gobierno, que siente que pierde control sobre el proceso.

giadas en el último lustro, iii) que cuenten con la capacitación y elementos complementarios para su máximo impacto sobre las condiciones de vida (vg: que el agua de riego sea bien usada, que la población use adecuadamente el agua potable para su higiene, etc., y iv) que las obras sean sostenibles, contando con el mantenimiento adecuadas.

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

El problema laboral en salud y educación

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

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

El nuevo sistema de contratación de personal ha generado un sistema dual, con los elementos de inequidad y de conflicto que tales sistemas

generan⁶. El sistema antiguo mantiene todos los vicios de un sistema donde hay estabilidad prácticamente absoluta, y donde además el hecho de que los cargos directivos sean nombrados entre los mismos profesionales y con alta rotación entre ellos, hace que se conformen grupos cerrados donde nadie está dispuesto a enfrentarse a la mediocridad y la corrupción. El nuevo sistema de contratación no ha logrado superar estas deficiencias, entre otras cosas debido a que la permanencia en el puesto o el ascenso no están vinculados al desempeño entre otras razones, porque no existe ningún sistema para medir ni siquiera los aspectos más elementales del cumplimiento del trabajo, como la asistencia o el horario de trabajo, o mantener un archivo con la historia laboral de sus trabajadores. El asunto llega a tal extremo que recién en estos momentos el Ministerio de Educación está desarrollando un esfuerzo para ordenar y estandarizar sus planillas.

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

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

Otro problema se refiere a la formación del personal especializado para la prestación de estos servicios, es decir, maestros, médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos de la salud. En este terreno, se observa simultáneamente una explosión en la cantidad de personas formadas, un problema serio de calidad de esa formación en relación con los cánones previos y una inadecuación de esa formación a la realidad de las zonas rurales adónde esos profesionales deberían ser mayormente destinados,

⁶ Sin embargo, la existencia de derechos adquiridos y de sindicatos fuertes hacen difícil pensar en la posibilidad de introducir reformas sustanciales en el régimen laboral en estos sectores de otra manera.

debido a que es dónde la cobertura aún debe ampliarse. Esto sucede tanto en educación como en salud, pero sólo en este último se ha dictado una ley para controlar este fenómeno, posiblemente por la mayor preocupación por la calidad y la exclusividad en el servicio que tienen los médicos.

Servicios básicos en áreas rurales

Uno de los problemas persistentes en cuanto a los servicios básicos en el Perú es el referido al acceso en las áreas rurales⁷. Luego de década de continua expansión, la educación primaria y la salud básica han logrado llegar a la mayoría de áreas rurales. Persisten, sin embargo, problemas en i) la expansión de estos servicios básicos en áreas rurales de población dispersa, particularmente en algunas provincias de la sierra y la selva, y en ii) la expansión de la educación secundaria y la salud de mediana complejidad en la mayoría de áreas rurales. Estos problemas no son exclusivos de la educación y la salud; otros servicios como los de saneamiento y electricidad enfrentan problemas similares a los señalados.

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

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

⁷ Este problema es una parte de la escasa presencia del Estado en áreas rurales.

5. Algunas hipótesis a modo de conclusión

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

En relación con las políticas de educación y de salud, las llamadas reformas de segunda generación han sido implantadas de manera incompleta, y a juzgar por los antecedentes de la reforma en el sistema previsional, no resuelven los problemas de falta de acceso ni de eficiencia. La introducción de mecanismos de mercado sin una regulación adecuada, en ámbitos en los cuales existen severos problemas de información incompleta y falta de acceso de amplios sectores sociales por distancias geográficas y deficiencias de ingresos, no son suficientes y pueden representar un retroceso antes que un avance hacia los objetivos de lograr una cobertura universal de estos servicios básicos.

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

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

Bibliografía

ALTOBELLI, Laura

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

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

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

BANCO MUNDIAL

1999a. *Poverty and social developments in Peru, 1994-1997*. Washington DC.

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

1999c. *Peru: Improving health care for the poor*. Washington DC.

1997. *El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997*. Washington DC.

CORTEZ, Rafael

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

DUBOIS, Fritz y Nelson SHACK

1999. «Balance y perspectivas en la lucha contra la pobreza en el Perú 1995-2000». En *Diálogo sobre experiencias y retos en la lucha contra la pobreza*. Lima: Banco Mundial, Comisión Europea, Presidencia del Consejo de Ministros, USAID.

INEI, DHS y MACRO INTERNACIONAL

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

PETRERA, Margarita y Luis CORDERO

1999. «El aseguramiento público en salud: factores que intervienen en la elección del proveedor». En R. WEBB y M. VENTOCILLA (Eds.) *Pobreza y Economía Social*. Lima: Instituto Cúanto y UNICEF.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

1998. *Plan Nacional de Nutrición y Alimentación «Nutrición al alcance de todos» 1998-2000*. Lima.

PROPAL-GTZ

1999. *Análisis de la línea de base de Huancavelica*. Lima: PROPAL-GTZ).

ROJAS, Jorge

1998. *La rentabilidad del Sistema Privado de Pensiones en el Perú: 1993-1997*.

Documento de Trabajo N° 160. Lima: Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.