

Programas sociales, salud y educación en el Perú:
Un balance de las políticas sociales

Fritz Du Bois
Diciembre de 2004

**Programas sociales, salud y educación en el Perú:
Un balance de las políticas sociales**

Fritz Du Bois Freund
Noviembre de 2004

Documento preparado para el *Instituto Peruano de Economía Social de Mercado* – IPESM, por encargo de la *Fundación Konrad Adenauer*. Participaron en la elaboración de este documento Antonio Cusato y Jorge F. Chávez.

— Tabla de Contenido —

1	Introducción.....	9
2	Programas Sociales.....	12
2.1	Los programas sociales durante los noventa.....	12
2.1.1	Programas sociales y los lineamientos de la política social	14
2.1.2	Aspectos institucionales.....	18
2.1.3	Recursos destinados a los programas de lucha contra la pobreza.....	19
2.1.4	Algunos indicadores que reflejaron una mejora del bienestar	20
2.2	Los programas sociales a principios del nuevo milenio	23
2.2.1	Algunas modificaciones institucionales	23
2.2.2	Recursos destinados a los programas de lucha contra la pobreza.....	25
2.3	Programas sociales, gestión, objetivos e impacto.....	29
2.3.1	Programas de carácter alimentario y nutricional	29
2.3.2	Inversión en infraestructura social y productiva.....	37
2.3.3	Programas de empleo temporal.....	39
2.4	Niveles de pobreza y comentarios finales sobre programas sociales.....	42
3	Salud	45
3.1	La situación del sector durante los noventa	45
3.1.1	Resultados de una reforma incompleta	48
3.2	Un nuevo intento por modificar el sistema de salud	50
3.2.1	La inacción del Estado y retrocesos recientes	51
3.3	La organización del sector.....	52
3.3.1	Los servicios de atención primaria	54
3.3.2	Los servicios hospitalarios	56
3.4	Acceso a los servicios de salud	60
3.4.1	Desigualdades y exclusión	63
3.4.2	Infraestructura y acceso	67
3.5	Financiamiento del sistema de salud.....	68
3.5.1	Fuentes de financiamiento: el “pago de bolsillo”.....	69
3.5.2	Financiando la demanda y no la oferta: el caso del SIS.....	71
3.5.3	Mercado potencial de seguros potestativos en Lima Metropolitana	74
3.6	Comentarios finales.....	74
4	Educación.....	76
4.1	Panorama de la educación peruana durante los noventas	77
4.1.1	Los dos intentos principales de reforma	78
4.1.2	La expansión de la infraestructura educativa	82
4.1.3	El diagnóstico de la UNESCO y la creación del MECEP.....	83
4.1.4	Intentos posteriores de descentralizar el sistema educativo público en los noventas	86
4.2	La organización del sistema educativo público.....	86
4.2.1	La organización de la gestión del sistema educativo público hasta el 2002	87
4.2.2	Aspectos de la organización del centro educativo.....	88
4.2.3	Cambios recientes: descentralización y nueva Ley General de Educación.....	90
4.3	Cobertura y calidad educativa	95
4.3.1	Cobertura.....	95
4.3.2	Agenda pendiente en cobertura.....	103

4.3.3	Calidad y rendimiento	104
4.3.4	Evaluaciones.....	108
4.4	Financiamiento de la educación pública.....	113
4.4.1	Gasto por alumno.....	115
4.4.2	Asignación del gasto.....	117
4.4.3	El aporte de las familias	122
4.5	Los docentes.....	123
4.5.1	Formación docente y desequilibrios de oferta y demanda de maestros.....	125
4.5.2	Remuneraciones e incentivos.....	126
4.5.3	Obsolescencia del marco normativo.....	128
4.6	La situación de la educación superior	132
4.7	Comentarios finales.....	133
5	Lineamientos generales para la reforma	135
5.1	Programas sociales.....	135
5.1.1	Constitución de un fondo único de lucha contra la pobreza.....	137
5.1.2	Inversión en capital humano en vez de programas asistenciales.....	138
5.2	Salud	143
5.2.1	Sistemas de Salud en América Latina.....	144
5.2.2	Elementos de la reforma del sector.....	145
5.3	Educación.....	149
5.3.1	Modelos educativos.....	150
5.3.2	Elementos de la reforma del sistema público	150
5.2.2	Elementos que deben ser considerados para un sistema de subsidios a la demanda aplicados a las zonas urbanas del Perú.....	156
6	Referencias bibliográficas	159

— Índice de figuras —

PROGRAMAS SOCIALES

Figura 2.1. Distribución de la población según niveles de pobreza e ingresos, 2000	16
Figura 2.2. Dinámica de la pobreza, según edades, 1998-2001.....	16
Figura 2.3. Niveles de pobreza y pobreza extrema, 1985-2000.....	22
Figura 2.4. Pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	22
Figura 2.5. Gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema, 1997-2003.....	26
Figura 2.6. Gasto social agregado, 1997-2003	27
Figura 2.7. Principales programas de inversión en infraestructura.....	27
Figura 2.8. Tasa de desnutrición crónica infantil y déficit calórico	30
Figura 2.9. Gasto en programas de alimentación y nutrición, 1997-2003	30
Figura 2.10. Precios de adquisición de la papilla del programa PAFCO en licitación pública y Bolsa de Productos, 2002.....	32
Figura 2.11. Gasto en personal del PRONAA y del total de Programas de Alimentación, 1999-2003.....	32
Figura 2.12. Tasa de desnutrición infantil y gasto per cápita programado por beneficiario del PRONAA según distritos, 2003.....	34
Figura 2.13. Tasa de desnutrición infantil y gasto per cápita programado por beneficiario del PRONAA, según distritos con tasa de desnutrición infantil mayor a 60%, 2003.....	34
Figura 2.14. Hogares beneficiarios del Vaso de Leche según población objetivo (niños menores de 6 años y madres gestantes y lactantes) y niveles de pobreza, 2001-2003	35
Figura 2.15. Pérdida de recursos desde la transferencia inicial hasta la población objetivo beneficiada por el Programa del Vaso de Leche	35
Figura 2.16. Beneficiarios de los programas alimentarios según programa y quintiles de ingreso, 2003	37
Figura 2.17. Gasto por centro educativo del INFES y porcentaje de centros con alguna carencia de servicios básicos, según departamentos, 2003.....	39
Figura 2.18. Gasto administrativo y total de FONCODES, 1999-2003.....	39
Figura 2.19. Hogares beneficiarios de los programas A Trabajar Urbano y Rural, según niveles de pobreza, 2003.....	41
Figura 2.20. Gasto ejecutado por los programas de empleo temporal - A Trabajar Urbano y Rural, 2003	41
Figura 2.21. Niveles de pobreza y pobreza extrema, 2001-2003	42
Figura 2.22. Distribución de los ocupados según segmento formal e informal en Lima Metropolitana, 2001-2003.....	42

SALUD

Figura 3.1. Establecimientos de salud por tipo, 1972-2002.....	54
Figura 3.2. Número de Asociaciones CLAS y establecimientos incorporados al PAC	54
Figura 3.3. Tiempos de espera para la atención de salud.....	55
Figura 3.4. Costo de consulta en áreas urbanas fuera de Lima/Callao y rurales	55
Figura 3.5. Número de hospitales del MINSA y de otras instituciones.....	57
Figura 3.6. Número de consultas promedio por tipo de establecimiento, 1985-1999.....	57
Figura 3.7. Gasto del MINSA en hospitales de Lima como proporción del total del gasto del sector, 2003.....	59
Figura 3.8. Distribución funcional del gasto en hospitales de Lima, 2003.....	59
Figura 3.9. Consultas realizadas según tipo de establecimiento, 2003	62
Figura 3.10. Consultas y hospitalizaciones en establecimientos del MINSA según niveles de pobreza, 2003	62
Figura 3.11. Severidad del riesgo de exclusión social en salud, según departamentos.....	66
Figura 3.12. Gasto en salud por países, 2001	68

Figura 3.13. Pobreza y gasto per cápita en salud individual y colectiva por parte del Estado, 2003.....	68
Figura 3.14. Fuentes de financiamiento y prestadores en la atención de la salud, 2000.....	69
Figura 3.15. Gasto trimestral de los hogares en salud por quintiles de ingreso, 2003.....	70
Figura 3.16. Atenciones promedio por afiliado al SIS y gasto promedio por atención, 2003.....	73
Figura 3.17. Ejecución del Presupuesto del SIS según quintiles de ingreso, 2003.....	73

EDUCACIÓN

Figura 4.1. Centros educativos de gestión pública de inicial, primaria y secundaria de menores.....	83
Figura 4.2. Centros educativos de gestión privada de inicial, primaria y secundaria de menores.....	83
Figura 4.3. Tasas de cobertura total estimadas según grupos de edades - 1993, 1999 y 2002.....	98
Figura 4.4. Tasas de cobertura <i>en nivel</i> estimadas según grupos de edades - 1993, 1999 y 2002.....	99
Figura 4.5. Tasas de cobertura <i>en grado</i> estimadas según grupos de edades - 1993, 1999 y 2002.....	100
Figura 4.6. Tasa de analfabetismo de la población urbana de 15 y más años de edad, según género.....	103
Figura 4.7. Tasa de analfabetismo de la población rural de 15 y más años de edad, según género.....	103
Figura 4.8. Tasas de repetición en educación primaria y secundaria escolarizada de menores, por grados según sexo 1999/1998.....	105
Figura 4.9. Tasas de aprobación anual en educación primaria y secundaria escolarizada de menores por grados según gestión.....	106
Figura 4.10. Comparación entre horas programadas en secundaria, público y privado.....	107
Figura 4.11. Comparación entre horas dictadas en secundaria, público y privado.....	107
Figura 4.12. Tasas de aprobación anual en educación primaria y secundaria de menores escolarizada por grados según área de ubicación del centro educativo.....	108
Figura 4.13. Evaluación Nacional 2001: Nivel de desempeño logrado en las pruebas de comunicación integral de 4to grado de primaria, según área geográfica.....	109
Figura 4.14. Resultados de la prueba internacional PISA según nivel de alfabetización lectora, 2002.....	110
Figura 4.15. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de dominio en la escala combinada de alfabetización lectora – centros estatales.....	112
Figura 4.16. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de dominio en la escala combinada de alfabetización lectora – centros no estatales.....	112
Figura 4.17. Distribución de la performance de alumnos en la escala de aptitud para las matemáticas.....	113
Figura 4.18. Gasto ¹ en “educación y cultura”.....	114
Figura 4.19. Participación de rubros de gasto en presupuesto asignado a educación inicial, primaria y secundaria ¹	115
Figura 4.20. Participación del gasto de capital en presupuestos asignado a educación inicial, primaria y secundaria ¹	115
Figura 4.21. Gasto total por alumno, educación inicial.....	116
Figura 4.22. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación inicial.....	116
Figura 4.23. Gasto total por alumno, educación primaria.....	117
Figura 4.24. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación primaria.....	117
Figura 4.25. Gasto total por alumno, educación secundaria.....	117
Figura 4.26. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación secundaria.....	117
Figura 4.27. Composición del presupuesto asignado a educación inicial, 2003.....	119
Figura 4.28. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en inicial, 2003.....	119
Figura 4.29. Composición del presupuesto asignado a educación primaria, 2003.....	120
Figura 4.30. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en primaria, 2003.....	120
Figura 4.31. Composición del presupuesto asignado a educación secundaria, 2003.....	120
Figura 4.32. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en secundaria, 2003.....	120
Figura 4.33. Gasto administrativo por docente, según unidad ejecutora - año 2002.....	121

Figura 4.34. Gasto en Educación Primaria por alumno, según unidad ejecutora - año 2002.....	121
Figura 4.36. Gasto público total por alumno y gasto de las familias, 2002	123
Figura 4.37. Gasto total por alumno, educación secundaria	123
Figura 4.38. Matrícula estatal y docentes de centros educativos públicos	125

— Índice de tablas —

PROGRAMAS SOCIALES

Tabla 2.1. Gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema, 1997-2000	20
Tabla 2.2 Multiplicidad de programas con poblaciones objetivo similares, 1999 - 2004.....	31
Tabla 2.3 Reestructuración de programas propuesta por el CIAS, 2002.....	31

SALUD

Tabla 3.1. Acceso a los servicios de salud, según tipo de enfermedad y condición de pobreza, 2003	61
Tabla 3.2. Distancia promedio a un establecimiento de salud en comunidades con y sin establecimientos de salud, 2001.....	63
Tabla 3.3. Indicadores básicos de salud por departamento	65
Tabla 3.4. Población asegurada según tipo de seguro, 2001 y 2003	72

EDUCACIÓN

Tabla 4.1. Racionalización de órganos intermedios del sistema educativo público	93
Tabla 4.2. Matrícula del sistema educativo, según nivel, modalidad y forma.....	97
Tabla 4.3 Instituciones y programas con necesidades educativas estatales	101
Tabla 4.4 Población atendida con necesidades educativas estatales	102
Tabla 4.5. Escalas de alfabetización lectora y niveles de dominio en evaluación PISA <i>Plus</i> 2001	111
Tabla 4.6. Presupuesto total asignado a educación inicial, primaria y secundaria	115
Tabla 4.7. Número de alumnos por docente, por regiones según niveles escolarizados 2003	118
Tabla 4.8. Docentes del sistema educativo, según nivel, modalidad y forma.....	124
Tabla 4.9. Remuneración promedio de docentes y directores	127

— Índice de recuadros —

Recuadro 2.1 Principales programas sociales	27
Recuadro 3.1. Participación de la comunidad y autonomía en la gestión: el caso de los CLAS.....	55
Recuadro 3.2. Aspectos institucionales de los hospitales públicos.....	58
Recuadro 4.1. Razones del fracaso de reforma los COMUNED.....	81
Recuadro 4.2. Programas, consensos y propuestas de acción referidos a la Educación.....	94
Recuadro 4.3. El caso de Fe y Alegría	129
Recuadro 5.1. Transferencias condicionadas de dinero: el caso de PROGRESA en México	141
Recuadro 5.3. Beneficios y riesgos de un sistema de subsidios per cápita en la educación	153

— Acrónimos —

ADE	Area de Desarrollo Educativo	OPS	Organización Panamericana de Salud
APAFA	Asociación de Padres de Familia	PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	PAC	Programa de Administración Compartida
CEPAL	Comisión Económica para América Latina	PACFO	Programa de Alimentación Complementaria para los Grupos en Mayor Riesgo
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales	PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud	PANTBC	Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia
CND	Consejo Nacional de Descentralización	PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
COMUNED	Consejos Comunales de Educación	PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
CRECER	Evaluación Nacional "Crecer con calidad y equidad en el rendimiento"	PEA	Población Económicamente Activa
CTAR	Comisión Transitoria de Administración Regional	PES	Programa de Emergencia Social
DISA	Dirección Regional de Salud	PLANCAD	Plan Nacional de Capacitación Docente
DRE	Dirección Regional de Educación	PRES	Ministerio de la Presidencia
DSE	Dirección Sub-regional de Educación	PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y de Desarrollo Humano
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares	PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar	PRONAMACHCS	Proyecto Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida	PSP	Programas Sociales Protegidos
EPS	Empresas Prestadoras de Servicios de Salud	SEG	Seguro Escolar Gratuito
ESSALUD	Entidad encargada de seguridad social (antes IPSS)	SEPS	Superintendencia de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud
FONAVI	Fondo Nacional de Vivienda	SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social	SIS	Seguro Integral de Salud
FONDEP	Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana	SMI	Seguro Materno-Infantil
INFES	Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y de Salud	SNDCS	Sistema Nacional de Desarrollo y Compensación Social
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social	SPS	Seguro Público de Salud
ISP	Instituto Superior Pedagógico	SUTEP	Sindicato Único de Trabajadores de la Educación del Perú
IST	Instituto Superior Tecnológico	UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
LGE	Nueva Ley General de Educación	USE	Unidad de Servicios Educativos
MECEP	Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Peruana		
MIMDES	Ministerio de la Mujer y de Desarrollo Social		
MINEDU	Ministerio de Educación		
MINSA	Ministerio de Salud		
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas		
OINFE	Oficina de Infraestructura Educativa del MINEDU		
OMS	Organización Mundial de Salud		

1 Introducción

Históricamente, las políticas sociales en el Perú han tenido como paradigma la figura de un Estado que financia, produce, provee y regula los servicios de la educación, la salud y los programas sociales orientados a los grupos vulnerables de la sociedad. Adicionalmente, la asignación de recursos se ha venido realizando de manera centralizada, sin tomar en cuenta los intereses, necesidades y características particulares de las poblaciones beneficiadas. En tal sentido, la idea prevaleciente era que el Estado estaba en plena capacidad de hacer un uso eficiente y equitativo de los recursos.

Sin embargo, la realidad es otra. Los recursos públicos destinados a los sectores sociales no han sido adecuadamente utilizados, no han llegado a quienes deberían llegar y no han generado los resultados esperados. La solución a estos problemas no puede ser reducida únicamente a un incremento de los recursos públicos destinados a los programas sociales, salud y educación (los tres grandes temas abordados en este trabajo); sino que es necesario un cambio total de aspectos institucionales, de gestión, de mecanismos de financiamiento. La evidencia que se presenta en este trabajo, basada en una exhaustiva revisión de las principales investigaciones así como en el análisis de otras fuentes de información, conduce necesariamente a comprender la necesidad de implementar cambios significativos. En suma, lo que se requiere es reducir la participación del Estado en la provisión y gestión de servicios, con el fin de que éste se aboque únicamente al financiamiento y regulación de los mismos; y, a su vez, permitir una creciente participación de la población beneficiada.

En relación con el tema de los programas sociales, estos todavía siguen constituyendo una serie de esfuerzos inconexos que, en la mayoría de los casos, no cumplen con los objetivos para los cuales fueron creados. Más aún, tampoco han tenido un impacto significativo sobre los niveles de ingreso de la población que es beneficiaria de estos programas, con excepción de los programas de inversión social y productiva en zonas rurales, por lo que en realidad éstos simplemente no constituyen una inversión en capital humano. El ejemplo más dramático es el caso de los programas de alimentación y nutrición. Así, mientras entre 1997 y el año 2000, el Estado invirtió aproximadamente US\$ 1,000 millones en este tipo de programas, la tasa de desnutrición infantil se mantuvo estable.

En este escenario de casi absoluta ineffectividad del gasto en programas sociales, el rasgo característico de la estrategia de lucha contra la pobreza emprendida por el gobierno durante los últimos años, al igual que en muchos otros ámbitos, ha sido una lamentable inacción. En realidad, solo cabe resaltar dos aspectos del manejo reciente de estos programas. En principio, se ha realizado un ordenamiento a nivel ministerial de los programas de carácter alimentario y nutricional; sin embargo, no se ha emprendido la necesaria reformulación o fusión de estos

programas, por lo que éstos siguen arrastrando los mismos problemas de hace una década. Por otro lado, la principal novedad de los últimos cuatro años, ha sido la creación de dos programas de empleo temporal. Al igual que en la mayoría de los casos, éstos no están cumpliendo su objetivo; es decir, llegar a las personas efectivamente desempleadas, que no tengan otras posibilidades de generar ingresos.

Aunque resulte tristemente coincidente con el objetivo del gobierno de generar más trabajo, parece ser que en términos generales, los programas sociales han incorporado un objetivo subyacente de “creación de empleo”. Así, durante los últimos años, los programas sociales se han burocratizado o, como algunos señalan, se ha “partidarizado” el manejo de los mismos. Por ello, nuevamente se corre el riesgo de que éstos sean utilizados con fines de clientelismo político, de la misma manera como ha venido ocurriendo durante las últimas dos décadas. Considerando los aspectos señalados, se debe señalar que la caótica situación de los programas de lucha contra la pobreza no ha mejorado en los últimos años, y que en este sentido, es tiempo de dar paso a una completa reformulación de los mismos.

En el caso del segundo gran tema, la salud, la principal característica del sistema ha sido y sigue siendo la fragmentación del mismo. En la actualidad, existen varios grupos de la población que son atendidos cada uno básicamente por una sola institución, sin la posibilidad de que los usuarios tengan la opción de elegir dónde atenderse. Por un lado, se tiene el monopolio de los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud, los cuales deberían atender únicamente a la población de menores ingresos, pero que finalmente atienden, en una importante proporción, a beneficiarios de la seguridad social (ESSALUD) y a personas de ingresos altos que se ven beneficiados indebidamente del subsidio estatal. Por otro lado, se encuentran los asegurados de ESSALUD, los cuales constituyen apenas una quinta parte de la población. También se tienen a las familias de mayores ingresos, las cuales acuden a los establecimientos privados principalmente. Finalmente, existe una importante parte de la población, que no puede acceder a los servicios por razones económicas o de cobertura.

Desde el punto de vista de las acciones que ha tomado el Estado, en principio, éstas reflejan que se ha dejado de lado toda posibilidad de acabar con la mencionada fragmentación del sistema. Así, los esfuerzos han estado supuestamente orientados a incrementar la cobertura de los afiliados del Seguro Integral de Salud, sin embargo, los resultados muestran que, en realidad, el número de afiliados ha decaído en los últimos tres años. En línea con este menor nivel de cobertura, el porcentaje de la población que se presentó malestares y que no accedió a consulta también se ha incrementado durante el mismo periodo. De esta forma, los pocos esfuerzos que se han concretado recientemente no han presentado resultados positivos, y considerando los viejos problemas característicos de un sistema de salud fragmentado, se hace cada vez más necesario una profunda reforma del sistema.

Si bien durante los noventa se introdujeron algunas reformas parciales en el caso de los programas sociales y del sistema de salud, las cuales tenían una orientación correcta, todos los intentos de reforma del sector educación se vieron frustrados. Como consecuencia, la crisis de la educación en el Perú ha llegado a niveles extremos, que se expresan en la fuerte contradicción entre el esfuerzo de las familias peruanas por permitir que sus hijos accedan a la educación, y la nula correspondencia por parte del Estado, reflejada en una bajísima calidad de la educación pública. En este sentido, si bien desde la segunda mitad del siglo pasado se registraron considerables avances en términos de la cobertura de la educación primaria o de la reducción del analfabetismo, es claro que hoy el principal problema de la educación en el Perú es el de la calidad.

En este contexto, el grueso del problema se centra en la educación pública. El deterioro del sistema educativo público ha llegado a tal extremo que algunos especialistas cuestionan si tiene sentido que éste siga existiendo en las actuales condiciones: donde un peruano promedio finaliza la educación básica tras once o más años sin entender un texto o poder realizar cálculos matemáticos elementales; y en donde más del noventa por ciento del gasto está destinado a pagar la planilla de maestros y directores, que no se hacen responsables por estos resultados, ante la ausencia total de incentivos y de un marco normativo completamente obsoleto y contraproducente a los intereses de los alumnos. Por esta razón, no resulta sorprendente que las recientes evaluaciones internacionales, indiquen que el Perú se encuentra en último lugar del mundo, tanto en lenguaje como en matemáticas.

Los tres grandes temas a los que hemos hecho mención en esta breve introducción son materia de los siguientes tres capítulos. La situación de los programas sociales de lucha contra la pobreza es abordada en el segundo capítulo, con especial énfasis en los programas de carácter alimentario y nutricional, de inversión social y de empleo de temporal. El tercer capítulo realiza un balance de la crítica fragmentación del sistema de salud peruano, incluyendo las últimas modificaciones en materia de aseguramiento público. Por su parte, el capítulo cuarto analiza la crisis de la educación en el Perú, con énfasis en la educación pública de nivel básico (inicial, primaria y secundaria). Finalmente, en el último capítulo, se realiza una breve descripción de los lineamientos de las reformas que urgen implementarse en estos ámbitos.

2 Programas Sociales

El segundo quinquenio de la década de los ochenta dejó mucho que desear en materia de política económica. El manejo de la economía estuvo caracterizado por la aplicación desmedida de políticas monetarias y fiscales expansivas, así como por una creciente intervención del Estado en la economía, que tuvieron como resultado un proceso recesivo con una hiperinflación sin precedentes. En este contexto, la política social, a lo largo de la década de los noventa, pasó de un enfoque de emergencia a uno destinado a concentrar los esfuerzos para erradicar la pobreza extrema. Si bien se alcanzaron importantes avances durante este periodo, la política social nunca logró transformarse en una estrategia integrada de largo plazo, que permitiera una asignación ordenada y eficiente de los recursos hacia las principales prioridades sociales y tuviera un impacto importante y sostenible sobre los indicadores sociales¹.

Durante los primeros años de la presente década, la situación de los programas sociales no ha mejorado. A pesar de que se ha elaborado diversos planes que buscan mejorar la gestión de los programas, éstos simplemente no se han materializado. Por el contrario, se han introducido nuevos problemas referidos a la gestión de los programas, como resultado de una creciente burocratización o “partidarización” de los mismos. De esta forma, a la ineficiencia de los programas se le han sumado nuevos problemas, los cuales podrían verse incrementados con el inicio del proceso de descentralización.

El presente capítulo está dividido en cuatro secciones. En la primera, se describe la situación de los principales programas sociales durante la década pasada, haciendo particular énfasis en los lineamientos de los programas, los aspectos institucionales relevantes, la asignación de recursos y el impacto que éstos tuvieron sobre el bienestar de la población. En la segunda sección se hace lo propio para la situación de los programas durante los últimos tres años, incluyendo, además, una breve descripción de los principales programas existentes. Aspectos como la gestión, objetivos e impacto de los programas son abordados en la tercera sección. Finalmente, la última sección muestra la evolución reciente de la pobreza y presenta los comentarios finales sobre la problemática de los programas sociales.

2.1 Los programas sociales durante los noventa

En un contexto de hiperinflación y de eliminación de subsidios sobre los bienes de la canasta básica de consumo, resultado de la implementación de un programa de estabilización y reformas, se creó, a mediados de 1990, el *Programa de Emergencia Social* (PES) con el objeto de proteger a la población más vulnerable. El PES estuvo concentrado básicamente en la

¹ Shack (2000).

ejecución de distintos programas de carácter alimentario y de salud². Luego de que el PES fracasara por las importantes restricciones fiscales y el reducido equipo de trabajo con el que se contaba, se creó el *Sistema Nacional de Desarrollo y Compensación Social* (SNDCS), de similares funciones y con los mismos problemas y resultados del PES.

En esta situación, se crearon los dos programas sociales más importantes de la década, los cuales continúan siendo el pilar de la política social del gobierno en la actualidad. Como reemplazo del SNDCS, en agosto de 1991, se creó el *Fondo de Compensación y Desarrollo Social* (FONCODES), que tomó como modelo la experiencia boliviana de fondo de inversión social basado en la demanda³, cuyo fin es el de financiar proyectos de infraestructura, apoyo social y desarrollo productivo. Un año más tarde, se creó el *Programa Nacional de Asistencia Alimentaria* (PRONAA), con el objeto de otorgar apoyo alimentario en zonas rurales y urbano marginales.

El clima de violencia política y malestar social imperante en 1992 estuvo acompañado de la reorganización institucional de los programas de lucha contra la pobreza. Así, se reactivó el Ministerio de la Presidencia (PRES) para centralizar el manejo de distintos programas destinados a atender a la población en situación de pobreza. De esta forma, nuevos programas (como el FONCODES y el PRONAA) fueron adscritos a este ministerio, mientras que otros (como el INFES⁴ o el FONAVI⁵) fueron transferidos desde otros ministerios⁶. Si bien la reactivación de este ministerio permitió que el gobierno tuviera un gran margen de discrecionalidad en el manejo del gasto social, problemas como la desarticulación y superposición de los programas sociales nunca fueron superados, pues no se llegó a constituir una estrategia integral de lucha contra la pobreza⁷.

En 1993 se intentó corregir esta situación con la elaboración del documento *Líneas de la Política Social*. En principio, se reconocía que el apoyo a los grupos más vulnerables constituía una inversión en recursos humanos, la cual debía presentar dos características esenciales: *focalización*⁸ y *participación* activa de la población beneficiaria en la implementación de los programas. En este contexto, en 1994, se creó el Programa de Focalización del Gasto Social

² Conterno (1999) señala que la mitad de los gastos estuvieron destinados al rubro de alimentación (50.5%).

³ Se dice que tiene un enfoque de demanda porque la función principal de FONCODES es la selección y el financiamiento de proyectos, que son propuestos por la propia población. En este sentido, se dejó el esquema de financiamiento por el lado de la oferta; es decir, que el Estado decida cuáles son las necesidades y dónde deben ejecutarse los proyectos.

⁴ Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y de Salud (INFES).

⁵ Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI).

⁶ Thorp (1995) señala que los principales programas salieron de los ministerios debido a que estos perdieron gran parte de su capacidad institucional, principalmente como resultado de la reducción de los salarios reales de los funcionarios, así como por las importantes restricciones fiscales que supusieron recortes presupuestales.

⁷ Vásquez *et al.* (2000).

⁸ La focalización está referida a la identificación en forma precisa de los beneficiarios de los programas sociales, de manera que los recursos se destinen exclusivamente a la población objetivo. En este sentido, las fuertes limitaciones presupuestales impiden la aplicación de políticas sociales universales, por lo que es necesario la focalización del gasto social hacia los sectores más pobres de la población.

Básico, con el fin de mejorar la calidad del gasto en cuatro sectores: nutrición, salud, educación y justicia. A partir de 1996, el gobierno centró su estrategia en la erradicación de la pobreza extrema, teniendo como objetivo reducir a la mitad el número de pobres extremos para fines de la década.

Para alcanzar dicho objetivo, el gobierno reafirmó los lineamientos de la política social delineados tres años atrás, estableciendo un instrumento de focalización geográfica para la inversión en infraestructura: el Mapa de Pobreza Distrital⁹. De esta manera, el PRES, a través de FONCODES, continuó con la ampliación de la infraestructura económica y social haciendo uso de este nuevo instrumento de focalización. Asimismo, en este proceso la población estuvo representada por los Núcleos Ejecutores, conformados por representantes de la comunidad, los cuales eran los responsables de proponer y ejecutar un determinado proyecto priorizado previamente por la propia comunidad.

Hacia 1999, con el inicio de la recesión económica, se elaboró una lista de programas sociales que no podían estar sujetos a recortes presupuestarios, para así evitar que su ejecución se vea perjudicada en un contexto de crecientes restricciones fiscales. A este grupo de programas se les denominó *Programas Sociales Protegidos* (PSP). Sin embargo, como remarcan Saavedra y Pascó-Font (2001), al igual que en el caso de la Ley de Transparencia y Prudencia Fiscal, no se estableció mecanismo alguno que pudiera asegurar esta protección presupuestaria. Así, finalmente no se cumplió con los objetivos trazados y muchos de los programas sufrieron importantes recortes; en especial, la inversión de carácter social y productivo.

2.1.1 Programas sociales y los lineamientos de la política social

En relación con el establecimiento y la implementación de los dos principales lineamientos de la política social, *focalización* y *participación*, existieron experiencias positivas y negativas. En primer lugar, la focalización de los programas sociales durante la década pasada mostró severas deficiencias, al no alcanzar efectivamente a los más pobres¹⁰, permitiendo que una gran cantidad de no pobres se vea beneficiada. En este sentido, Vásquez *et al.* (2000) señalan que los bajos niveles de focalización eran un claro reflejo de la ineficiencia de los programas, en particular, de los orientados a la alimentación y nutrición. De este modo, los autores encuentran que en 1997 el porcentaje de la población atendida por éstos que no debía ser beneficiaria¹¹, ya sea porque no se trataba de personas pobres o porque éstas no pertenecían a la población objetivo del programa, superaba el 60 por ciento en el caso del Vaso de Leche, los Desayunos Escolares y Comedores Populares.

⁹ Distintos estudios, como los de Francke y Espino (2001), Chacaltana (2001) y Valdivia y Dammert (2001), señalan que la focalización geográfica dio buenos resultados, sobre todo en el área rural.

¹⁰ Se entiende por personas pobres a aquellos cuyos hogares tienen un consumo per cápita inferior al costo de una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales. Así, cuando las personas son pobres se dice que se encuentran por debajo de la línea de la pobreza, haciendo referencia a esta canasta de bienes y servicios mínimos esenciales.

¹¹ A este error de focalización se le denomina en la literatura como *filtración*.

Más aún, este problema no fue exclusivo de los programas de alimentación y nutrición. En una evaluación más amplia sobre el manejo de la política social durante los noventa, Chacaltana (2001) analiza el nivel de focalización de los programas sociales en su conjunto, para tener una idea global del grado de eficiencia de éstos. En su investigación consideró, además de los programas ya mencionados, a los de carácter educativo, al seguro escolar, programas de capacitación, de salud y de infraestructura social y económica¹². Así, el autor encuentra que el nivel de filtración, en este caso el porcentaje de beneficiarios no pobres que accedieron a estos programas, alcanzaba casi el 60 por ciento para los años 1996 y 1998.

Sin embargo, algunos autores señalan que las investigaciones desarrolladas han dado mucho énfasis al problema de la focalización de los programas sociales, considerando la magnitud de la pobreza en el país¹³. Ellos argumentan que existe una proporción importante de la población que no es estadísticamente considerada como pobre, pero cuyos ingresos son tan bajos que no lo son por muy poco¹⁴, lo que explica en gran medida los altos niveles de filtración¹⁵ (ver figura 2.1). Asimismo, este problema también puede ser explicado por la existencia de un gran número de personas que “entran y salen” de la pobreza de manera frecuente. En este sentido, la inexistencia de mecanismos de salida de los programas ha llevado a que personas no pobres, pero que en el pasado pudieron serlo, sigan recibiendo ayuda de los programas, lo que finalmente se refleja en altos niveles de filtración.

En relación con la dinámica de la pobreza, o esta “entrada y salida” de la pobreza de las personas, entre 1998 y el 2001 se presentaron altos niveles de volatilidad en el gasto per cápita de los hogares, que se vieron reflejados, a su vez, en una considerable movilidad de la condición socioeconómica de los hogares (pobres o no pobres). Como se observa en la figura 2.2, el 68 por ciento de los hogares resultaron ser pobres al menos una vez en los cuatro años analizados, un 32 por ciento nunca resultó pobre durante el periodo, mientras que un 25 por ciento de los hogares mantuvo la condición de pobreza¹⁶. A este último grupo, se le podría considerar como el de los “pobres estructurales”.

¹² Alrededor de un 56% de los hogares peruanos se beneficiaron con al menos uno de los programas estudiados.

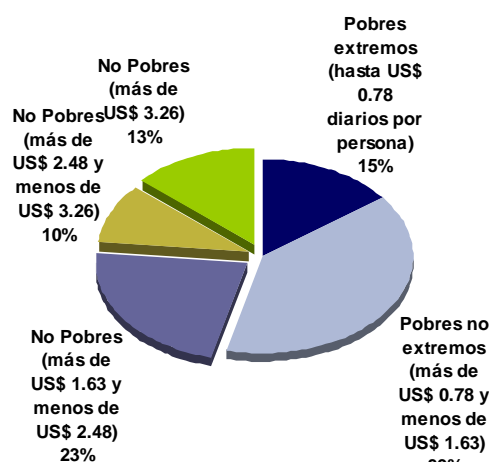
¹³ Tanaka y Trivelli (2002).

¹⁴ Personas de muy bajos ingresos, los cuales básicamente sólo alcanzan para cubrir una canasta de bienes y servicios mínimos esenciales, por lo que no son consideradas como pobres.

¹⁵ En el 2000, las personas consideradas pobres (54.1%) ganaban menos de US\$ 1.63 dólares diarios. Si se realiza un ejercicio incrementando este límite de ingresos en solo un 50% (personas que ganan menos de US\$ 2.48 diarios), el porcentaje de la población comprendida alcanzaba el 76.7%.

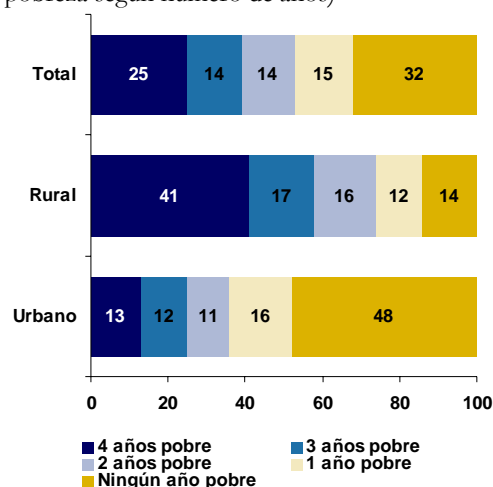
¹⁶ Chacaltana (2004).

Figura 2.1. Distribución de la población según niveles de pobreza e ingresos, 2000
(porcentaje de la población)



Fuente: Tanaka y Trivelli (2002), sobre la base de la ENNIV 2000

Figura 2.2. Dinámica de la pobreza, según edades, 1998-2001
(porcentaje de la población que mantuvo la condición de pobreza según número de años)



Fuente: Chacaltana (2004), sobre la base de un panel de datos de la ENAHO IV Trim, 1998-2001

Respecto del otro gran lineamiento del manejo de la política social, la participación, si bien existe un consenso acerca de la importancia que ésta tiene dentro del diseño de las políticas sociales; no se puede dejar de mencionar que, en algunas ocasiones, ésta fue utilizada perniciosamente para alcanzar objetivos políticos. En principio, durante la década pasada se tejió una amplia red de organizaciones populares vinculadas a programas de carácter asistencial. En tal sentido, en el año 2001, existían organizaciones de mujeres en un 78 por ciento de las comunidades a nivel nacional, mientras que en el caso de las organizaciones vecinales este porcentaje alcanzaba el 65 por ciento¹⁷.

Muchas de estas organizaciones, como las asociadas a las políticas de asistencia alimentaria, son caracterizadas por Tanaka y Trivelli (2002) como “(...) básicamente grupos de interés (es decir, defienden intereses particulares, no intereses del conjunto de la sociedad o de los pobres en general)”. Por ello, éstas han impedido en distintas ocasiones la reformulación de los programas sociales, en particular en el caso de los programas de carácter alimentario y nutricional¹⁸. Con relación a la negativa de estas organizaciones a la reformulación de los programas, en particular la posible sustitución de alimentos por transferencias monetarias en el caso de los comedores populares y clubes de madres, Cotler (2001) señala que es la desconfianza y la lejanía que existe entre las

¹⁷ Tanaka y Trivelli (2002).

¹⁸ En las campañas electorales de 2000 y 2001, varios candidatos, incluyendo al propio Presidente Alejandro Toledo, tuvieron que modificar sus posturas iniciales, en relación con la necesidad de reformular los programas, por posturas más moderadas, como la necesidad de ampliar su cobertura.

socias y sus dirigentes, así como la poca capacidad de fiscalización que tienen las primeras, la principal razón de la oposición existente¹⁹.

En este contexto, la intervención del Estado en materia de ayuda alimentaria generó conductas clientelistas por parte de los grupos de interés ya formados, las cuales se vieron acrecentadas a partir de 1998, cuando el PRONAA fue utilizado con fines proselitistas para alcanzar la reelección del gobierno en el año 2000²⁰. No obstante, no sólo las organizaciones populares se constituyeron en importantes grupos de interés, ya que los proveedores de alimentos también ejercieron importantes presiones sobre el PRONAA. Por ejemplo, Rodríguez y Rebosio (2001) encuentran que, para el caso de Ayacucho, durante la campaña agrícola 1999-2000, este programa llegó a pagar más del 100 por ciento del precio de mercado por algunos productos. Esto significó una clara apropiación del subsidio estatal por parte de los proveedores, en detrimento de los beneficiarios del programa.

Si bien no se puede afirmar que la relación entre Estado y sociedad civil se realizó bajo condiciones óptimas, tampoco se puede negar los avances en materia de participación ciudadana. En este sentido, la incorporación activa de la población en la ejecución de algunos programas resultó exitosa, como es el caso de FONCODES o los *Comités Locales de Administración de Salud* (CLAS). Respecto de los proyectos ejecutados por FONCODES, el éxito de éstos dependía claramente de la mayor participación de la comunidad; encontrándose casos particularmente exitosos en las comunidades más ricas, pequeñas y con mayor nivel de capital humano²¹.

De la misma manera, en un estudio sobre el funcionamiento de FONCODES durante la década pasada, Francke y Espino (2001) resaltan la capacidad de esta institución para llegar donde otras no lo lograron. Esta mayor capacidad de intervención respondió a la incorporación de la participación local, a través de la constitución de los Núcleos Ejecutores. Debido a la introducción de estos mecanismos de participación, el programa fue considerado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como una “práctica óptima” de focalización²².

¹⁹ El trabajo de las dirigencias populares requiere cierto nivel de especialización. En este sentido, en promedio, los dirigentes tienen muchos años en sus funciones, por lo que no es extraño que se genere una brecha entre ellos y los miembros.

²⁰ Saavedra y Pascó-Font (2001).

²¹ Alcázar y Wachtenheim (2001) señalan que existe una relación directa entre el éxito de los proyectos y la participación de la comunidad.

²² Como se ha mencionado, FONCODES utiliza un mecanismo de focalización a nivel geográfico, a través de un mapa de pobreza. Adicionalmente, se utiliza un mecanismo de focalización individual, denominado auto selección, que consiste en el doble requisito de trabajar y de recibir un pago muy bajo, de manera que los trabajos sean lo suficientemente no atractivos para que sólo los más pobres estén dispuestos a participar.

2.1.2 Aspectos institucionales

A pesar de los distintos avances en materia de política social durante la década pasada, ésta se caracterizó por la falta de coordinación y el desorden en el diseño e implementación de la misma. Así, la *Comisión Interministerial de Asuntos Sociales* (CIAS), oficina dependiente de la *Presidencia del Consejo de Ministros* (PCM) y encargada de la coordinación de la política social, nunca logró funcionar de manera adecuada. Lo mismo ocurrió a nivel regional, con el caso de los Consejos Multisectoriales, presididos por el presidente ejecutivo de cada *Comité Transitorio de Administración Regional* (CTAR)²³.

Entre los principales problemas institucionales se puede mencionar que existían diversos programas con un mismo objetivo que, por lo tanto, desarrollaban actividades similares, generando ineficiencias y duplicaciones en el gasto. Asimismo, no existía un control sobre el impacto de los programas sociales, hecho que impedía la reformulación de éstos en los casos que fuera necesario, o el fortalecimiento de aquellos que tuviesen un impacto positivo. Además, como ya se ha mencionado, la carencia de instituciones sólidas permitió que algunos programas fueran utilizados con fines proselitistas, especialmente el caso del PRONAA, o que la corrupción haya estado presente en la provisión de servicios públicos.

Definitivamente, el caso de los programas de carácter alimentario y nutricional fue el que reflejó en mayor medida esta problemática. Como reseñan Vásquez y Mendizábal (2002), las políticas de nutrición y alimentación fueron implementadas a través del Ministerio de Agricultura, del Ministerio de Educación, del Ministerio de Pesquería, del Ministerio de Salud (MINSA), del Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano (PROMUDEH) por intermedio del PRONAA, del PRES a través de FONCODES, y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a través de los municipios. Sin embargo, cuatro fueron las instituciones públicas que ejecutaron en su mayoría el gasto: FONCODES, PRONAA, MINSA y los Gobiernos Locales²⁴.

A través de esta multiplicidad de instituciones, el Estado llegó a atender a más de 9 millones de personas. Sin embargo, el problema no sólo radicaba en que existían distintas instituciones que manejaban los programas, sino que, además, muchos de éstos tenían poblaciones objetivo y metas similares. Por ejemplo, hacia 1999, existían siete programas destinados a atender a niños

²³ Durante la década pasada, junto con el truncamiento del proceso de descentralización, se creó un sistema transitorio de administración regional (los CTARs). Con el inicio del proceso de regionalización, los nuevos gobiernos regionales ha sido creados sobre la base de los CTARs.

²⁴ Entre los principales programas e instituciones que estuvieron a cargo de los mismos se puede mencionar: Desayunos Escolares, bajo el ámbito de FONCODES; los programas Wawa Wasi, Alimentación Infantil, Alimentación Escolar, Niños y Adolescentes en Riesgo y Comedores Populares, administrados por el PRONAA; PANFAR, el *Programa de Alimentación Complementaria para los Grupos en Mayor Riesgo* (PACFO), el *Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia* (PANTBC), y el *Programa de Alimentación y Nutrición del Menor en Estado de Abandono y Riesgo Nutricional* (PROMARN), administrados por el INS; y el Programa del Vaso de Leche, que era administrado por los Gobiernos Locales.

entre 0 y 5 años, mientras que había cinco programas que atendían a la población entre 6 y 14 años. Definitivamente, esta telaraña de programas generó importantes duplicaciones en el gasto. Vásquez (2004) señala que en el año 2000, el costo de la yuxtaposición de estos programas representó para el Estado más de US\$ 100 millones; es decir, un 40.6 por ciento del gasto en programas de alimentación y nutrición y un 11.5 por ciento del gasto total en programas de luchas contra la pobreza.

2.1.3 Recursos destinados a los programas de lucha contra la pobreza

La creación de los nuevos programas y las políticas implementadas no hubieran podido concretarse sin un incremento del gasto social, el cual mostró una importante recuperación durante la década pasada. Si bien no existen datos oficiales del gasto de los programas de lucha contra la pobreza extrema desde 1990, la evolución del gasto social per cápita ilustra el esfuerzo que se hizo, durante la década pasada, por destinar mayores recursos a estos programas. Así, el gasto social per cápita alcanzó un crecimiento real de casi 100 por ciento entre 1991 y el año 2000 (pasó de US\$ 90 a US\$ 180). En particular, la recuperación del gasto se registró entre 1991 y 1997²⁵, año a partir del cual el crecimiento comenzó a revertirse de manera muy leve. Según la *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* - CEPAL (2003), en este periodo de fuerte crecimiento, el Perú fue el tercer país con mayor incremento real del gasto social per cápita entre 18 países de América Latina y el Caribe, solo por detrás de Paraguay y Colombia²⁶.

Hacia finales de la década, el gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema bordeó los US\$ 900 millones anuales, como se observa en la tabla 2.1. Estos recursos representaron 1.6 por ciento del PBI y un 10.6 por ciento de la ejecución del Presupuesto General de la República del año 2000. En relación con la priorización del gasto, casi una tercera parte de los recursos fueron destinados a programas de carácter alimentario y nutricional, cuyo gasto anual promedio ascendió a US\$ 250 millones anuales²⁷. Entre los principales programas se puede mencionar el Programa del Vaso de Leche, Desayunos Escolares, Comedores Populares, Alimentación Escolar, PANFAR, Alimentación Infantil, entre otros. Otro tipo de programas que recibieron un importante flujo de recursos fueron los destinados a la lucha contra la pobreza y el desarrollo rural; como por ejemplo FONCODES, PRONAMACHCS²⁸, Caminos Rurales, entre los principales.

²⁵ En 1997 el gasto per cápita alcanzó los US\$ 200.

²⁶ Los países analizados fueron Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

²⁷ Gasto promedio entre 1997 y el 2000.

²⁸ *Proyecto Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos* (PRONAMACHCS).

Tabla 2.1. Gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema, 1997-2000
(millones US\$ corrientes)

Programas	1997	1998	1999	2000
FONCODES	235	170	224	134
Vaso de Leche	100	97	90	93
Mejoramiento de la Educación	46	72	111	90
Prog. de apoyo a la Agricultura ¹	119	82	94	84
Programa Nacional de Apoyo Alimentario (PRONAA)	79	61	70	74
Equipamiento Básico Municipal	0	0	0	73
Caminos Rurales	77	67	56	32
Infraest. Distribución de Energía	14	14	23	28
Seguros ²	4	23	26	25
Formalización Propiedad Informal	6	9	25	22
Prog. Agua Potable y Alcantarillado	61	67	27	18
Infraestructura Educativa (INFES)	78	41	23	14
Otros	269	198	193	185
Total	1,086	900	962	872

1/ PRONAMACHCS, Apoyo al Agro en Zonas de Emergencia y Titulación de Tierras

2/ Seguro Materno Infantil y Seguro Escolar Gratuito

Fuente: MEF

2.1.4 Algunos indicadores que reflejaron una mejora del bienestar

Si bien el crecimiento económico y la implementación de distintos programas sociales, aun con importantes limitaciones, permitieron una reducción considerable de los niveles de pobreza²⁹ hasta 1998, en los años posteriores la situación se vio revertida con el inicio de la recesión económica (ver figura 2.3). Luego de siete años de descenso continuo de los niveles de pobreza, en 1999 se registró un fuerte salto. Considerando que las cifras de pobreza no son estrictamente comparables a través de la década³⁰, se puede desprender que de la reducción en los niveles de pobreza entre 1991 y 1998, en solo dos años, 1999 y 2000, se perdió buena parte de lo avanzado.

Como resalta Herrera (2001), se puede señalar que en los últimos años de la década pasada la pobreza se “urbanizó”. Así, alrededor del 75 por ciento del incremento de la pobreza se registró en las ciudades del Perú y afectó a la población que antes estaba protegida por el empleo y los niveles de educación³¹. La reversión del crecimiento económico, que entre 1994 y

²⁹ Como ya se mencionó, la pobreza comprende a las personas cuyos hogares tienen ingresos o consumo per cápita inferiores al costo de una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales. Por otro lado, la diferencia entre pobreza y pobreza extrema radica en que mientras que en la primera no se logra cubrir una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales, en la segunda se trata de una canasta mínima de alimentos.

³⁰ En principio, se trata de diferentes encuestas hechas por distintas instituciones. Más aún, en el caso de la ENAHO, realizada por el INEI, el tamaño de la muestra no se mantuvo durante el periodo 1997-2000.

³¹ Entre 1997 y el 2000 el número de pobres se incrementó en 2,128,185 personas, de las cuales, 1,578,368 pertenecían a zonas urbanas.

1997 permitió la creación de más de 1.3 millones de puestos de trabajo, fue el principal determinante del fuerte deterioro de los ingresos en las zonas urbanas, y del consecuente incremento de la pobreza³². El cambio en el perfil de la pobreza, el cual había dejado de ser mayoritariamente rural, se reflejaba en el hecho que, para el año 2000, la mitad de los pobres residía en las ciudades.

Otra manera de describir la pobreza es mediante la metodología de las *Necesidades Básicas Insatisfechas* (NBI), introducida por la CEPAL a comienzos de los años ochenta, la cual se basa en información de los censos demográficos y de vivienda³³. Este método utiliza una serie de indicadores censales que permiten conocer si los hogares satisfacen o no algunas de sus necesidades principales, entre las cuales se considera el acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar, acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado, acceso a educación básica y capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo, entre otros.

De los cinco indicadores utilizados por el INEI para el caso peruano (ver figura 2.4), tres mostraron importantes avances durante la década pasada. Así, el porcentaje de hogares con dependencia económica³⁴ se redujo de 13.6 por ciento a 1.6 por ciento entre 1993 y 2000, los hogares con niños que no asisten a la escuela³⁵ pasaron del 10.6 por ciento a representar solo el 1.9 por ciento, mientras que el porcentaje de viviendas sin servicio higiénico disminuyó de 36.5 por ciento a 20.1 por ciento. Si bien los resultados relacionados a la calidad de las viviendas fueron positivos, los avances no fueron significativos. Por otro lado, la mejora en servicios básicos no sólo se vio reflejada en el ámbito de saneamiento, sino que también la cobertura eléctrica se incrementó de manera considerable durante la década pasada. Así, el coeficiente de electrificación³⁶ pasó de 52.9 por ciento en 1990 a 73.5 por ciento en el año 2000; y se registró, además, un importante crecimiento, pero aún insuficiente, en el coeficiente correspondiente a las áreas rurales, el cual ha evolucionado desde un 8 por ciento hasta un 35 por ciento en el año 2000³⁷.

³² Banco Mundial (1999a).

³³ Feres y Mancado (2001).

³⁴ Hogares cuyo jefe tiene primaria incompleta (hasta segundo año), y que tienen cuatro o más personas dependientes por ocupado, o sin ningún miembro ocupado.

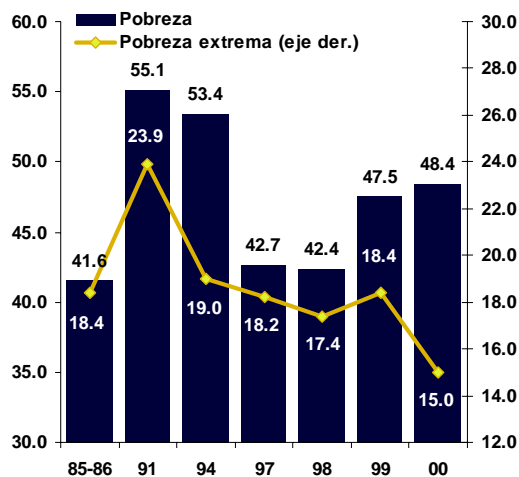
³⁵ Hogares con al menos un niño que no asiste a la escuela.

³⁶ Porcentaje de la población que tiene acceso a este servicio.

³⁷ Instituto Peruano de Economía (2003).

Figura 2.3. Niveles de pobreza y pobreza extrema, 1985-2000

(porcentaje respecto del total de población de cada año)

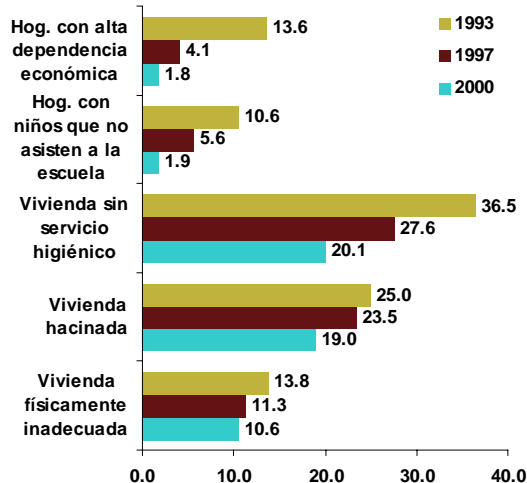


Línea de pobreza con el gasto de consumo

Fuente: Fuente: Instituto Cuánto ENNIV 1991-1994; INEI 1985-1986; ENAHO 1997-2000, INEI

Figura 2.4. Pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

(en porcentaje respecto del total de población de cada año)



Fuente: Censo 1993 y ENAHO 1997 y 2000, INEI

En relación con la dinámica de los niveles de pobreza y los resultados en términos de desigualdad, hacia fines de la década se advertía que el crecimiento económico y los programas sociales no habían permitido aminorar la brecha de desigualdad existente³⁸; ya que mientras algunas regiones mostraron importantes avances hasta 1998, especialmente Lima, otras no registraron progreso alguno, particularmente las zonas rurales andinas³⁹. Este nulo avance en términos de desigualdad respondió, principalmente, a dos factores: los mayores beneficiarios de las reformas fueron los mejor educados y, adicionalmente, el gasto social estuvo altamente focalizado en las ciudades⁴⁰. Como se ha mencionado, el avance en términos de reducción de la pobreza en zonas urbanas se perdió en los últimos años de la década pasada.

Asimismo, si bien se logró una ampliación de los servicios básicos, Francke (2001) señala que el problema fundamental parece ser la sostenibilidad de éstos, en particular para el caso de las zonas rurales. Así, estudios sobre los proyectos de FONCODES⁴¹ muestran que, en muchas comunidades, la carencia de capacidad institucional para administrar y mantener servicios de agua potable, desagüe y electricidad han llevado a que estos servicios dejen de funcionar. Como

³⁸ Banco Mundial (1999a).

³⁹ Se señala que del total de la reducción de la pobreza entre 1993 y 1997, casi un 80% provino solamente de Lima y la región de sierra urbana.

⁴⁰ La ampliación de la cobertura de servicios básicos como electricidad, saneamiento y salud ambulatoria se concentró en las ciudades, las cuales recibieron más del 70% de los nuevos servicios. Ello no indica que el gasto no estuvo orientado hacia los pobres, sino que los menos beneficiados fueron los pobres rurales.

⁴¹ Alcázar y Wachtenheim (2001).

se verá más adelante, este deterioro también está relacionado con la importante contracción de la inversión en infraestructura durante los últimos años de la década pasada.

2.2 Los programas sociales a principios del nuevo milenio

Durante los primeros años de la presente década, las modificaciones en materia de política social han sido muy pocas. Si bien se ha iniciado un proceso de ordenamiento de algunos programas sociales, en particular los de carácter alimentario y nutricional, poco o nada se ha avanzado en relación con los problemas que éstos acarrearán desde la década pasada. Más aun, algunos indicadores reflejan un creciente deterioro en la gestión de algunos programas. En este contexto, el Gobierno ha optado por iniciar el proceso de descentralización de los principales programas, sin antes haber emprendido la necesaria reformulación, reestructuración o fusión de éstos.

2.2.1 Algunas modificaciones institucionales

Durante el Gobierno de Transición se inició un proceso de diálogo nacional para la definición de la nueva política social, a través de la creación de las *Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza*, conformada por representantes del gobierno central, los gobiernos locales, las diversas instancias de la sociedad civil, iglesias y la cooperación internacional. Estas mesas de diálogo, tienen como objetivo convertirse en un medio de concertación en torno de la forma más idónea de luchar contra la pobreza en cada región, provincia y distrito del país⁴².

La medida más importante en materia de programas sociales que se implementó durante el Gobierno de Transición fue un primer paso para el ordenamiento de los programas de carácter alimentario y nutricional. Con el objeto de lograr mayores niveles de eficiencia y reducir las duplicaciones de gasto, el programa de Desayunos Escolares, que antes era manejado por FONCODES, fue absorbido por el Instituto Nacional de Salud (MINSA). Lo mismo ocurrió con el caso del PANFAR, el cual dejó de ser administrado por la ONG Prisma y quedó bajo el ámbito del INS. De esta manera, los recursos de los programas de alimentación y nutrición pasaron a ser administrados por tres instituciones: el PRONAA, el INS y los gobiernos locales.

Hacia fines del Gobierno de Transición, luego de un proceso de evaluación y de concertación sobre cuáles deberían ser los lineamientos de la política social, la *Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza* presentó una propuesta de *Carta Social* para ser considerada por el gobierno entrante. De este modo, en diciembre de 2001, el nuevo Gobierno ratificó los principios y compromisos del documento presentado y publicó el documento *Carta de Política Social*. En éste, se establecía los lineamientos en materia de políticas sociales que regirían en adelante: (i) la promoción de oportunidades y capacidades económicas para las personas y familias en situación de pobreza; (ii) el desarrollo de capacidades humanas; y (iii) el

⁴² Para una evaluación preliminar de las Mesas de Concertación ver Centro de Investigación Parlamentaria (2004).

establecimiento de una red de protección social⁴³ que opere ante crisis económicas o desastres naturales y que afectan principalmente a los individuos, familias y comunidades en situación de pobreza extrema y mayor vulnerabilidad.

Junto con el establecimiento de los principios que regirían el manejo de la política social del gobierno, a fines de 2001, se iniciaron dos importantes programas destinados a la creación de empleo temporal para la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Bajo el ámbito de FONCODES, en octubre se creó el Programa *A Trabajar Rural*, cuyo objetivo fue la creación de trabajos orientados a la rehabilitación, mantenimiento y puesta en valor de la infraestructura social de las comunidades. Un mes más tarde, se lanzó el Programa *A Trabajar Urbano*, el cual se constituyó como una unidad ejecutora del Ministerio de Trabajo y Promoción Social. Como se verá más adelante, el funcionamiento de estos programas es muy similar al de FONCODES.

En mayo de 2002, la PCM, a través del CIAS, presentó el documento *Bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres*, el cual tomaba los lineamientos básicos expuestos en la *Carta de Política Social*. En este documento, se planteaba la necesidad de establecer una estrategia integral que defina un nuevo tipo de gestión social, sustentado en la transparencia y la participación ciudadanas, a través del inicio de un proceso de descentralización y de fortalecimiento de las capacidades locales. Para alcanzar este objetivo, se resaltaba la necesidad de emprender una profunda racionalización de los programas y proyectos públicos relacionados, una reestructuración de la organización ministerial⁴⁴, y la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de impacto de la inversión social.

A mediados de 2002, se llevó a cabo la reestructuración de ministerios en el Poder Ejecutivo planteada en el documento citado de estrategia de lucha contra la pobreza. Entre los cambios más importantes, resalta la desactivación del PRES, el cual manejó un número considerable de programas sociales en la década anterior; y la creación del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), sobre la base del PROMUDEH, como ente rector en el campo de las políticas sociales. Los programas que antes manejaba el PRES, pasaron a formar parte del MIMDES, del sector Vivienda y Construcción y de la PCM. Asimismo, desde la creación del MIMDES, se sostiene que éste se encuentra en un proceso de fusión y reorganización de

⁴³ Una red de protección social está constituida por una serie de programas que buscan proteger a las personas o familias ante dos situaciones adversas: incapacidad crónica para trabajar y tener ingresos (pobreza crónica) y un deterioro en esta capacidad, relacionado a etapas donde las personas o familias tienen medios mínimos para sobrevivir (pobreza transitoria).

⁴⁴ Bajo esta reestructuración, se planteaba la creación de tres fondos que operen como instituciones de segundo piso: Fondo de Desarrollo Local (constituido sobre la base de los diversos programas que realizan inversión social), Fondo de Solidaridad (con los recursos que hoy se destinan a los programas de apoyo y asistencia a grupos vulnerables, especialmente alimentos), y Fondo de Asistencia Familiar (de corte meramente asistencial).

programas sociales. Sin embargo, no se ha producido, hasta el momento, la reestructuración de ningún programa importante⁴⁵.

Dentro del marco de estas modificaciones institucionales al nivel de ministerios, no se puede dejar de mencionar la incorporación del FONCODES al MIMDES⁴⁶; y la absorción por parte del PRONAA, también bajo el ámbito de este ministerio, de los programas de carácter nutricional que manejó el INS durante el Gobierno de Transición. De esta forma, hoy todos los programas de alimentación y nutrición se encuentran bajo el ámbito del PRONAA, con excepción del Programa del Vaso de Leche, el cual representa un poco menos de la mitad de los recursos destinados a este tipo de programas. Así, si bien el MINSA ya no tiene control sobre los programas de carácter nutricional, la formulación del componente técnico y la supervisión de este tipo de programas son dos facultades que el sector Salud, a través del INS, aún mantiene⁴⁷.

Por otro lado, un factor que marca una clara diferencia en el manejo de la política social respecto de la década pasada ha sido el creciente interés por la participación de la sociedad civil. Además de la conformación de la *Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza*, el inicio del proceso de descentralización en el 2003 ha significado un cambio de rumbo en la orientación del manejo de la política social. Realizar una evaluación del proceso sería muy ambicioso, por cuanto éste recién se ha iniciado y porque durante el primer año del mismo las transferencias realizadas fueron muy reducidas⁴⁸. Sin embargo, se debe resaltar que con la reasignación de los programas de carácter alimentario y nutricional al PRONAA se perdió una importante oportunidad para la reformulación o fusión de los mismos; tal como estaba planteado en el propio documento del gobierno, *Bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres*.

2.2.2 Recursos destinados a los programas de lucha contra la pobreza

Entre 1998 y 2002, los recursos invertidos en los programas de lucha contra la pobreza extrema han mostrado una tendencia decreciente, pasando de US\$ 1,086 millones en 1997 a US\$ 807 millones en el 2003, lo que significó una reducción de 21 por ciento en el gasto. Sólo en el último año, éste mostró una recuperación, alcanzando un nivel similar al de 2001 (ver

⁴⁵ Según el documento “*Bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres*” (CIAS 2002), la reestructuración institucional del MIMDES debió de haber finalizado en el 2003.

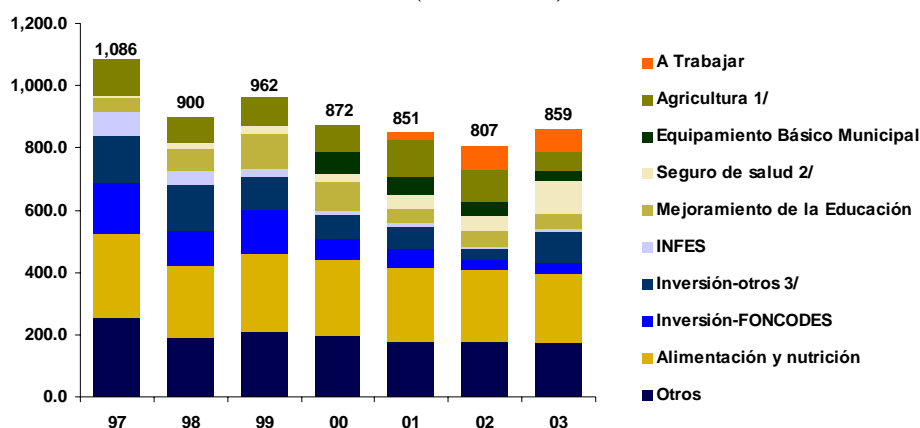
⁴⁶ Antes bajo el ámbito del PRES.

⁴⁷ Vásquez (2004).

⁴⁸ Con el objeto de alcanzar un proceso gradual y ordenado que permita el desarrollo de las capacidades locales, el *Consejo Nacional de Descentralización* (CND) ha establecido una serie de requisitos para que los municipios sean acreditados y accedan a los programas sociales. Durante el primer año, el CND procedió con la acreditación de 67 municipalidades provinciales y 241 municipales para la transferencia de programas de FONCODES y del PRONAA, transfiriéndose en el 2003 aproximadamente S/. 50 millones. Durante el 2004, se esperaba transferir S/. 400 millones del PRONAA y S/. 300 millones de FONCODES a los gobiernos locales. Sin embargo, en agosto del 2004 el proceso de transferencia fue menor al del 2003, puesto que solo 64 (antes 67) municipalidades provinciales, que representan un tercio del total de municipalidades provinciales, continuaron con el proceso de transferencia.

figura 2.5). De esta forma, los recursos asignados han mostrado un patrón claramente procíclico. Es decir, el incremento del gasto social está relacionado directa y positivamente con el aumento del nivel de actividad (PBI) y consecuentemente, con el nivel de ingresos del gobierno. El efecto pernicioso de esta prociclicidad radica en que en los periodos de recesión el gasto social cae, justamente cuando éste se hace más necesario⁴⁹.

Figura 2.5. Gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema, 1997-2003
(US\$ millones)



1/ PRONAMACHCS, Apoyo al Agro en Zonas de Emergencia y Titulación de Tierras.

2/ Seguro Integral de Salud desde el 2002, lo que antes era el Seguro Materno Infantil y Seguro Escolar Gratuito.

3/ Infraestructura Distribución de Energía, Caminos Rurales, y Agua Potable y Alcantarillado.

Fuente: MEF, Dirección General de Presupuesto Público

De la misma manera, si se analiza la evolución del gasto como porcentaje del PBI, en la figura 2.6 se observa una tendencia decreciente, ya que éste pasó de representar 1.9 por ciento del PBI en 1999, a 1.4 por ciento en el 2003. Considerando este último año, el gasto como porcentaje del Presupuesto ejecutado alcanzó el 7.2 por ciento, más de 3 puntos porcentuales por debajo que en el año 2000. Por otro lado, si se considera el contexto en el que se ha dado esta contracción del gasto en programas, se percibe que se ha producido una reasignación del gasto social agregado. Así, los programas de lucha contra la pobreza extrema y los denominados “otros gastos sociales”⁵⁰, han visto disminuidos sus recursos en favor del incremento del gasto en el sector educación, en particular desde el 2001.

Al igual que en el caso del gasto social agregado, se ha observado una recomposición del gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema (figura 2.5). En principio, el gasto asignado a programas de alimentación y nutrición, aproximadamente una cuarta parte del total, se ha mantenido casi constante desde 1997. Sin embargo, la inversión en infraestructura social y productiva registró una importante contracción entre 1998 y 2000, año a partir del cual no ha mostrado recuperación alguna (ver figura 2.7). Asimismo, en los últimos tres años, se ha

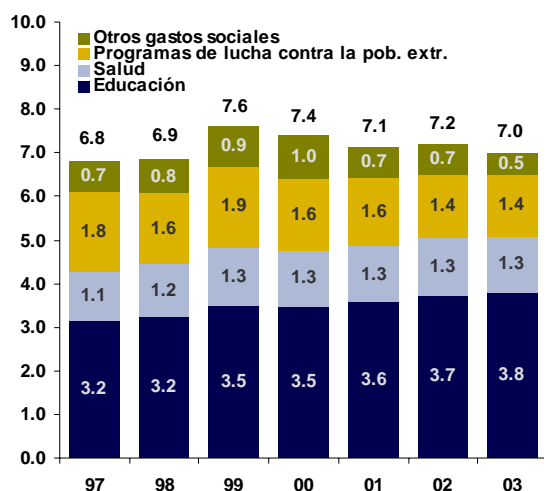
⁴⁹ De esta forma, se ha continuado con el mismo patrón de la década pasada. Ver Banco Mundial (2002).

⁵⁰ Poder judicial, INABIF, INADE, ORDESUR, programas de apoyo a la gestión municipal e infraestructura de saneamiento, electrificación rural, entre otros.

producido una mayor asignación de recursos en favor de nuevos programas sociales como *Trabajar* y el *Seguro Integral de Salud* (SIS).

Figura 2.6. Gasto social agregado¹, 1997-2003

(en % del PBI)

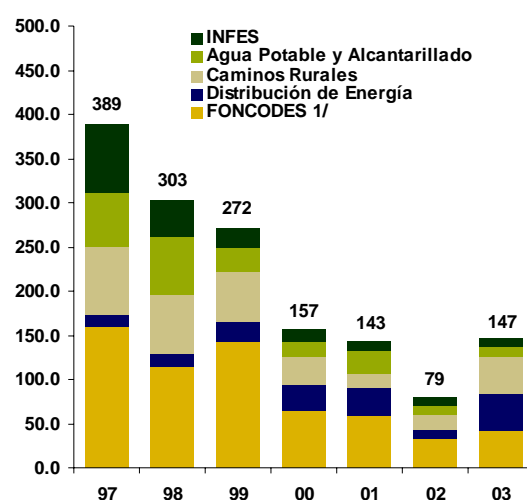


1/ Se excluyen las transferencias a la ONP

Fuente: MEF, Dirección General de Presupuesto Público

Figura 2.7. Principales programas de inversión en infraestructura

(en US\$ corrientes)



1/ Incluye Inversión Social y Desarrollo Productivo

Fuente: SIAF – MEF

Si bien el presente trabajo no tiene como objetivo realizar una descripción exhaustiva de todos los programas sociales, en el recuadro 2.1 se presenta un breve resumen de los principales programas ejecutados durante el año 2003⁵¹.

Recuadro 2.1 Principales programas sociales

Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – PRONAA (MIMDES).

Es un organismo público descentralizado dependiente del MIMDES. Tiene como objetivo elevar el nivel alimentario y nutricional de la población en situación de pobreza extrema, desarrollando programas de apoyo y seguridad alimentaria. Entre los principales programas se encuentran:

- **Programa de Comedores Populares:** Se orienta a elevar el nivel nutricional de la población en general, priorizando la población en extrema pobreza. En el 2003 los beneficiarios ascendieron a 713,264 personas.
- **Programa de Desayunos Escolares:** Es un proyecto de inversión social, ejecutado a nivel nacional, en zonas de extrema pobreza y de mayor índice de desnutrición crónica infantil. Busca cubrir el 30% de los requerimientos calóricos y proteicos y casi el 100% de los requerimientos de micro nutrientes, minerales y vitaminas, de niños de 4 a 13 años que reciben educación inicial, primaria y especial, en colegios estatales en zonas urbano marginales y rurales. Se estima alrededor de 1,691,128 beneficiarios del programa en el 2003.
- **Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo (PANFAR):** Se inició en 1988 y tiene como objetivo contribuir a mejorar el estado nutricional de las madres y niños menores de tres años, brindándoles una canasta mensual de alimentos que proporciona el 30% de los requerimientos diarios que necesita una madre y dos menores de cinco años. Los beneficiarios son madres y niños menores de cinco años, principalmente de zonas rurales. En el 2003 el programa atendió 26,251 familias.

⁵¹ Los programas han sido elegidos en función de la importancia de estos en la asignación del gasto (al año 2003). No se han considerado los programas de salud y educación.

Recuadro 2.1 Principales programas sociales

- **Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia (PANTBC):** Busca contribuir a la recuperación del paciente con Tuberculosis (TBC) y a la protección de su familia, brindándole una canasta de alimentos locales que aportan el 40% de los requerimientos nutricionales diarios del paciente. Se inició en 1989 con apoyo de fondos de cooperación internacional, pero a partir de 1995 opera sólo con fondos del Tesoro Público. En el 2003 el programa alcanzó los 114,960 beneficiarios.
- **Programa de Alimentación y Nutrición del Menor en Estado de Abandono y Riesgo Nutricional (PROMARN):** Se inició en 1986 y está dirigido a los menores entre 6 y 14 años en situación de abandono, a quienes se les proporciona una ración que aporta el 35% de los requerimientos calóricos y el 69% de los requerimientos proteicos. Los alimentos son entregados en cada hogar, albergue o centro de rehabilitación social de menores para su preparación y consumo. Se calcula alrededor de 4,040 beneficiarios al 2001.
- **Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO):** Este programa se ejecuta en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica y Puno. Tiene como objetivo prevenir la malnutrición en niños entre 6 y 36 meses de edad, ofreciéndoles alimentación complementaria que aporta el 30% de los requerimientos de energía y proteínas, el 100% de los de hierro, vitamina A y C, y el 60% de otras vitaminas y minerales. En este sentido, en el año 2003 hubo 371,517 niños beneficiados por el programa.

Programa del Vaso de Leche (Gobiernos locales)

Es un programa descentralizado de asistencia alimentaria que es financiado a través de transferencias de recursos del Ministerio de Economía y Finanzas a los gobiernos locales (municipalidades distritales). Fue creado en 1985, y tiene como objetivo elevar el nivel nutricional de niños entre 0 a 6 años, madres gestantes y en periodo de lactancia, así como de niños de 7 a 13 años, ancianos y personas afectadas por tuberculosis. Se estima alrededor de 3,292,215 beneficiarios en el 2003.

Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social –FONCODES

(MIMDES)

Es un organismo que cuenta con autonomía funcional, económica, financiera, administrativa y técnica. Dependió hasta el 2002 del Ministerio de la Presidencia y desde julio del mismo año, se encuentra adscrito al MIMDES. Su función es la de financiar proyectos propuestos por las comunidades o localidades en zonas rurales con elevados índices de pobreza. En el año 2003 se aprobaron 842 proyectos para el programa “A Trabajar Rural”, 1286 proyectos de infraestructura social (sistemas de agua potable, infraestructura vial, pozos artesanos, etc.) y 436 proyectos de fomento al desarrollo productivo.

- **“A Trabajar Rural”** es uno de los programas recientemente creados para promover el empleo temporal. Este se lanzó en octubre de 2001 y brinda empleo por seis meses a hombres y mujeres que viven en pueblos muy pobres; quienes participan en trabajos temporales orientados a la rehabilitación, mantenimiento y puesta en valor de infraestructura social en beneficio de la comunidad. Desde su lanzamiento hasta diciembre del 2003, el programa ha creado 76,850 empleos.
- **“A Producir”** es otro programa orientado a financiar proyectos productivos, principalmente, de desarrollo de capacidades en negocios o en producción alimentaria y, complementariamente, de acceso a infraestructura productiva y/o la promoción de los servicios financieros. Su principal propósito es promover la mejora en los ingresos, monetarios y no monetarios, de las familias beneficiarias. En 2003 se benefició a 783,760 personas.
- **“Mejorando Tu Vida”** es un programa orientado a financiar proyectos de infraestructura social y económica, orientados a la satisfacción de necesidades básicas insatisfechas. El número de beneficiarios en el 2003 alcanzó el 1,881,135.

Programa A Trabajar Urbano (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo)

“A Trabajar Urbano” es administrado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y surge como una estrategia de protección social frente a las caídas en el consumo de la población urbana más pobre del país. Su objetivo es generar empleo temporal a jefes y jefas de hogar en situación de pobreza y pobreza extrema que acrediten tener al menos un hijo menor de 18 años. Esto se logra mediante el financiamiento de obras vinculadas al desarrollo local, las cuales son propuestas por organizaciones públicas y privadas, permitiendo la transferencia de ingresos a los jefes de hogar. El programa otorga una compensación económica muy baja a los participantes

Recuadro 2.1 Principales programas sociales

(mecanismo de autoselección) y, además, brinda un seguro contra accidentes contratado al Seguro Integral de Salud (SIS). Este programa generó 201,643 empleos temporales en diferentes regiones del país en el 2003.

Provías rural (Antes, Programa de Caminos Rurales, Ministerio de Transportes y Comunicaciones)

Tiene como objetivo desarrollar acciones para mejorar las condiciones de transitabilidad de la red vial terciaria, a través de la rehabilitación de caminos vecinales, el mantenimiento rutinario y periódico de los mismos, el mejoramiento de caminos de herradura, el fortalecimiento institucional de los gobiernos locales y la participación del sector privado y sociedad civil. En el 2003, se ha concluido 1,173.6 kilómetros en rehabilitación de caminos vecinales, 1,408.5 kilómetros en el mejoramiento de caminos de herradura y 3,154.6 kilómetros en mantenimiento periódico y de emergencia.

Proyecto Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos – PRONAMACHCS

(Ministerio de Agricultura)

Depende del Ministerio de Agricultura e inició sus actividades en agosto de 1981. En 1991 se le otorgó carácter nacional y autonomía técnica, administrativa y de gestión. Su misión es promover acciones para el manejo sostenible de los recursos de agua, suelo y vegetación, en forma participativa y con enfoque de cuencas, para mejorar la capacidad productiva y las condiciones de vida del poblador alto andino. Se ha realizado proyectos en infraestructura de riego, reforestación, conservación de suelos, apoyo a producción agropecuaria y acondicionamiento territorial y de viviendas rurales. En lo referente a infraestructura de riego se ha ejecutado 4,063 proyectos, lo que equivale 427,085 familias beneficiadas en el 2002.

2.3 Programas sociales, gestión, objetivos e impacto

Considerando las tendencias del gasto expuestas, cabría preguntarse hasta qué punto el juntar todos los programas de alimentación y nutrición (excepto el Vaso de Leche) bajo el ámbito del PRONAA, ha significado un cambio en la gestión. De la misma forma, sobre la base de las investigaciones realizadas sobre los distintos programas sociales y las estadísticas oficiales, se busca analizar si los programas están cumpliendo los objetivos trazados, así como señalar si éstos están teniendo un impacto significativo sobre las poblaciones objetivo de los programas.

2.3.1 Programas de carácter alimentario y nutricional

La reducción de la desnutrición crónica infantil es una piedra angular en cualquier estrategia de lucha contra la pobreza. Distintos estudios señalan que ésta explica hasta en un 50 por ciento la mortalidad infantil de niños menores de cinco años, limita la capacidad de aprendizaje, redonda en bajas tasas de productividad en la etapa adulta y ocasiona un menor nivel de esperanza de vida.

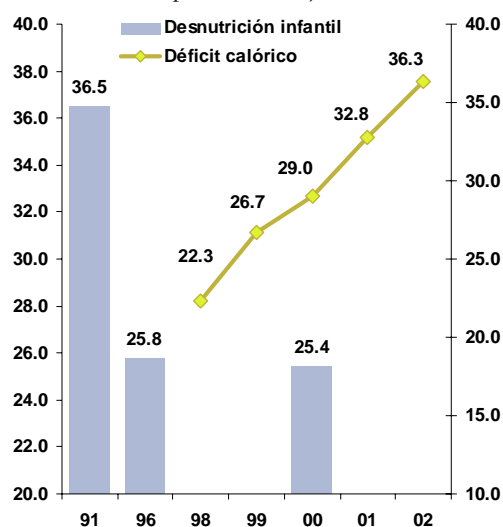
En el Perú, según la *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES) del año 2000, la tasa de desnutrición crónica infantil alcanzó el 25.4 por ciento para el caso de los niños menores de cinco años, sólo 0.4 puntos por debajo de la tasa de 1996⁵² (ver figura 2.8). Así, desde fines de la década pasada, existe un consenso respecto de la necesidad de reformular los programas

⁵² La desnutrición crónica se mide a través del retardo en el crecimiento en talla para la edad, determinado al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo (niños que están 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media).

alimentarios y de nutrición⁵³; sobre todo si consideramos que durante 1996 y el año 2000, el Estado invirtió casi US\$ 1,000 millones de dólares en este tipo de programas sin lograr una reducción significativa en la tasa de mortalidad infantil.

Figura 2.8. Tasa de desnutrición crónica infantil y déficit calórico¹

(en % del total de niños menores de 5 años y población total respectivamente)

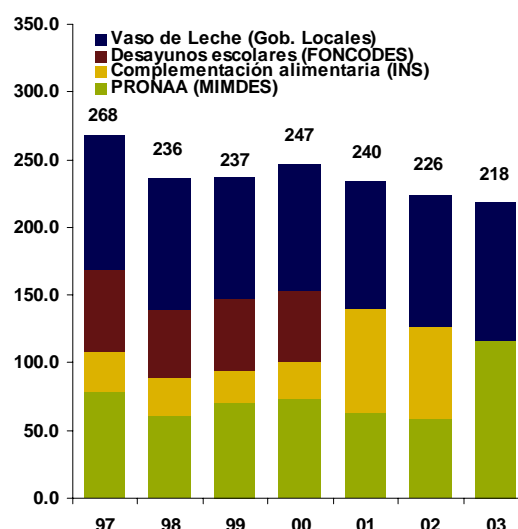


1/ Déficit calórico: individuos que han adquirido (compra, autoconsumo, donaciones) una cantidad de calorías inferior a las requeridas por el hogar.

Fuente: INEI y Herrera (2003)

Figura 2.9. Gasto en programas de alimentación y nutrición, 1997-2003

(en US\$ millones)



Fuente: SIAF – MEF

En relación con las características de la intervención estatal, como ya se ha señalado, durante la década pasada los programas de carácter alimentario y nutricional fueron manejados hasta por cuatro instituciones lo que permitió la existencia de distintos programas para una misma población objetivo. Hoy, si bien todos los programas, con excepción del Vaso de Leche, han sido incorporados bajo el ámbito del PRONAA (ver figura 2.9); no se ha producido la fusión o reestructuración de programas que el propio gobierno reconocía como necesaria⁵⁴ (ver tabla 2.2). Un documento preparado por el CIAS⁵⁵, delineaba las bases para reestructuración de los programas, y proponía la fusión de éstos en tres grandes programas como se observa en la tabla 2.3: un programa para los niños menores de 5 años, otro exclusivamente de alimentación escolar y un tercer programa de comedores. Adicionalmente, se planteaba la necesidad de

⁵³ Como señalan O'Brien y Oroza (2002), hacia fines de 2001 se culminó varios estudios integrales que tenían como objetivo la reestructuración de los programas alimentarios y nutricionales, entre los que se encuentran los realizados por instituciones como el Banco Central, la Universidad de Tufts, Cuánto, entre otros.

⁵⁴ CIAS (2002).

⁵⁵ O'Brien y Oroza (2002).

establecer programas especiales para grupos vulnerables específicos, como las personas con tuberculosis, huérfanos, etc.⁵⁶

Tabla 2.2 Multiplicidad de programas con poblaciones objetivo similares, 1999 - 2004
(número de programas)

Población Objetivo	Programa	Nº
Embarazadas y en lactancia	Vaso de Leche PANFAR	2
0 a 5 años	Vaso de Leche Wawa wasi Alimentación Infantil Alimentación Escolar Desayunos Escolares PANFAR PACFO	7
6 a 14 años	Vaso de Leche Comedores Alimentación escolar Desayunos escolares PROMARN	5
15 a 18 años	Comedores	1
Entre 18 y 60 años	Comedores	1
Mayores de 60 años	Vaso de Leche Comedores	2
Grupo de Riesgo a TBC	Vaso de Leche PANTBC	2

Fuente: CIAS (2001) y PRONAA

Tabla 2.3 Reestructuración de programas propuesta por el CIAS, 2002

Programas propuestos	Base programas actuales
Programa de Protección Integral de los niños menores de 5 años	Vaso de Leche Alimentación infantil Wawa wasi PANFAR PACFO Desparasitación
Programa de Alimentación Escolar	Alimentación Escolar Desayunos Escolares
Programa de Comedores	Sobre la base de los Comedores y concebido como programa de complemento de ingresos.
Programas Especiales	Suplementación y otros programas que deben incluir la atención a grupos en riesgo como personas con tuberculosis, huérfanos, etc.

Fuente: O' Brien y Oroza (2002)

Si bien los esfuerzos para reformular los programas se han visto truncados, aún persisten otros problemas importantes como los relacionados con la gestión de los programas o con los niveles de focalización. En principio, en relación con la gestión, existen oportunidades para aumentar los niveles de eficiencia, en particular en materia de compra de alimentos. Además de la ya mencionada sobre valoración reportada para el caso de Ayacucho⁵⁷, existe (o existía) un importante margen para lograr ahorros a través de mecanismos como la Bolsa de Productos. Como se observa en la figura 2.10, Maximice y Cuánto (2003) encuentran que en el caso del programa PACFO, durante el 2002 el proceso de adquisiciones vía Bolsa de Productos significó un ahorro promedio del orden del 23 por ciento respecto de las adquisiciones realizadas a través de Licitación Pública⁵⁸. Lamentablemente, un fallo del Tribunal

⁵⁶ Se estimó que la reestructuración de los programas significaría un ahorro de US\$ 85.5 millones por mejores niveles de focalización, US\$ 10 millones en costos administrativos, US\$ 7 millones en superposición de programas, y US\$ 11 millones en otros conceptos.

⁵⁷ Rodríguez y Rebosio (2001).

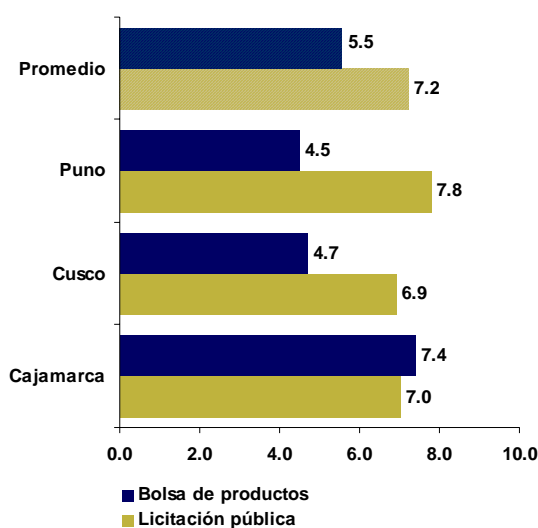
⁵⁸ Solo en el caso de Cajamarca el precio de la Licitación Pública fue menor, ya que la empresa que se presentó en esta licitación se amparó en la Ley General de la Amazonía para tener la exoneración del IGV, ventaja que no tenían otras empresas que participaron a través de la Bolsa de Productos.

Constitucional de mayo del 2004 ha señalado que, “(...) *tal y como está regulado en este momento, (el mecanismo de adquisición de la Bolsa de Productos) no es el adecuado para ser utilizado como alternativa en la adquisición pública*”.

Por otro lado, considerando que la reciente transferencia de los distintos programas a una sola entidad (PRONAA) suponía que se lograrían ahorros en materia de gastos administrativos, resulta alarmante que durante los últimos tres años éstos han presentado una evolución creciente, como se desprende de la figura 2.11 (tampoco ha existido un cambio importante en el presupuesto que justifique esta alza). En este sentido, si se consideran los programas que fueron transferidos al PRONAA y los que ya estaban originalmente bajo su ámbito, es decir todos menos el Vaso de Leche, el gasto en personal como porcentaje del total del gasto en programas alimentarios y nutricionales se ha triplicado entre el 2000 y el 2003, pasando del 0.8 al 3.1 por ciento. Para el año 2004, tanto lo presupuestado como lo ejecutado hasta mediados de año indica que se volvería a registrar un salto importante de los gastos administrativos, en una proporción similar a la alcanzada en el 2002.

Figura 2.10. Precios de adquisición de la papilla¹ del programa PAFCO en licitación pública y Bolsa de Productos, 2002

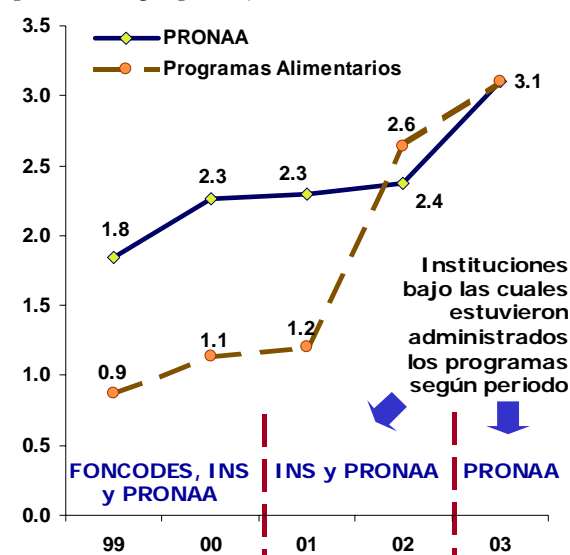
(S/. por kilo de papilla)



1/ Alimento de alto valor nutricional repartido por el PACFO
Fuente: Maximice y Cuánto (2003)

Figura 2.11. Gasto en personal del PRONAA y del total de Programas de Alimentación¹, 1999-2003

(en % del total de gasto del PRONAA y del total de gasto de los programas)



1/ No se incluye Vaso de Leche
Fuente: SIAF-MEF

En relación con el gasto administrativo del PRONAA, Caballero (2004) reseña cómo evolucionó el número de trabajadores de esta institución en los últimos años. En principio, señala que esta institución en la década pasada, durante la época de mayor manipulación llegó a

tener 1,050 trabajadores. Durante el Gobierno de Transición, el número de trabajadores se redujo drásticamente a sólo 450, mientras que durante el Gobierno del Presidente Alejandro Toledo, específicamente en la gestión de la Ministra Doris Sánchez, el número de trabajadores aumentó a 1,100, una cifra aún mayor a la década pasada. Con el ingreso de la Ministra Cecilia Blondet, nuevamente se intentó racionalizar el número de trabajadores, situación que fue duramente enfrentada por el partido de gobierno, llegándose a reducir el número de trabajadores a sólo 820. Además, Caballero agrega que, con la transferencia de los programas sociales a los gobiernos locales, la cifra de trabajadores en el 2005 debía alcanzar las 100 personas. Sin embargo, a pesar de la lentitud con la que avanza el proceso de transferencia de programas sociales, el grosero incremento (casi de 100%) del presupuesto administrativo del MIMDES para dicho año indicaría que nuevamente se incrementaría el número de trabajadores.

Otro aspecto importante y recurrente en las investigaciones sobre programas sociales es el tema de la focalización. Como señalan O'Brien y Oroza (2002), en el análisis de los niveles de focalización de los programas alimentarios se debe considerar que el problema de la desnutrición no se explica únicamente por la situación de pobreza. Así, del total de niños menores de cinco años, sólo el 20 por ciento son pobres y se encuentran desnutridos. De la misma forma, el porcentaje de pobres menores de cinco años que se encuentran desnutridos alcanza el 31 por ciento. En este sentido, medir los niveles de focalización solamente en función de si el beneficiario es pobre o no, puede sesgar los resultados del análisis. Por ello, los autores analizan qué otros factores son los determinantes de la desnutrición infantil, y encuentran que las características de la madre son las que presentan una mayor influencia. Asimismo, otros factores que también son importantes son los relacionados con el acceso a los servicios de agua y desagüe⁵⁹.

Considerando lo expuesto, resulta interesante el análisis realizado por Chacaltana (2001) en relación con el Programa de Alimentación Infantil del PRONAA. Este afirma que, a pesar de que el PRONAA era una de las instituciones con mejor nivel de focalización en términos de pobreza hacia mediados de la década pasada, la asignación de recursos por departamentos en términos de niveles de desnutrición era claramente deficiente⁶⁰. En este sentido, el autor señala que “(...) *da la impresión de que los programas sociales han estado más interesados en encontrar “pobres” en abstracto, como si existiera un tipo de pobreza*”.

⁵⁹ Para el caso de las características de la madre se tiene que, del total de niños desnutridos, un 73.8% tienen madres solteras, un 55.9% separadas y un 45% sin ningún nivel educativo. En relación con los servicios básicos, un 61.6% de los niños desnutridos sólo tienen acceso a una acequia o canal.

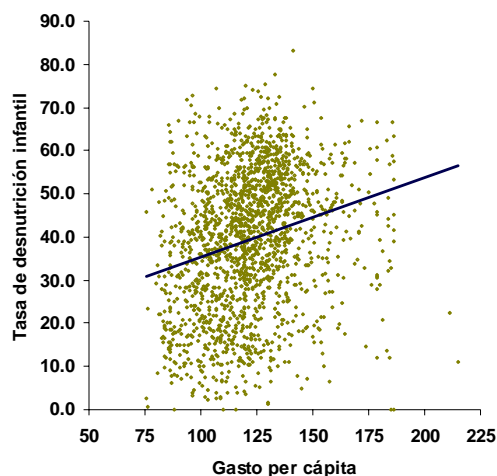
⁶⁰ El autor encuentra una relación negativa entre la tasa de desnutrición y el gasto per cápita.

Con el objeto de corroborar si se siguen presentando las mismas deficiencias, se ha realizado un ejercicio similar a nivel distrital para el gasto agregado del PRONAA durante el año 2003⁶¹. Así, si se compara el gasto per cápita del programa y el nivel de desnutrición por distrito, se encuentra una relación positiva entre la asignación de recursos y los niveles de desnutrición, en este caso medido para el caso de niños entre 5 y 8 años (ver figura 2.12). Sin embargo, si solo se analizan los distritos con mayores tasas de desnutrición (superior a 60 por ciento) como se ha realizado en la figura 2.13, se tiene una relación ligeramente negativa en la asignación de recursos. Considerando los resultados, resulta preocupante que la asignación del gasto sea más deficiente justamente donde los recursos son más necesarios.

Por otro lado, existen importantes niveles de filtración y subcobertura en los programas del PRONAA. Según Vásquez (2004), el porcentaje de beneficiarios que no debían de recibir ayuda alimentaria por no pertenecer a la población objetivo alcanzaba, en el año 2002, el 47 por ciento para el caso del programa de Desayunos Escolares, el 31 por ciento para los Comedores y un 38 por ciento para el PANFAR. Sin embargo, el problema se agudizaba cuando se consideraba la proporción de la población objetivo total que no era atendida por el programa, la que llegaba a representar el 59, 96 y 73 por ciento para el caso de los programas antes mencionados, respectivamente.

Figura 2.12. Tasa de desnutrición infantil y gasto per cápita programado por beneficiario del PRONAA según distritos¹, 2003

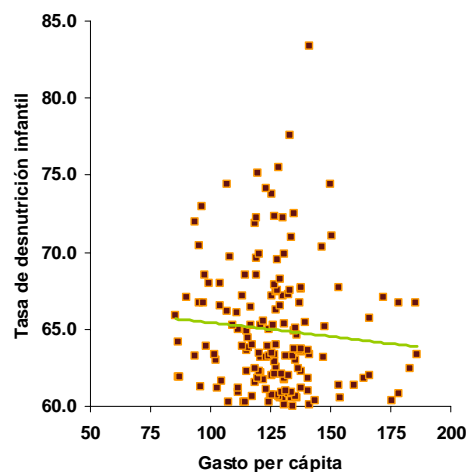
(en % del total de niños entre 5 y 8 años, y S/.)



1/ No incluye valores extremos (Callao)
Fuente: SIAF – MEF, Censo de Peso y Talla 1999
MINEDU

Figura 2.13. Tasa de desnutrición infantil y gasto per cápita programado por beneficiario del PRONAA, según distritos con tasa de desnutrición infantil mayor a 60%, 2003

(en % del total de niños entre 5 y 8 años, y S/.)



Fuente: SIAF – MEF, Censo de Peso y Talla 1999
MINEDU

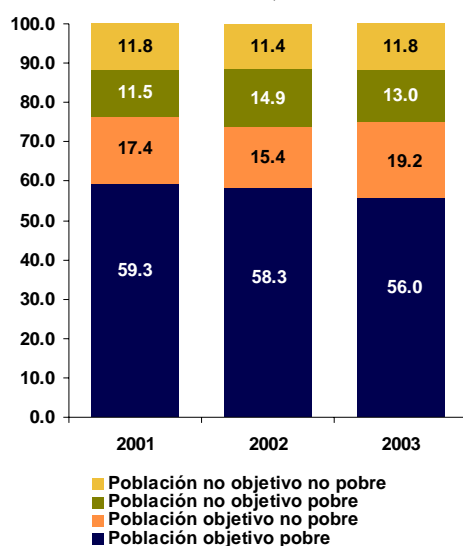
⁶¹ Según información del mismo PRONAA, la asignación de recursos del programa se realiza considerando los niveles de pobreza y los niveles de desnutrición infantil.

Fuera del ámbito del PRONAA, sólo queda el Programa del Vaso de Leche, el cual representó el 47 por ciento del gasto en programas alimentarios y nutricionales durante el 2003. Asimismo, es el único programa que tiene un considerable alcance a nivel nacional, gracias a la presencia de Comités conformados para su administración en la mayoría de distritos del país⁶². La población objetivo del programa son dos grupos: los niños menores de 6 años y las madres gestantes y lactantes; y, en segundo término, los niños entre 7 y 13 años, los ancianos y los enfermos de tuberculosis, los cuales sólo pueden ser atendidos si se llega a cubrir toda la población del primer grupo.

En principio, si bien Stifel y Alderman (2003) señalan que el programa está bien focalizado hacia los distritos pobres y con altos niveles de desnutrición, los mismos autores remarcan que el programa no logra elevar efectivamente el nivel nutricional de la población objetivo⁶³. Lamentablemente, el mismo problema se presenta en el caso de otros programas. Cueto *et al* (2000) no encuentran impacto sobre los niveles de desnutrición en el caso del Programa de Desayunos Escolares, a pesar de que estos sí permitieron una reducción de la anemia y la deserción escolar.

Figura 2.14. Hogares beneficiarios del Vaso de Leche según población objetivo (niños menores de 6 años y madres gestantes y lactantes) y niveles de pobreza, 2001-2003

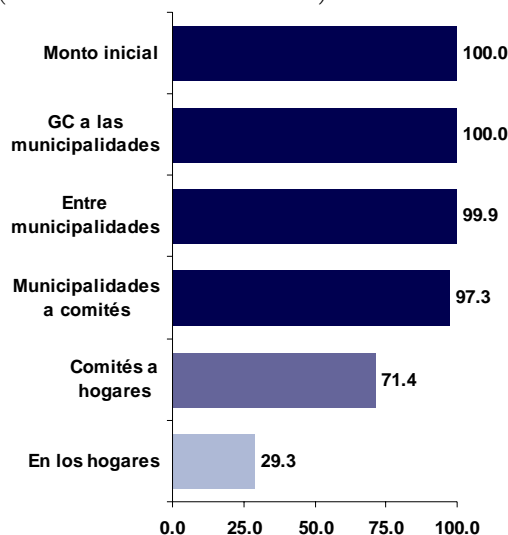
(en % del total de beneficiarios)



Fuente: INEI – ENAHO 2001, 2002, 2003

Figura 2.15. Pérdida de recursos desde la transferencia inicial hasta la población beneficiada por el Programa del Vaso de Leche

(en % de la transferencia inicial)



Fuente: Alcázar et al (2003)

⁶² Según un estudio realizado por Alcázar *et al* (2003), a partir de una muestra representativa encuentra que en el 95% de los distritos existe un Comité del Vaso de Leche.

⁶³ Según estadísticas del CIAS de 1999, el Vaso de Leche es el programa con menor aporte de requerimientos energéticos y proteicos entre los programas alimentarios y nutricionales. Gajate e Inurritegui (2002) encuentran el mismo resultado en otro estudio.

En los últimos tres años, según cifras de la ENAHO, el número de beneficiarios del Programa del Vaso de Leche ha pasado de 3.0 a 3.3 millones. Desgraciadamente, esta mayor cobertura del programa no ha significado una mayor incorporación de la población que supuestamente se debería de favorecer (ver figura 2.14). Si se analiza la distribución de beneficiarios según población objetivo y niveles de pobreza durante los últimos tres años, se encuentra que, del total de hogares que fueron beneficiados por el programa, la participación de aquellos hogares que no tenían miembros que pertenecen a la población objetivo alcanzó un nivel razonable que bordea el 25 por ciento⁶⁴. Respecto de la evolución de los niveles de filtración, se puede afirmar que se ha registrado un deterioro casi imperceptible entre el 2001 y el 2003. Así, la población objetivo pobre pasó como proporción del total de beneficiarios de 59.3 por ciento a 56.0 por ciento en estos últimos tres años⁶⁵.

Más allá de que se esté llegando o no a las familias beneficiarias del programa, otra forma de analizar el problema es ver cuánto dinero se pierde entre la transferencia inicial y lo que finalmente recibe la población objetivo. Alcázar *et al* (2003) realizan un estudio de esta naturaleza, encontrando que, del total de recursos transferidos inicialmente, sólo el 29.3 por ciento llegan a la población objetivo (ver figura 2.15). Ello se debe principalmente a dos “pérdidas en el camino”: las fugas existentes entre los comités del Vaso de Leche y los hogares beneficiados (26 por ciento) a las fugas existentes dentro del mismo hogar (42 por ciento), que son resultado de la distribución de las raciones entre miembros del hogar que no pertenecen a la población objetivo. En este sentido, aproximadamente el 70% de las transferencias estarían llegando a los hogares, lo que significaría una pérdida de recursos de US\$ 30 millones para el caso de este programa⁶⁶.

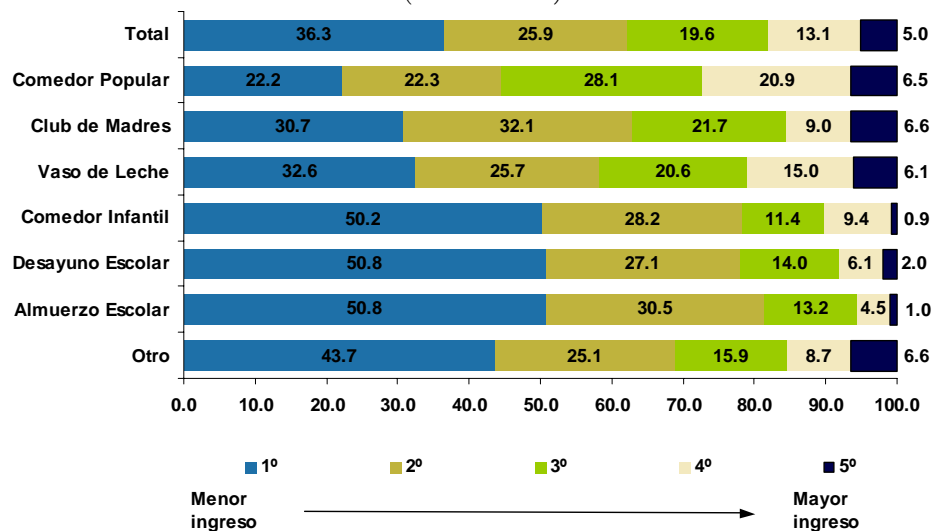
Más allá de los errores de focalización, si se compara la distribución de beneficiarios de los programas alimentarios y nutricionales según quintiles de ingreso, como se observa en la figura 2.16, se puede tener una primera impresión acerca de los programas que presentan mayores necesidades de ser reformulados. De esta forma, el programa que tiene una mayor proporción de beneficiarios con mayores niveles de ingreso es el de Comedores, seguido por el Club de Madres y el Vaso de Leche. Así, un proceso de reformulación de los programas debería de priorizar a este grupo. Por otro lado, los programas que muestran una mejor distribución de beneficiarios, es decir, una mayor proporción de beneficiarios que tienen ingresos bajos, son los destinados exclusivamente a las poblaciones con menor edad, como es el caso de los programas de Desayuno Escolar, Almuerzo Escolar y Comedor Infantil.

⁶⁴ Grosh y Baker (1995) sostienen que 25% es límite máximo de filtración que se puede presentar en un programa para no distorsionar alcance del mismo.

⁶⁵ La comparación de las encuestas no es estrictamente correcta, por cuanto las dos primeras se realizaron durante el 4º trimestre, mientras que la de 2003 se realizó a lo largo de todo el año. Sin embargo, estos resultados pueden dar una señal sobre la tendencia de los niveles de filtración del programa.

⁶⁶ Las transferencias del Vaso de Leche ascendieron en el 2003 a US\$ 100 millones aproximadamente.

Figura 2.16. Beneficiarios de los programas alimentarios según programa y quintiles de ingreso, 2003
(en % del total)



Fuente: INEI – ENAHO 2003

2.3.2 Inversión en infraestructura social y productiva

Las investigaciones realizadas sobre los proyectos de inversión en infraestructura social y productiva muestran un balance positivo. Chacaltana (2001) analiza el impacto de los distintos tipos de programas sociales sobre el ingreso de los hogares y encuentra que sólo en el caso de las inversiones en infraestructura económica y social, en particular en el área rural, se logró una mejora en el bienestar de los hogares⁶⁷. Los resultados de Chacaltana guardan estrecha relación con la investigación de Escobal y Torero (2000), referente a cómo la diversidad geográfica del país puede explicar las diferencias en el gasto per cápita de las regiones. Los autores señalan que “(...) una adecuada dotación de activos públicos y privados permite superar los efectos potencialmente negativos de una geografía adversa”, por lo que inversiones de esta naturaleza pueden afectar positivamente a las poblaciones de menores recursos en zonas rurales.

Sin embargo, la provisión de infraestructura no garantiza, necesariamente, mejoras en el bienestar de la población. Jalan y Ravallion (2002) señalan que la complementariedad entre distintos tipos de infraestructura es necesaria para poder observar incrementos en los niveles de ingreso. En este sentido, Chong *et al* (2003) analizan durante el periodo 1994 - 2000 el efecto que tuvo la provisión de uno o más servicios básicos⁶⁸ en el consumo de los hogares que fueron beneficiados, respecto de los que no tuvieron acceso a estos servicios. Los resultados indican que los hogares que sólo tuvieron acceso a un servicio no registraron un incremento

⁶⁷ Por ejemplo, para el caso del programa de Provías Rural (antes Caminos Rurales), Cuánto (2000) encontró un importante impacto en las condiciones de transporte y en el acceso a servicios básicos, como resultado de la rehabilitación de caminos realizada por el programa. Por otro lado, Escobal y Ponce (2002) estiman que el ingreso per cápita anual de los beneficiarios se incrementó en US\$ 120 en el caso de la rehabilitación de los caminos carrozables.

⁶⁸ Saneamiento, electricidad, agua y telefonía.

del consumo, mientras que los que se beneficiaron con dos o más servicios de manera conjunta, tuvieron un incremento del bienestar cada vez mayor.

Considerando estos resultados, resulta preocupante que, junto con la recuperación económica y la mayor disponibilidad de recursos fiscales de los últimos años, el gobierno no haya priorizado la recuperación de la inversión en este tipo de programas; dejando inalterado el gasto de programas de corte asistencial, como son los de alimentación y nutrición. Más aun, si se toma en cuenta la importancia de la complementariedad en la provisión de infraestructura básica, resulta altamente prioritario el establecimiento de un único fondo de inversión social, como así lo ha reconocido el propio gobierno⁶⁹.

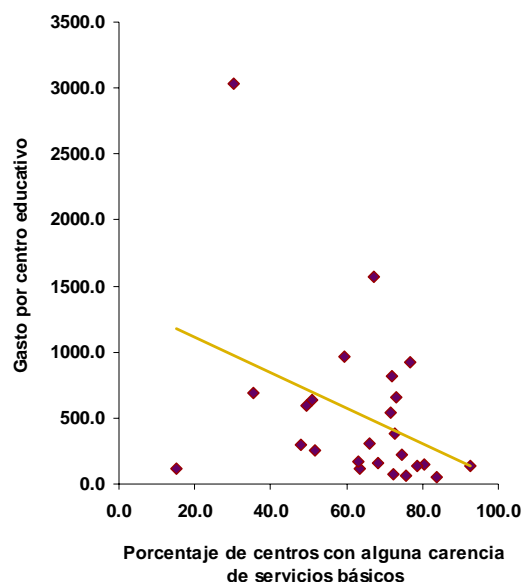
De esta forma, programas con buenos niveles de focalización y niveles de impacto, como es el caso de FONCODES, permitirían un mejor desempeño de otros programas de inversión que todavía presentan deficiencias (como se verá a continuación, recientemente han surgido problemas en la gestión de FONCODES que podrían afectar su desempeño). En este sentido, al igual que en el caso de los programas de nutrición, aún es necesario establecer mejores criterios en la asignación de recursos de ciertos programas. Por ejemplo, como se observa en la figura 2.17 para el caso del INFES, se tiene que la inversión por centro educativo a nivel departamental guarda una relación negativa con el porcentaje de centros educativos que presentan una o más carencias de servicios básicos.

Otro aspecto lamentable que se debe mencionar, como reseña Francke (2004), es el deterioro de la eficiencia de muchos programas sociales respecto del manejo de la década pasada. Así, dos factores parecen explicar este fenómeno. Por un lado, han existido cambios completos de los equipos técnicos que manejaban los programas sociales, bajo el pretexto de relacionar a todos los funcionarios de la década pasada con la corrupción. En segundo término, antes del proceso de elecciones regionales, parece haberse establecido una estrategia de copamiento de los programas por parte de los militantes del partido de gobierno. En este contexto, no resulta sorprendente encontrar que, durante el año 2003, los gastos administrativos de FONCODES en términos absolutos se multiplicaron por cuatro, pasando de representar el 5.4 por ciento del gasto total al 22.2 por ciento (ver figura 2.18), a pesar de que los recursos destinados a este programa han venido disminuyendo durante los últimos años.

⁶⁹ CIAS (2002).

Figura 2.17. Gasto por centro educativo del INFES y porcentaje de centros con alguna carencia de servicios básicos¹, según departamentos, 2003

(en S/. y en % del total de centros)

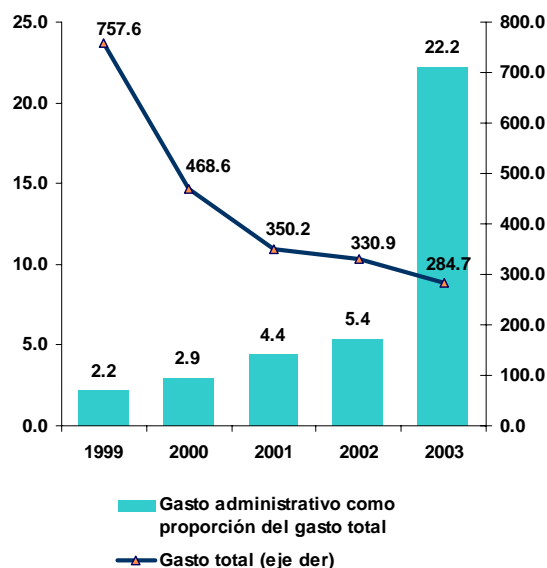


1/ Agua, luz y desagüe.

Fuente: SIAF – MEF, MINEDU

Figura 2.18. Gasto administrativo y total de FONCODES, 1999-2003

(en % del total de gasto y millones de S/.)



Fuente: SIAF – MEF

Dejando de lado estas graves ineficiencias, se debe mencionar la reorientación que ha tenido FONCODES durante los últimos tres años. En principio se debe considerar lo señalado por Francke y Espino (2001), quienes remarcan que los proyectos realizados por este programa durante la década pasada estuvieron orientados básicamente al desarrollo, y no priorizaron criterios relacionados con el objetivo de emergencia o protección social, como lo es la intensidad de la mano de obra de los proyectos. Esta situación ha cambiado con la introducción del programa *A Trabajar Rural*, que financia proyectos intensivos en mano de obra. Si bien no se puede evaluar si estos cambios han ido en la dirección correcta, debido a la inexistencia de evaluaciones al respecto⁷⁰, estudios sobre el programa *A Trabajar Urbano* podrían dar algunas luces de la relevancia que tiene orientar recursos hacia el objetivo de emergencia o protección social, en particular, en contextos con altos niveles de informalidad y bajas tasas de desempleo.

2.3.3 Programas de empleo temporal

La introducción de programas de empleo temporal a fines del año 2001, *A Trabajar Urbano* y *Rural*, respondió a la prolongada recesión que el Perú experimentó entre 1998 y 2001. Así, los programas buscaban transferir temporalmente ingresos a personas pobres en situación de

⁷⁰ Las preguntas que deberían de responderse son dos: (i) si el programa no hubiera existido, ¿los beneficiarios del programa hubieran permanecido desempleados?; (ii) ¿las obras intensivas en mano de obra se constituyen en activos que permiten que los beneficiarios salgan de la condición de pobreza?

desempleo, con el objeto de realizar obras o servicios que fueran útiles a las comunidades más pobres. En el caso de *A Trabajar Urbano*, bajo el ámbito del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, para escoger obras realmente necesarias y no repetir experiencias negativas del pasado⁷¹, el esquema de intervención siguió las líneas generales de los Fondos Sociales, como FONCODES, financiando proyectos intensivos en mano de obra demandados por las mismas localidades. En el caso de *A Trabajar Rural*, bajo el ámbito de FONCODES, se siguió el mismo esquema que los proyectos regulares del programa, pero dando un mayor peso en la elección de los proyectos, a aquellos intensivos en mano de obra.

Otro aspecto recurrente, referente a la administración de los programas sociales durante los últimos años, como en el caso del PRONAA o FONCODES, es el elevado costo administrativo que presentan estos programas. Si bien no existen estadísticas oficiales al respecto para el año 2002, Chacaltana estima que, para el caso de *A Trabajar Urbano*, el costo operativo del programa ascendió al 20 por ciento del presupuesto asignado⁷². Para el año 2003, el gasto en la gestión del programa representó el 19 por ciento del presupuesto ejecutado del programa⁷³.

Al igual que en el caso de FONCODES⁷⁴, *A Trabajar Urbano* utiliza un mecanismo de focalización doble, en principio, seleccionando los distritos más pobres del país a través de un mapa de pobreza elaborado por el MEF y, en segundo término, ofreciendo un salario supuestamente lo suficiente bajo para atraer sólo a los desempleados pobres. En el caso de ambos programas, el salario promedio fijado fue de S/. 300 mensuales, el mismo nivel salarial que utilizaba FONCODES en sus proyectos desde el año 1992. En el caso de *A Trabajar Rural*, estos dos mecanismos de focalización han permitido llegar efectivamente a la población rural pobre, con un nivel de filtración de 9.5 por ciento en el 2002⁷⁵. Las cifras de la ENAHO 2003 muestran que este bajo nivel de filtración se mantiene en un nivel de 9.8 por ciento (ver figura 2.19).

Sin embargo, los resultados de *A Trabajar Urbano* distan largamente de los registrados por el programa implementado en las zonas rurales. Para este caso, tal como se ve en la figura 2.20, los niveles de filtración se triplican y se alcanza una proporción de beneficiarios no pobres de 33.8 por ciento. Esto respondería principalmente a un nivel salarial que parece ser muy alto, lo que atrae al programa a pobres y no pobres⁷⁶. Ello resulta preocupante, si se considera que este

⁷¹ El Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT), implementado entre 1985 y 1987, dejó un saldo claramente negativo.

⁷² El SIAF no brinda estadísticas al respecto para el año 2002.

⁷³ SIAF – MEF.

⁷⁴ Todos los programas de FONCODES siguen este mecanismo de focalización, incluyendo al programa *A Trabajar Rural*.

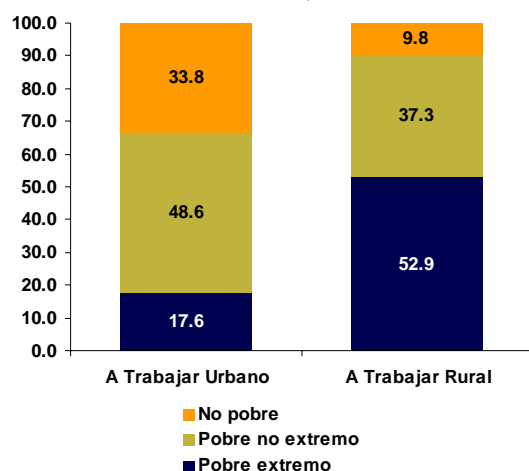
⁷⁵ Pichihua (2002).

⁷⁶ Banco Mundial (2002).

último programa es el que mayores recursos recibe, considerando también que es el que peor resultados muestra.

Figura 2.19. Hogares beneficiarios de los programas A Trabajar Urbano y Rural, según niveles de pobreza, 2003

(en % del total de beneficiarios)



Fuente: INEI – ENAHO 2003

Figura 2.20. Gasto ejecutado por los programas de empleo temporal - A Trabajar Urbano y Rural, 2003

(en % del total de gasto de los dos programas)



Fuente: SIAF – MEF

En relación con las filtraciones existentes del programa *A Trabajar Urbano*, Chacaltana (2003) busca inferir qué hubiera pasado con los ingresos de los beneficiarios del programa si este no se hubiera ejecutado. Los resultados indican que los participantes del programa podrían haber ganado por su cuenta unos S/. 240 si estos no se hubieran visto beneficiados y, conociendo que el salario promedio del programa es de S/. 300, se infiere que el aporte adicional en términos de ingresos alcanza los S/. 60. Este aporte adicional, que representa el 20 por ciento del salario del programa, es relativamente bajo si se toma en cuenta la experiencia de otros países. Utilizando la misma metodología que se aplicó para el estudio de este programa en el Perú, Jalan y Ravallion (1999) encuentran que, para el caso de Argentina, un programa de generación de empleo temporal similar a *A Trabajar Urbano*, presentó una ganancia adicional que alcanzaba el 50 por ciento del salario pagado⁷⁷.

En este sentido, el programa no estaría logrando el objetivo de transferir recursos a jefes de hogar desempleados, puesto que sin éste, los beneficiarios hubieran podido conseguir un trabajo con una remuneración ligeramente inferior. Como remarca Chacaltana, estos resultados no parecen ser sorprendentes en un mercado laboral con altos niveles de informalidad y con una alta probabilidad de estar ocupado, en particular en actividades con una bajísima productividad. Una de las posibles hipótesis detrás de estos resultados sería que los

⁷⁷ El estudio está referido al programa “Trabajar”, el cual fue reemplazado por el programa “Jefes” a inicios del 2002 como respuesta a la crisis desatada a fines del 2001, y se diferencia del primero por la mayor cobertura del mismo y por su carácter universal (no focalizado).

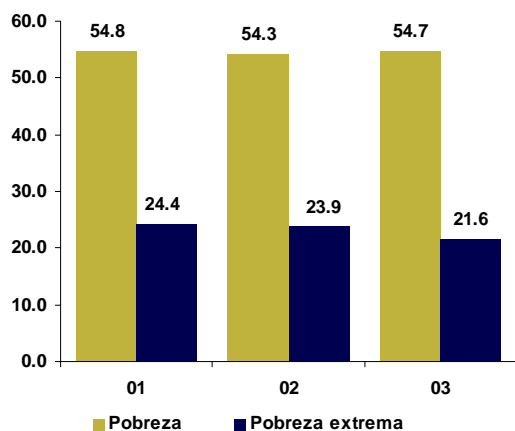
participantes del programa no hayan sido atraídos por el salario pagado, sino por el interés en que la obra se realice. Como señalan otras evaluaciones del programa, las obras ejecutadas representaban una demanda insatisfecha de las localidades, ya que los proyectos ya habían sido gestionados ante otras instituciones sin resultados favorables⁷⁸.

2.4 Niveles de pobreza y comentarios finales sobre programas sociales

En los últimos tres años no se han registrado avances ni retrocesos en relación con los niveles de pobreza. Así, entre el 2001 y el 2003, según los resultados de la ENAHO del cuarto trimestre de cada año, alrededor del 54 por ciento de la población se encuentra en situación de pobreza (ver figura 2.21). Sin embargo, a partir del año 2003, la pobreza se mide a lo largo de todo el año. Así, considerando toda la muestra se puede obtener una estimación más precisa, la cual alcanza el 52.0 por ciento⁷⁹. En este contexto, el crecimiento que la producción viene registrando desde mediados del 2001, no se ha visto reflejado en un importante dinamismo del mercado laboral (ver figura 2.22), hecho que finalmente no ha afectado los niveles de pobreza.

Figura 2.21. Niveles de pobreza y pobreza extrema, 2001-2003

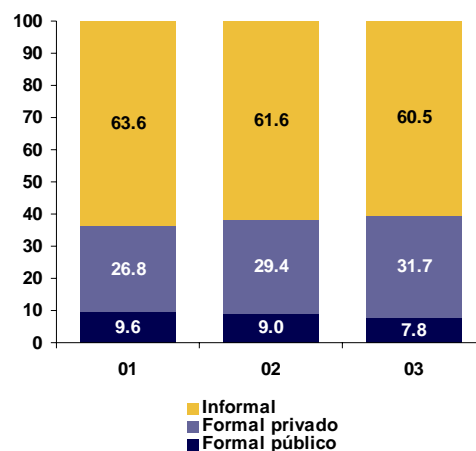
(% respecto del total de población de cada año)



Fuente: ENAHO IV Trim 2001-2003, INEI

Figura 2.22. Distribución de los ocupados según segmento formal e informal en Lima Metropolitana, 2001-2003

(en % respecto del total de ocupados)



Fuente: Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2004)

De la misma forma, tampoco se ha producido algún cambio importante en el manejo de la política social o en los recursos asignados a los programas sociales, de modo que el impacto que estos últimos tienen sobre la población en situación de pobreza no se ha modificado de manera sustancial. No obstante, se debe mencionar que la gestión de muchos programas se ha visto deteriorada. El fuerte incremento de los presupuestos administrativos de los principales

⁷⁸ Lizarzaburu (2003).

⁷⁹ Esta cifra no es comparable con la de años anteriores puesto que abarca todo el año y difiere de los resultados del cuarto trimestre de ese año en casi 3 puntos porcentuales.

programas es un reflejo de lo que algunos han denominado el copamiento de los programas sociales por parte del partido de gobierno.

Sin lugar a dudas, los programas alimentarios y nutricionales son los que presentan una mayor urgencia de ser reformulados. En principio, existen importantes limitaciones en la gestión de estos programas, a pesar del intento de reordenamiento de los mismos. De la misma manera, en el caso del PRONAA, se presentan problemas en la manera de asignar los recursos, en particular en los distritos con mayores índices de desnutrición. También existe una clara divergencia entre los beneficiarios de los programas y las poblaciones a las que supuestamente debían de llegar los alimentos, lo que guarda estrecha relación con el importante déficit que existe en la gestión de los programas. En particular, aún falta mucho por hacer en materia de sistemas de identificación de usuarios, evaluaciones de impacto y mecanismos que permitan a los beneficiarios salir de los programas.

Asimismo, más allá de que no se está llegando adecuadamente a quienes se debería de beneficiar, varios estudios señalan que estos programas no cumplen con el objetivo para el cual fueron creados, es decir, reducir los niveles de desnutrición infantil. Más aun, Chacaltana (2001) al preguntarse si por lo menos estos programas han brindado alguna posibilidad para que los hogares salgan de la condición de pobreza, encuentra un impacto nulo sobre el cambio de ingresos de los beneficiarios. Como lo señalan las investigaciones relacionadas al tema, y el propio gobierno lo reconoce, a pesar de que estos programas cumplen con un rol de protección social, es necesaria una reformulación integral de los mismos que vaya más allá del simple reordenamiento de estos.

En materia de inversión social, no existe un problema serio en lo referente a la focalización de los programas. Más bien, todavía existen deficiencias relacionadas con los criterios de asignación de gasto, así como la necesidad de adoptar un enfoque más integral en materia de inversión social y productiva. Por otro lado, la introducción de programas de empleo temporal ha significado una reorientación del gasto de inversión hacia proyectos intensivos en mano de obra. Así, el programa ejecutado por FONCODES en las zonas rurales muestra que los niveles de filtración son muy bajos, mientras que el programa ejecutado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo muestra un porcentaje de beneficiarios no pobre que supera el 30 por ciento.

En relación con este último programa, *A Trabajar Urbano*, las investigaciones señalan que el aporte de éstos en materia de creación de nuevos ingresos es muy limitado; es decir, sin el programa es muy probable que los beneficiarios hubieran podido conseguir un empleo con una remuneración ligeramente inferior, básicamente como resultado del alto nivel de informalidad del mercado laboral y del bajo nivel de desempleo existente. En este sentido, vale la pena preguntarse si la priorización de proyectos intensivos en mano de obra ha sido

correcta, ya que se han desviado recursos de proyectos que, si bien no presentaban esta característica, tenían una clara orientación hacia el desarrollo.

3 Salud

La drástica disminución del gasto en salud entre 1985 y 1990 llevó al sistema de salud a una situación crítica, donde los recursos solo alcanzaban para cubrir las planillas y los gastos básicos de mantenimiento de los establecimientos de salud. Asimismo, las continuas protestas de los trabajadores del sector salud terminaron por colapsar el sistema, el cual registró en promedio 150 días de paralización al año hacia fines de la década de los ochenta. Aunado a estos problemas, la crisis económica llevó a que las familias también recortaran considerablemente sus gastos en salud, lo cual se vio agravado por la escasez de medicinas en el mercado, originada por las políticas intervencionistas del gobierno en materia comercial y cambiaria.

Por décadas, el sistema de salud en el Perú se ha caracterizado por su importante fragmentación, en un contexto donde operan por separado las instituciones del Estado (MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales; inclusive entre ellas mismas existe una clara fragmentación) y las instituciones del sector privado. En este contexto, el gran prestador de los servicios de salud siempre ha sido el Estado, teniendo que cumplir con la doble misión de asegurar la viabilidad financiera de sus propias instituciones prestadoras y de buscar organizar de mejor manera estos recursos para obtener un máximo impacto en la población. Lamentablemente, el Estado nunca ha podido cumplir eficientemente con estas tareas, lo que ha llevado a la existencia de profundas inequidades en la distribución del gasto en salud.

Así, a continuación se realiza un balance general de algunos de los aspectos relacionados con el sistema de salud, considerando criterios como la eficiencia y la equidad del sistema. En este sentido, algunos temas importantes como el de la salud pública no han sido abordados en este capítulo, debido a la complejidad de los mismos. La primera sección está referida a la situación del sector durante la década pasada, mientras que, en la segunda, se realiza una breve descripción de los principales cambios realizados desde el Gobierno de Transición. En la sección 3.3, se describe la organización del sector, y se realiza un análisis de la situación de los servicios de atención primaria y de los hospitales. En la cuarta sección, se toca el tema del acceso a los servicios de salud, poniendo especial énfasis en el tema de la equidad. El problema del financiamiento del sistema de salud se aborda en la sección 3.5, donde se realiza una breve descripción acerca del establecimiento del *Seguro Integral de Salud*. En la última sección, se presenta los comentarios finales.

3.1 La situación del sector durante los noventa

Durante los primeros años de la década de los noventa la situación de crisis se mantuvo en medio de una epidemia de cólera que afectó a más de 200 mil personas en un año y en un contexto de importantes restricciones fiscales. Hacia 1994 se estableció una serie de programas

en áreas consideradas como prioritarias con el objeto de mejorar la calidad del gasto público. Uno de éstos fue el *Programa de Salud Básica para Todos*, diseñado para asegurar la provisión de un conjunto de intervenciones básicas en los establecimientos de primer nivel de atención, buscando alcanzar el mayor impacto social a través de actividades de baja complejidad⁸⁰.

De la misma forma, se implementó otros programas destinados a atender aspectos específicos, en particular en el área materno infantil, de enfermedades transmisibles y planificación familiar. Estas necesidades no podían ser cubiertas con recursos ordinarios del presupuesto, ya que la rigidez del mismo impedía una rápida reorientación de recursos. En este contexto, existían importantes inequidades del gasto en salud, las cuales fueron parcialmente disminuidas con la implementación de estos programas. En este sentido, Portocarrero Grados (2000) señala que los recursos ordinarios del MINSA mostraban una clara relación inversa entre las asignaciones y el nivel de pobreza⁸¹. Por ello, los nuevos programas, como el *Programa de Salud Básica para Todos*, utilizaron mecanismos de focalización para llegar a las poblaciones menos atendidas y más vulnerables.

Asimismo, la política del sector también dio especial importancia a la mejora de la infraestructura física y equipamiento básico, especialmente de los centros de atención primaria. En 1991, más del 50 por ciento del total de establecimientos de salud básica no funcionaba, mientras que los que sí estaban operativos presentaban serias deficiencias⁸². La recuperación de la inversión pública, tras el colapso de finales de la década de los ochenta, permitió que entre 1992 y 1996 el número de distritos que no disponían de ningún servicio de salud pasara de 350 (19.4 por ciento del total de distritos en el país) a 25 (1.3 por ciento del total de distritos)⁸³. De la misma forma, los resultados en términos de cobertura de atención básica mejoraron sustancialmente, pasando de cerca de 6 millones de usuarios efectivos en 1995 a 12 millones en 1998.

Junto con la expansión de los establecimientos y la cobertura, en 1994 el MINSA también fomentó, a través del *Programa de Administración Compartida* (PAC), la creación de los *Comités Locales de Administración de Salud* (CLAS), asociaciones privadas sin fines de lucro constituidas con representantes de la comunidad, las cuales se encargan de sustituir al Estado en la gestión y administración de los centros y puestos de salud básicos, manteniendo el Estado el rol de financiamiento. La introducción de los CLAS produjo, entre otros resultados, notables mejoras en términos de calidad y equidad en los establecimientos de salud administrados por la comunidad, respecto de los que se mantuvieron bajo el control del MINSA.

⁸⁰ La crítica situación de los servicios de atención primaria se reflejaba altas tasas de mortalidad materna y de niños menores de un año, las cuales se encontraban entre las más altas de América Latina.

⁸¹ Medida a través del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual es reseñado en el capítulo de Programas Sociales.

⁸² Ortiz de Zevallos *et al.* (1999).

⁸³ Ricse (2000).

En relación con los intentos de reforma del sector, hacia 1996 estos se iniciaron con la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, inspirada en los modelos chileno y colombiano, cuyo objetivo era romper con el monopolio de las prestaciones de salud por parte del *Instituto Peruano de Seguridad Social* (IPSS), hoy ESSALUD. A través de esta ley, se introdujo competencia en el mercado, permitiendo la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud. Esta participación se dio a través de las *Entidades Prestadoras de Salud* – EPS, entidades encargadas de la prestación de servicios de capa simple⁸⁴. Estas recibían una parte del aporte que realizan los empleadores a IPSS, en caso que los trabajadores optaran por afiliarse a una EPS⁸⁵. Con esta reforma se buscó el descongestionando del IPSS, permitiendo que esta institución se especialice en la atención de la capa compleja de servicios⁸⁶. Adicionalmente, se creó la *Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud* (SEPS), la cual tiene como finalidad autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS⁸⁷. Por otro lado, la red hospitalaria del MINSA se reservó para atender de manera subsidiada a la población pobre.

Un año más tarde se dio la Ley General de Salud, la cual establecía dos principios básicos: (i) el primero era la focalización de recursos en los sectores más pobres, considerando el criterio de costo-efectividad; y, (ii) el subsidio a la demanda y no la oferta del servicio. En relación con el primer lineamiento, dada la escasez de recursos, se busca la priorización de la atención de los problemas de salud que tengan un mayor beneficio y un menor costo. Por otro lado, el sistema de subsidio a la demanda buscaba acabar con el sistema presupuestario existente, que básicamente financiaba los costos operativos de los establecimientos (los cuales se establecían en función de los presupuestos anteriores), sin considerar aspectos básicos como el número de personas atendidas. En este sentido, mediante el subsidio a la demanda, el Estado debía de realizar una asignación per cápita de los recursos, calculada sobre la base de un paquete básico de atenciones. Este sistema permitiría destinar recursos públicos exclusivamente a los pobres e introducir incentivos en el sistema para lograr mejoras de eficiencia y productividad.

En 1997 también se creó el *Programa de Administración de Acuerdos de Gestión* (PAAG), a través del cual cinco hospitales de Lima y cinco redes de servicios en provincias firmaron este tipo de convenios con el ministerio. Un año más tarde, fueron incorporados al PAAG dos programas

⁸⁴ La capa simple está conformada por el conjunto de intervenciones de salud que presentan una mayor frecuencia y menor complejidad. Estas pueden ser prestadas por el ESSALUD o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS.

⁸⁵ El aporte de los empleadores a la seguridad social asciende a 9% del salario. En este sentido, en caso de que un trabajador se afilie a una EPS, esta recibiría un 2.25% del salario, mientras que ESSALUD seguiría recibiendo el resto del aporte, es decir, 6.75%. En caso de no optar por una EPS, ESSALUD seguía recibiendo el 9% y debía de realizar las atenciones de la capa simple y la capa compleja.

⁸⁶ La capa compleja está conformada por el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en la capa simple. Están a cargo de ESSALUD.

⁸⁷ La regulación de las EPSs es necesaria para evitar que se presenten problemas relacionados con la selección de riesgo (que las EPSs solo aseguren a los sanos o jóvenes), o con la calidad de los servicios, cuya complejidad y dificultad hacen que su evaluación sea muy difícil para los consumidores.

anteriormente creados: el *Programa de Salud Básica para Todos* y el PAC (CLAS). En principio, los acuerdos de gestión tienen como objetivo que los propios hospitales realicen una mejor asignación de sus recursos, mejorando la calidad de los servicios. Esta mejor asignación se daría por la mayor autonomía que se les brindaría a los establecimientos, la cual estaría orientada hacia el cumplimiento de ciertas metas establecidas por el ministerio en el acuerdo. Lamentablemente este plan piloto fracasó, ya que no se logró cambiar la estructura administrativa de los hospitales porque, en la práctica, los “directorios de gestión” no gozaban de la suficiente autonomía para realizar cambios importantes, en un contexto de fuertes intereses creados para mantener la estructura vigente.

Finalmente, en relación con los lineamientos de la Ley General de Salud, el sistema de subsidio a la demanda nunca fue implementado. Por ello, el MINSA tuvo que optar por otros mecanismos de focalización, como los seguros de salud dirigidos a dos poblaciones objetivo: el *Seguro Escolar Gratuito* (SEG) y el *Seguro Materno Infantil* (SMI). El primero llegó a cubrir la prestación de servicios de salud y medicamentos gratuitos de casi 6 millones de alumnos de centros y programas educativos estatales con edades entre 3 y 17 años; mientras que el segundo llegó a tener 300 mil afiliados y realizó 1 millón de prestaciones hasta fines de la década pasada, atendiendo a madres gestantes y niños de hasta 4 años en situación de pobreza⁸⁸.

3.1.1 Resultados de una reforma incompleta

Los esfuerzos de reforma durante los noventa tuvieron resultados parcialmente positivos, a pesar de que éstos no se concretaron en una reforma integral del sistema de salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 64 por cada mil nacidos en 1991/1992 a 43 por cada mil en el año 2000; mientras que el porcentaje de la población enferma que accedió a una consulta pasó del 16 por ciento en 1994 al 47.5 por ciento en el 2000. Estos avances se dieron gracias a una mayor asignación de recursos, la que se canalizó principalmente a través de distintos programas focalizados. Del mismo modo, se alcanzó mayores niveles de acceso gracias a una importante expansión de los establecimientos de salud.

La creación de distintos programas de salud para atender necesidades específicas, si bien permitió una mejora de las poblaciones más vulnerables, no contó con un nivel adecuado de articulación. En este sentido, se produjeron graves ineficiencias como resultado del nivel de fragmentación existente. Por ejemplo, cada programa estableció sus propios formatos de información, paralelos al sistema de información nacional, originando que los establecimientos de salud pierdan mucho tiempo en el registro de información (casi un tercio del tiempo de los prestadores de servicios⁸⁹). Por otro lado, tampoco existía una centralización de las compras, por lo que se perdía poder de negociación y no se podía alcanzar ahorros importantes.

⁸⁸ Guzmán (2003).

⁸⁹ Grupo Bioingeniería y Telemedicina (1997).

Por otro lado, la incapacidad del Estado para llevar a cabo una reforma integral del sistema de salud terminó distorsionando los resultados de algunos aspectos de la reforma. En relación con la participación privada en la provisión de servicios, el crecimiento del mercado de las EPS se ha visto estancado por los altos niveles de informalidad de la economía, la limitada capacidad de pago de las familias, el bajo nivel de aporte de las planillas⁹⁰ y la competencia desleal que representan ESSALUD y el MINSA. El caso de la competencia desleal del ministerio es particularmente grave, ya que, al no existir un sistema de identificación de usuarios correcto, aquellos que tienen capacidad de pago se ven desincentivados a invertir en seguros por cuanto el MINSA se constituye en un seguro implícito para estas personas.

Otros aspectos donde se vio reflejado el truncamiento de la reforma fueron el caso de los CLAS y de los acuerdos de gestión de algunos hospitales del MINSA. En relación con los primeros, Altobelli (2000) señala que, hacia 1998, surgió una disyuntiva en el gobierno respecto de la continuidad de este modelo de gestión de los centros y puestos, hecho que se vio reflejado en la limitada expansión de los CLAS. Así, mientras que otros programas como el *Programa de Salud Básica para Todos* fueron implementados en las 34 *Direcciones Regionales de Salud* (DISAS) existentes, los CLAS sólo existían en 26 de éstas. Como ya se ha mencionado, los alcances logrados por los acuerdos de gestión implementados en cinco hospitales de Lima se vieron truncados porque en la práctica estos no tuvieron la suficiente autonomía, llegándose incluso a situaciones absurdas, como que los directorios de gestión de estos hospitales fueran sometidos a acciones de inspección ministerial por el intento de cambiar las estructuras organizativas⁹¹.

De la misma forma, la falta de rectoría del MINSA hizo que algunos lineamientos de la reforma terminaran siendo perjudiciales para los más pobres. Con la excepción del SMI, el SEG y algunos programas, el establecimiento de una política de co-financiamiento público privado de la atención, llevó al cobro de tarifas por los servicios públicos de salud. Este hecho permitió un incremento de los recursos propios como proporción del total del financiamiento, del 6 por ciento en 1990 al 17 por ciento en el año 2000. Sin embargo, la incapacidad del Estado para focalizar los recursos a través de un sistema de identificación de usuarios, así como la falta de una política en materia tarifaria o de exoneraciones, llevaron a fuertes inequidades en la asignación de subsidios, que finalmente se constituyeron en barreras económicas para el acceso de los pobres a los servicios de salud.

Así, por ejemplo, los hospitales del MINSA destinaron más del 48 por ciento del total de subsidios a los dos cuartiles de ingreso más alto, mientras que el cuartil más pobre recibió solo

⁹⁰ Mientras el aporte en el Perú es de 2.25%, en Chile es de 7% y en Colombia de 12%.

⁹¹ Arroyo (2001).

el 20 por ciento de los subsidios⁹². Asimismo, Francke (1998) señala que la discrecionalidad de los hospitales en la fijación de tarifas llevó a que una bota de yeso pudiera costar entre S/. 4 y S/. 150; mientras que una operación de apendicitis tuviera un costo que fluctuaba entre S/. 250 y S/. 420, siendo este último costo el correspondiente al hospital de Andahuaylas, Apurímac, una de las regiones con mayores índices de pobreza. Evidentemente, la variabilidad de estos costos se constituía en una clara barrera económica para el acceso de servicios de salud, que tampoco estuvo compensada por una política adecuada de exoneraciones. Existían regiones con políticas de exoneraciones completas como Huaraz y otras con proporciones altas de establecimientos que nunca exoneraban, como es el caso de Ica y Ayacucho.

3.2 Un nuevo intento por modificar el sistema de salud

Durante el Gobierno de Transición se conformó una Comisión Técnica Multisectorial de Salud que planteó los lineamientos de reforma del sector, de modo que el gobierno entrante pudiera implementarlos⁹³. En principio, se reconocía el grave problema que representaba la fragmentación del sistema, con cuatro subsistemas que no interactuaban entre sí: el MINSA, ESSALUD, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y el sector privado. El planteamiento de reforma estaba en línea con la Ley de Salud establecida en 1997, donde se buscaba establecer un sistema de financiamiento de la demanda y no de la oferta. Para ello, se planteaba una separación clara de funciones dentro del sistema: rectoría, financiamiento, provisión y regulación de servicios.

En este caso, el MINSA ya no se dedicaría al financiamiento y a la producción de los servicios de salud, sino que tendría un rol de conductor de las políticas de salud. De otro lado, existiría una única institución que se dedicaría al financiamiento del sistema, así como muchos proveedores que competirían entre sí, articulados en redes a lo largo de todo el país. De esta forma, la competencia entre proveedores se daría para captar usuarios/afiliados y poder recibir una asignación per cápita que realizaría esta única institución encargada del financiamiento. Al existir esta separación entre financiamiento y provisión, los usuarios del sistema podrían elegir los establecimientos en los cuales atenderse, obligando a éstos a realizar acciones para elevar la calidad y poder retener a sus usuarios. Asimismo, habría una entidad reguladora de la provisión de servicios, tanto pública como privada.

Además de este planteamiento de reforma, se debe resaltar que durante el Gobierno de Transición se determinó la fusión de los seguros de salud creados en los noventa, el SEG y el SMI, con el objeto de evitar duplicaciones y coberturas cruzadas de estos dos sistemas, así como lograr ganancias de eficiencia que se verían traducidas en la ampliación de algunas coberturas específicas. El nuevo seguro, denominado *Seguro Público de Salud* (SPS), consideraba

⁹² Pollarolo (2000).

⁹³ MEF (2002).

no sólo a los escolares, sino a todos los niños y adolescentes entre 0 y 17 años. De esta manera, el seguro cubriría a los jóvenes más pobres, que son justamente los que no asisten al colegio, los cuales no podían acceder al SEG. A diferencia del SMI, el SPS incluía, además de las atenciones de embarazo, parto y puerperio⁹⁴, otras relacionadas con la salud reproductiva, como por ejemplo la planificación familiar. Finalmente, este nuevo seguro permitía la atención de las emergencias quirúrgicas más comunes según un listado, manteniendo las consideraciones presupuestales y estableciendo que ciertas poblaciones fueran parcialmente subsidiadas⁹⁵.

3.2.1 La inacción del Estado y retrocesos recientes

A pesar de que el nuevo gobierno continuó las acciones del Gobierno de Transición en materia del reordenamiento de los programas de salud, se dejó de lado la propuesta de reforma del sistema de salud y se modificó el SPS, para dar paso al *Seguro Integral de Salud* (SIS), en un contexto donde el proceso de descentralización emprendido ya viene afectando de manera directa al sector salud. En relación con el reordenamiento de los programas, el nuevo modelo de atención implica que estos estén en función de las diversas etapas de la vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor⁹⁶. Lamentablemente, las modificaciones emprendidas están orientadas a dejar de lado cualquier posibilidad de separación de funciones, manteniendo el MINSA su rol de prestador de estos servicios.

Con el inicio del proceso de descentralización se ha iniciado la transferencia de recursos a los Gobiernos Regionales, a pesar de que se tenía planificado que educación y salud serían los últimos sectores en ser transferidos⁹⁷. En este contexto, se creó el *Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud* (SNCDS), organismo de coordinación que busca alcanzar una articulación de las políticas, los subsistemas y la normatividad de los cuatro subsistemas existentes. De la misma forma, este planteamiento refleja la nula predisposición del gobierno por la integración de los sistemas públicos, así como por el necesario cambio global en el sistema de salud. Lo que se ha esbozado, es una propuesta de sesgo estatista por parte del MINSA, que plantea lograr un aseguramiento universal a través de la provisión de servicios realizados por el Estado.

Como parte del SNCDS, se creó el Consejo Nacional de Salud, 16 Consejos Regionales y algunos Consejos Provinciales de Salud, con el fin de alcanzar un nivel adecuado de participación de la sociedad civil. Sin embargo, el balance de la participación en los consejos creados señala que ésta ha sido reducida, incluso llegando a ser hostilizada por los ministros de

⁹⁴ Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

⁹⁵ Guzmán (2003).

⁹⁶ En los dos primeros años de gestión, junto con esta reorganización de los programas, ha existido un debilitamiento en el control de enfermedades como la tuberculosis y la malaria. De la misma forma, una política claramente conservadora ha llevado al retroceso de las políticas en materia de planificación familiar y salud reproductiva.

⁹⁷ Durante el 2003 los Gobiernos Regionales ejecutaron el 32% del gasto en Salud Individual y Colectiva.

salud⁹⁸. La conformación del Consejo Nacional de Salud presenta una pequeña participación de la sociedad civil en comparación con otros sistemas similares de la región, hecho que ha sido duramente criticado desde las instancias de la sociedad civil. En el marco de la II Conferencia Nacional de Salud (agosto 2004), se remarca que “(...) *se genera una contradicción pues el Estado se propone financiar y/o proveer servicios que democratizan el acceso a la población, pero se deja en un segundo plano el segundo tipo de democratización* (haciendo referencia a la centralización de la toma de decisiones por parte del ministerio). *El supuesto atrás es que se puede “dar” la salud a “receptores” pasivos, que se puede transferir la salud como un bien, desde la oferta hacia los usuarios*”⁹⁹.

Finalmente, junto con esta propuesta del gobierno de seguir financiando la oferta de los servicios de salud (continuar asignando recursos sobre la base de presupuestos históricos), se planteó una modificación del principal sistema de financiamiento de demanda, el seguro estatal. El problema con el nuevo seguro (SIS) es que distorsionó los lineamientos su predecesor (SPS), al ampliar, sin sustento técnico¹⁰⁰, la población beneficiaria y el paquete de beneficios, dejando de lado los principios de focalización y costo efectividad. Además, diversos problemas presupuestales, así como problemas de gestión, han llevado a una situación de desabastecimiento de medicinas en muchas zonas del país, que ha implicado que el SIS no funcione de manera correcta en la práctica¹⁰¹. De esta forma, se esperaba que la cobertura de este seguro alcance los 13.6 millones de personas al 2006. Sin embargo, los resultados en materia de afiliación no han sido los esperados. Luego de casi tres años de su implementación, a mediados de 2004, según las estadísticas del SIS (otras fuentes no señalan lo mismo), se ha logrado afiliar a 7.6 millones de personas, es decir, solamente 1.1 millones más de lo que el SEG alcanzó durante los noventa¹⁰².

3.3 La organización del sector

Como se ha señalado, el sector se encuentra fragmentado en cuatro subsistemas: el MINSA, ESSALUD, las Fuerzas Armadas y Policiales y el sector privado. ESSALUD atiende a los trabajadores del sector formal y sus familiares directos; las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y familiares; el subsector privado atiende básicamente a las poblaciones de ingresos medios y altos de las principales ciudades; mientras que el MINSA atiende, mayoritariamente, a la población en situación de pobreza, los cuales se espera sean cubiertos por el SIS en el mediano plazo.

En relación con los cambios recientes en el sector, se debe mencionar que, con el inicio del proceso de descentralización, los nuevos Gobiernos Regionales han recibido los activos y las

⁹⁸ Castro (2004).

⁹⁹ ForoSalud (2004).

¹⁰⁰ Vera (2003).

¹⁰¹ Francke (2004).

¹⁰² Según cifras de la ENAHO 2001, el total de afiliados al SEG en el 2001 alcanzó los 6.5 millones.

competencias de lo que eran los CTARs. Por ello, hoy las 34 *Direcciones Regionales de Salud* (DISAS) tienen sus presupuestos bajo el ámbito y la responsabilidad de las Gerencias Sociales de los Gobiernos Regionales, sin embargo, aún mantienen la dependencia del MINSA. Estas tienen como funciones la autoridad y control sanitario, así como la dirección de la ejecución de las acciones realizadas por los hospitales y establecimientos de salud. En este sentido, en la práctica, gran parte de los servicios de salud ya ha sido descentralizado.

Por otro lado, se debe señalar que debido a la heterogeneidad de las necesidades de salud, se han definido cuatro niveles de atención en el país, los cuales corresponden a la complejidad de las intervenciones y al tipo de establecimientos donde estas se realizan: (i) el primer nivel de atención brinda servicios de salud a través de actividades específicas de promoción y prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las necesidades más frecuentes, realizándose en los centros y puestos de salud a nivel nacional; (ii) el segundo nivel está a cargo de los hospitales locales, donde se realizan consultas especializadas y atenciones de salud de complejidad intermedia; (iii) el tercero corresponde a los hospitales generales, donde estos tienen recursos más sofisticados en materia de laboratorio, diagnóstico y cirugía; (iv) el último nivel corresponde a institutos u hospitales especializados, donde se atienden casos de extrema complejidad¹⁰³.

Durante la década pasada, junto con el importante crecimiento de los establecimientos de salud, así como con la mayor autonomía que éstos recibieron en la gestión, se comenzaron a presentar problemas de duplicación y subutilización de recursos, resultantes de la complementariedad de los servicios de salud entre establecimientos de distintos niveles de complejidad. En este sentido, un problema que se presentaba, y que no ha sido superado, es que los hospitales compiten con los centros y puestos de salud en la provisión de servicios de atención primaria, generándose importantes ineficiencias (por ejemplo, una persona con resfriado no debería de atenderse en hospital). Así, en 1999, un 42 por ciento de la atención ambulatoria era brindada por los hospitales, a pesar de la fuerte expansión de los centros y puestos de salud.

Por ello, a partir de 1998 se inició la implementación de Redes de Establecimientos y Servicios de Salud, con el objeto de lograr una mejor organización de los recursos y asegurar la provisión de un conjunto de atenciones básicas de diferentes niveles de complejidad. Sin embargo, la falta de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia¹⁰⁴, aun constituye un importante

¹⁰³ PHRplus (2004).

¹⁰⁴ Un sistema de referencia y contrarreferencia es una herramienta que permite poner a disposición de los trabajadores de salud una serie de criterios y procedimientos homogéneos; que buscar destinar, de manera eficiente, los pacientes hacia los establecimientos adecuados. Cuando se hace mención a la referencia, esta corresponde a una situación en la que el establecimiento de salud deriva un caso a un establecimiento de mayor nivel de complejidad; mientras que en el caso de la contrarreferencia, ocurre lo inverso (derivar un paciente de un establecimiento de mayor nivel de complejidad a uno de menor).

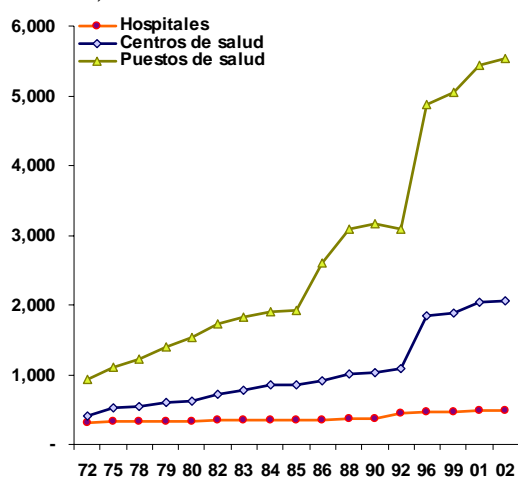
limitante para que se logre una adecuada integración entre los establecimientos de las redes. Así, en la actualidad existen 112 Redes.

3.3.1 Los servicios de atención primaria

Según estadísticas oficiales del MINSA, al año 2002 existían 6,594 centros y puestos de salud (1,179 y 5,415 respectivamente). Respecto del año 1990, el número de puestos de salud se ha duplicado; mientras que, en el caso de los centros, se ha registrado un incremento del orden del 40% (ver figura 3.1). A pesar de este importante incremento de los centros y puestos de salud, es importante señalar que éstos solamente poseen atención médica elemental, hecho que limita el acceso de la población a servicios especializados de salud. En este sentido, los puestos y centros de salud son clasificados según su complejidad, existiendo dos niveles para cada uno. Para el caso del primer nivel de puestos de salud (tipo I), éstos sólo cuentan con enfermera, obstetriz y dos técnicos de enfermería. La presencia del médico, odontólogo u otros es ambulatoria y depende básicamente de los recursos con los que cuente el puesto de salud.

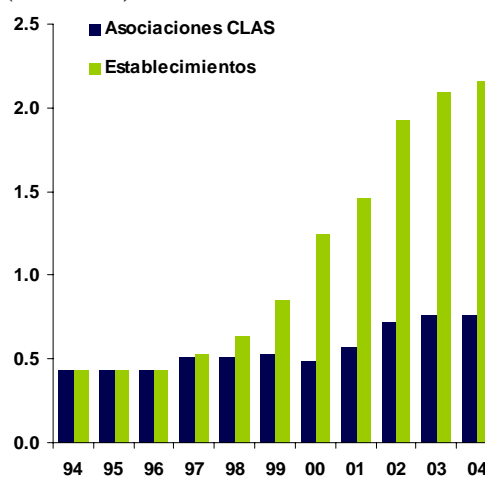
Los puestos de salud tipo II sí deberían de contar con un médico y odontólogo, a diferencia del primer caso; sin embargo, éstos no tienen camas de internamiento, centro obstétrico y/o quirúrgico, estando estos disponibles sólo en los centros de salud tipo II (lo de mayor complejidad). Los centros de salud, ya sean tipo I u II, sólo se encuentran localizados en capitales de distrito, provincia o polos de desarrollo. En la práctica, el ordenamiento y las características señaladas raramente se cumplen, ante la carencia de recursos humanos, equipos e insumos. Las diferencias son marcadas, si se considera que un puesto debe cubrir una población entre 3 y 5 mil personas, mientras que los centros tienen bajo su responsabilidad una población de hasta 15 mil habitantes (Guzmán 2001).

Figura 3.1. Establecimientos de salud por tipo, 1972-2002
(en número)



Fuente: Ministerio de Salud

Figura 3.2. Número de Asociaciones CLAS y establecimientos incorporados al PAC
(en número)



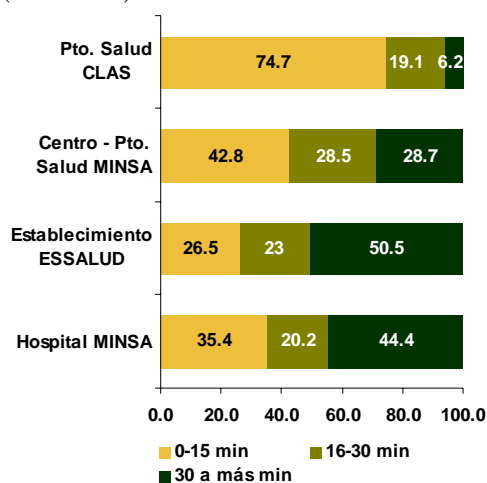
Fuente: Ministerio de Salud

Por otro lado, en relación con la gestión de los establecimientos de salud de atención primaria, durante los últimos diez años se ha adoptado de manera creciente el exitoso modelo de administración compartida, a través de la constitución de los CLAS (ver figura 3.2 y recuadro 3.1). A julio del 2004, este modelo funciona a nivel nacional en las 34 DISAS del país. Como se mencionó, el crecimiento del programa fue lento en un principio, pero a partir de 1999 el crecimiento de los CLAS se aceleró. Así, existen 764 Asociaciones CLAS que administran 2,155 establecimientos de salud del primer nivel de atención; es decir, casi un 30 por ciento del total de centros y puestos existentes. En algunos departamentos como Arequipa, Tacna y Moquegua la modalidad de cogestión está en el 100 por ciento de los establecimientos de salud. Asimismo, su ámbito de acción les permite cubrir una población cercana a los 7 millones.

Recuadro 3.1. Participación de la comunidad y autonomía en la gestión: el caso de los CLAS

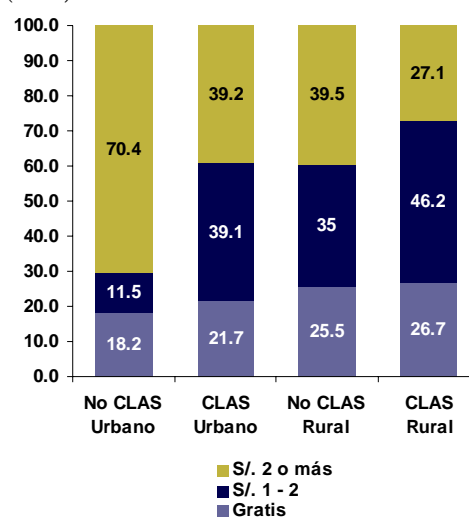
Las Asociaciones CLAS (*Comunidad Local de Administración de Salud*), antes *Comité Local de Administración de Salud*, fueron constituidas a mediados de la década pasada como un nuevo modelo de financiamiento y gestión del primer nivel de atención de salud, basado en la participación y vigilancia de la comunidad. Con la creación del *Programa de Administración Compartida* (PAC), se partió bajo el supuesto de que la gestión de los centros y puestos de salud funcionarían de mejor manera si los miembros de la comunidad se organizaban para administrar los fondos del establecimiento (contratar al personal y también manejar recursos propios), regidos bajo el ámbito de la ley privada. Y efectivamente, los CLAS han demostrado tener una mejor gestión que los establecimientos de salud administrados por el MINSA, tanto en términos de equidad en la asignación de recursos, como en la mejora en la calidad del servicio.

Figura 3.3. Tiempos de espera para la atención de salud
(en minutos)



Fuente: Cortez (1998)

Figura 3.4. Costo de consulta en áreas urbanas fuera de Lima/Callao y rurales
(en %)



Fuente: Altobelli (2002)

Para la conformación de una Asociación CLAS, se requiere de la participación de seis miembros de la comunidad, los cuales usualmente están relacionados con labores de salud o nutrición, y del médico jefe del establecimiento de salud, el cual a su vez se constituye en el gerente del CLAS. Estos siete miembros registran la Asociación CLAS en registros públicos, como una entidad privada sin fines de lucro con personería jurídica y que se rige bajo la ley privada. En este contexto, se firma un Contrato de Administración Compartida entre los CLAS y las Direcciones Regionales de Salud, donde se plasma el compromiso por parte del CLAS de ejecutar un Programa de Salud Local, así como un plan

Recuadro 3.1. Participación de la comunidad y autonomía en la gestión: el caso de los CLAS

operativo anual. Por otro lado, el Estado se encarga del financiamiento de los CLAS, asignando recursos para el pago del personal, servicios públicos, impuestos y bienes y servicios (Altobelli 2002).

En relación con el éxito del programa, distintos estudios realizados por el MINSA señalan que no necesariamente existe una estrecha relación entre la participación de la comunidad en la planificación de los servicios y el modelo de gestión del establecimiento de salud, es decir, sea un establecimiento del MINSA o uno administrado por una Asociación CLAS (Arroyo 2001). En el mismo sentido, Cortez (1998) señala que se trata de una “participación fría”, que básicamente involucraba a los líderes de la comunidad y no a los miembros de la misma. Por ejemplo, estudios realizados sobre los CLAS muestran que más del 90 por ciento de los pobladores de las comunidades con CLAS no sabían quiénes eran los representantes de la comunidad en los CLAS. Considerando estos aspectos, es lógico pensar que existen distintos niveles de participación efectiva de la comunidad, los cuales dependen de la representatividad de los líderes comunales, de la capacidad gerencial de los miembros del CLAS, del compromiso de estos con la comunidad, entre otros.

Considerando las diferencias existentes entre lo que es la participación efectiva de la comunidad, otros factores que sí son comunes a los CLAS, como la autonomía en la gestión, tendrían especial relevancia en el éxito de los CLAS para brindar servicios de mayor calidad (menores tiempo para acceder a consulta). Otro de los resultados positivos del CLAS, como la asignación más equitativa de los subsidios (menores tarifas y mejor identificación de usuarios), además de ser resultado de una mejor gestión, estaría más ligado a una mayor participación de la comunidad; en especial, en el caso de poder identificar de manera precisa quiénes son aquellos que requieren en mayor medida de tarifas subsidiadas. En este sentido, se debe entender que la participación de la comunidad es un factor importante en la consecución de los resultados positivos de los CLAS, sin embargo, no se le puede atribuir el éxito del modelo exclusivamente a este factor, como usualmente se cree.

3.3.2 Los servicios hospitalarios

A diferencia de los centros y puestos de salud, desde inicios de la década pasada, el número de hospitales del MINSA ha mostrado un aumento moderado (pasó de 130 hospitales en 1990 a 138 en el 2002 - ver figura 3.5). Sin embargo, un aspecto donde no ha ocurrido lo mismo es en el número de atenciones realizadas por establecimientos. Así, mientras que los centros y puestos de salud incrementaron sus consultas entre 1985 y 1999, en 6 y 41 por ciento respectivamente, los hospitales lo hicieron en 150 por ciento (ver figura 3.6). Este resultado constituye un indicio de que los centros de atención primaria (centros y puestos de salud) estarían cubriendo las necesidades de la población hasta cierto nivel, pero que existe una demanda creciente de atenciones en hospitales.

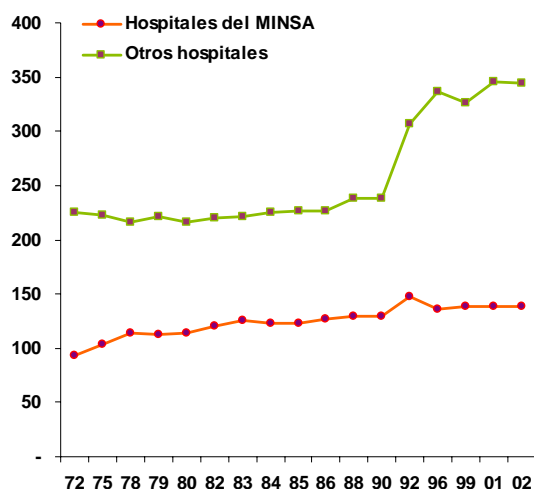
En principio, un factor importante que explica la creciente utilización de los servicios hospitalarios es el proceso de transición epidemiológica¹⁰⁵. Alarcón (2002) señala que la reducción de la tasa de mortalidad infantil junto con el proceso de concentración urbana está originando que la carga de enfermedades se concentre en las personas en edad reproductiva (25-45 años), las cuales demandan atenciones más complejas, como enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. En este sentido, las autoridades deberán de

¹⁰⁵ Este proceso está referido al cambio en el perfil epidemiológico. Este último se define como “(...) la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población y cuya descripción requiere la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida” (Alarcón 2002).

enfrentar este problema creciente durante los próximos años, sin que ello signifique que se deje de lado la atención materno infantil.

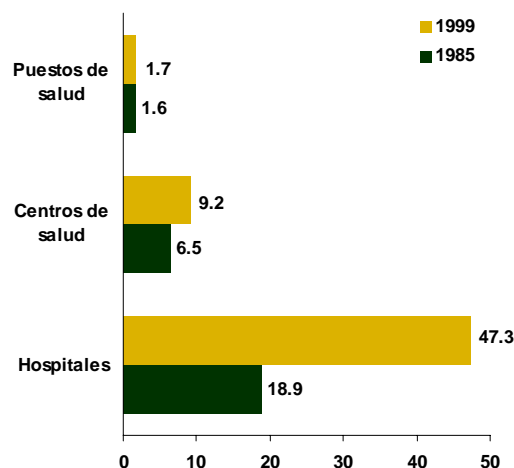
Sin embargo, ni el crecimiento del número de consultas en los hospitales ni el proceso de transición epidemiológica implican que exista una saturación de los servicios hospitalarios. Por el contrario, los hospitales aún presentan holgura en su capacidad productiva. Por citar un ejemplo, el grado de utilización de las camas hospitalarias es de alrededor del 50 por ciento¹⁰⁶, mientras que en EE.UU. este ratio alcanza el 80 por ciento y en Honduras es de 70 ciento. Uno de los factores que estaría detrás de estos bajos niveles de utilización sería la duplicación de hospitales del MINSA y ESSALUD en 20 de las capitales de departamentos, donde en 11 también existe adicionalmente un hospital militar o de la policía (Banco Mundial 1999b).

Figura 3.5. Número de hospitales del MINSA y de otras instituciones¹
(en número)



1/ ESSALUD, privados, otros.
Fuente: Ministerio de Salud

Figura 3.6. Número de consultas promedio por tipo de establecimiento, 1985-1999
(en %)



Fuente: Madueño y Sanabria (2003)

Estos altos niveles de capacidad instalada de los hospitales también se presentarían en el caso de los centros y puestos de salud. Madueño y Sanabria (2003) estiman que la demanda de servicios de salud al 2003 representaría el 68 por ciento de la producción potencial del sistema. Considerando esta situación, es importante resaltar lo señalado por dichos autores en el sentido que “(...) la naturaleza de este desequilibrio no responde a un problema de sobre inversión, sino a un problema de insuficiencia de demanda derivado de la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud de carácter económico, que enfrentan los segmentos no asegurados de bajos recursos y que se traduce en una significativa demanda encubierta”¹⁰⁷. En este sentido, ambos factores (mala asignación de las inversiones pasadas y demanda encubierta) influirían en los bajos niveles de utilización.

¹⁰⁶ Según Alcázar y Andrade (1999), hacia 1999 el porcentaje de camas no utilizadas alcanzaba el 43.8 por ciento en el caso del sector público, mientras que esta cifra era de 41.9% en el caso del sector privado.

¹⁰⁷ Este tema se desarrollará en la sección siguiente (sección 3.4).

En el caso de los hospitales del MINSA, un factor importante que explica el incremento de las consultas y el bajo nivel de utilización de las camas, es que estos han concentrado sus esfuerzos en la ampliación de sus servicios de atención primaria, puesto que la rentabilidad obtenida por este tipo de servicios es mayor. Esta orientación se da por el alto nivel de autonomía con el que cuentan los hospitales, en especial en lo referente a la autonomía presupuestal y a los mínimos mecanismos de rendición de cuentas (ver recuadro 3.2). En este contexto, éstos gozan de autoridad plena para decidir qué servicios producir (atención primaria) y para quién producir (no pobres). Así, las transferencias realizadas desde el gobierno central o gobiernos regionales sirven para pagar los costos fijos de los hospitales, básicamente salarios, mientras que los recursos propios de los hospitales son manejados de una manera discrecional¹⁰⁸.

Recuadro 3.2. Aspectos institucionales de los hospitales públicos

En los setenta, el gobierno militar de Velazco “nacionalizó” los hospitales más importantes del Perú, los cuales eran administrados por instituciones benéficas, con apoyo de las congregaciones religiosas, autoridades locales y universidades, entre otros. En este contexto, los trabajadores de estos hospitales simplemente pasaron a ser empleados públicos, mientras que la autonomía relativa de los hospitales se mantuvo, ya no ligada a las instituciones benéficas, sino como resultado de la incapacidad del MINSA para fijar políticas, planear o desarrollar una regulación de los hospitales. Así, históricamente los directores de los hospitales del MINSA han sido los que toman las decisiones, sin un real control o supervisión (Banco Mundial 1999b).

En este contexto, los hospitales del MINSA gozan de mucha mayor autonomía que los hospitales de ESSALUD. Así, si bien existe un organigrama determinado por el Ministerio y el director del hospital es designado por el MINSA, la administración se realiza sin una participación efectiva del Ministerio. En el caso de ESSALUD, los hospitales tienen gerentes para las distintas áreas, y como autoridad máxima existe un directorio, donde participa el gerente del hospital, pero el presidente del directorio es otra persona. La gerencia ejecutiva de ESSALUD sí tiene un mayor control puesto que es la encargada de designar el directorio, existiendo así un mecanismo de rendición de cuentas. Adicionalmente, ESSALUD presenta una mejor reglamentación en términos de organización, procedimientos administrativos y manejo de recursos.

Una situación similar se da en términos de la autonomía presupuestaria, donde los hospitales del MINSA tienen mayor discrecionalidad en el uso de los recursos. Mientras que en este caso los presupuestos son elaborados considerando básicamente los presupuestos anteriores, en los hospitales de ESSALUD los presupuestos son definidos en la Oficina de Administración de ESSALUD, considerando las metas fijadas entre esta oficina y la gerencia del hospital. Adicionalmente, en este último caso existe un órgano de inspección que visita los hospitales, lo que lleva a un mayor cuidado en la toma de decisiones.

En relación con la transparencia en las decisiones y los mecanismos de rendición de cuentas, Alcázar y Andrade (1999) encuentran, sobre la base de encuestas en tres hospitales del sector público (uno del MINSA, otro también del MINSA pero que tenía un acuerdo de gestión, y otro de ESSALUD); que la percepción sobre las sanciones por la falta de transparencia en la compra de insumos o contratación de personal era más alta en los hospitales de ESSALUD, luego en los del MINSA con acuerdos de gestión, y finalmente en los hospitales del MINSA sin acuerdos. Así, el porcentaje de encuestados que esperaban el despido ante falta de transparencia en la compra de insumos, era de 33, 19 y 10 por ciento respectivamente. En el caso de la falta de transparencia en la contratación del personal, el porcentaje fue de 22, 15 y 10 por ciento.

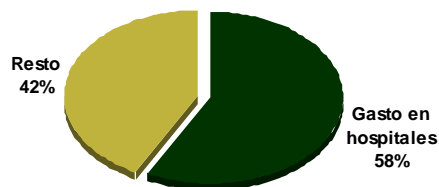
Cuando han existido experiencias que buscaban reorientar la oferta de servicios o alcanzar mejoras en términos de gestión, como con los acuerdos de gestión de contados hospitales del

¹⁰⁸ Banco Mundial (1999b).

MINSA, los resultados fueron escasos. Así, la falta real de autonomía de los encargados de la “nueva” administración para realizar los cambios necesarios, ha sido el principal impedimento para de la reforma hospitalaria. Este problema es particularmente preocupante por cuanto los hospitales siguen consumiendo la mayor proporción de los recursos públicos destinados a salud, en un contexto de bajos niveles de productividad, altos niveles de capacidad ociosa, excesiva burocracia, duplicación e indefinición de funciones¹⁰⁹.

Como se observa en la figura 3.7, en el 2003 el 57.9 por ciento del gasto del MINSA fue destinado a los hospitales de la capital. Por otro lado, a nivel nacional esta proporción superaba el 40.0 por ciento del gasto de salud ejecutado en las regiones¹¹⁰. Si se analiza la distribución del gasto de este tipo de establecimientos (ver figura 3.8), se observa el alto peso que representa el rubro de personal y obligaciones sociales, el cual llega al 50 por ciento en el caso de Lima y alcanza el 70 por ciento en varios hospitales del interior del país. Sin embargo, no resulta sorprendente que la asignación de recursos sea tan deficiente en un contexto donde los puestos laborales de los hospitales, en una gran proporción se encuentran “nombrados”, es decir, gozan de una estabilidad laboral casi absoluta. Como señala Escalante (2001), la legislación correspondiente a estos trabajadores no posibilita modificar efectivamente los mecanismos de pago en función de una evaluación de desempeño, ni adoptar la necesaria flexibilidad en los horarios, en la movilización del personal o en el otorgamiento de incentivos.

Figura 3.7. Gasto del MINSA en hospitales de Lima como proporción del total del gasto del sector, 2003
(en %)



Fuente: SIAF - MEF

Figura 3.8. Distribución funcional del gasto en hospitales de Lima, 2003
(en %)



Fuente: SIAF – MEF

¹⁰⁹ Rebaza (2002).

¹¹⁰ Mientras el grueso del gasto del MINSA está concentrado en Lima (casi 80%), el gasto de salud en las regiones se realiza a través de los Gobiernos Regionales.

Por ello, la ampliación de la cobertura de servicios que se realizó durante la década pasada, donde los programas focalizados colocaron más de 10 mil trabajadores de salud en las zonas menos favorecidas, se ejecutó a través de otras formas de contratación, como la de “servicios no personales”. En este contexto, el actual gobierno ha optado por el “nombramiento” de estos trabajadores como forma de garantizar la continuidad de las acciones del trabajador¹¹¹. Sin embargo, resulta paradójico que son justamente los trabajadores “nombrados” los que presentan un mayor ausentismo en los hospitales. Alcázar y Andrade (1999) encuentran que en los hospitales del sector público, según lo reportado por los propios médicos, un 20 por ciento de las horas establecidas no son trabajadas, mientras que esta cifra aumenta a 30 por ciento si se considera lo señalado por las enfermeras. Esta práctica se da de manera generalizada como resultado de los bajos salarios en el sector público. Sin embargo, las diferencias son significativas entre los médicos “nombrados” y “no nombrados” (contratados). Así, el 35% de los propios médicos señalaron que era *frecuente* o *muy frecuente* que los “nombrados” se ausentaran, mientras que el ausentismo sólo alcanzaba el 6% en el caso de los contratados.

No sólo la rigidez laboral y la falta de incentivos de la contratación vía “nombramientos” hacen que este tipo de contratación no sea la más apropiada, sino que existen otros factores de carácter financiero que también son importantes, y que no son materia de este documento. Más aun, el problema de la rigidez laboral no es exclusivo del sector salud, sino común al sector público y al sector formal de la economía. En este sentido, se requerirá de soluciones que van más allá de la política sectorial de salud para enfrentar este problema.

3.4 Acceso a los servicios de salud

Según la *Encuesta Nacional de Hogares* (ENAH), en el año 2003 el porcentaje de personas que se atendió, habiéndose declarado enferma¹¹², fue de 45 por ciento (6.2 de un total de 13.8 millones), porcentaje menor al registrado en el 2001 y 2002, donde esta cifra alcanzó el 59 por ciento y 57 por ciento respectivamente. Entre las razones para no atenderse, considerando que las opciones no son excluyentes, se tienen la automedicación (2.3 millones), la falta de recursos económicos (2.2 millones), la preferencia por remedios caseros (1.7 millones), la falta de un centro de salud cercano (0.5 millones), o el hecho de que los declarados enfermos no consideraron necesario atenderse (2.8 millones).

Estas cifras confirman la existencia de un problema creciente de no acceso a los servicios de salud, donde influyen tanto factores económicos como otros de distinta naturaleza. Sin embargo, la magnitud del problema es aún mayor, si se considera que los que acceden a estos servicios son mayoritariamente no pobres, y que las cifras de reporte de enfermedades en el

¹¹¹ Por ejemplo, hacia mediados del 2004 se adoptó, mediante la promulgación del Reglamento de la Ley N° 28220 (Ley de Nombramiento del Personal Médico Cirujano), el “nombramiento” de casi 3.5 miles de médicos.

¹¹² En este caso se entiende por declararse enfermo presentar algún síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica, accidente u embarazo y/o parto.

caso de los pobres estarían subestimadas. En relación con las personas que acceden a consulta, en principio, se debe tener en cuenta que declararse enfermo comprende una amplia gama de situaciones, que van desde aquéllas donde los individuos sólo tienen algún malestar, hasta los que han sufrido algún accidente o enfermedad crónica. Considerando que existen distintas razones para realizar una consulta, es lógico que el número de personas enfermas vaya cayendo conforme se incrementa la gravedad (importancia) de la dolencia, al mismo tiempo que aumenta el porcentaje de acceso en función de la gravedad de la situación. Como se observa en la tabla 3.1, mientras sólo el 30 por ciento de las personas que presentaron algún malestar se atienden en consulta, para el caso de las embarazadas esta cifra de acceso alcanza el 89 por ciento.

Tabla 3.1. Acceso a los servicios de salud, según tipo de enfermedad y condición de pobreza, 2003

	TOTAL		NO POBRES		POBRES	
	Número de enfermos	% que se atendió	Número de enfermos	% que se atendió	Número de enfermos	% que se atendió
Malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)	5,440,418	29.5	2,641,101	34.4	2,799,317	24.9
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)	4,610,245	33.1	2,344,586	36.4	2,265,659	29.7
Enfermedad y malestar	1,819,014	34.0	702,255	42.4	1,116,759	28.6
Recaída de enfermedad crónica	1,134,579	56.9	757,613	67.1	376,966	36.4
Accidente	148,904	61.1	90,452	71.8	58,452	44.6
Embarazo	131,720	88.5	67,490	95.5	64,230	81.1
Más de una opción	510,432	52.2	288,749	63.4	221,684	37.6
Total	13,795,311		6,892,245		6,903,066	

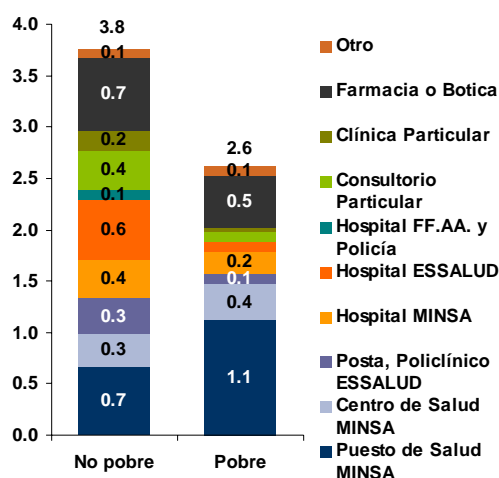
Fuente: INEI, ENAHO 2003

Considerando el acceso según niveles de pobreza y tipo de enfermedad, como podría esperarse, se encuentra que los pobres tienen un menor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, cabe resaltar que, si bien el número de enfermos es similar para el caso de los pobres y no pobres, la distribución de las enfermedades reportadas es relativamente diferente. Mientras el 13 por ciento de la población no pobre padece de enfermedades que pueden ser consideradas “serias” (enfermedad crónica, accidente o embarazo), el mismo porcentaje no supera el 7 por ciento en el caso de los pobres. Estas diferencias están en línea con lo señalado por Madueño y Sanabria (2003), en el sentido que existen factores económicos que condicionan y disminuyen el autoreporte de la enfermedad, en el caso de los pobres. En realidad, la población en situación de pobreza tiene un alto costo de oportunidad (ingresos no percibidos) y económico (medicamentos, co-pagos, gastos en transporte, etc.) en caso de reportarse como enfermos. Ello implicaría la existencia de una demanda reprimida por servicios de salud, cuyo valor alcanzaría, según Madueño y Sanabria, el 54 por ciento de la demanda actual.

Otros aspectos relacionados al acceso son los referidos al tipo de proveedor en el cual se realizan las consultas, así como los niveles de filtración de población no pobre en los servicios brindados por el MINSA. En principio, se tiene que el MINSA alcanzó a cubrir el 48 por ciento de las consultas realizadas durante el 2003, mientras que ESSALUD tuvo una participación que llegó al 18 por ciento, una cifra menor que las consultas que se hicieron en farmacias o boticas (19 por ciento). Si, además de considerar al MINSA y ESSALUD, se incluyen a las personas que realizaron consultas en las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, se tiene que un 67 por ciento de las consultas durante el 2003 fueron realizadas en establecimientos del sector público (ver figura 3.9). Como se verá más adelante, cuando se analice el tema del financiamiento del sistema, existen importantes problemas relacionados al alto porcentaje de personas que realiza consultas en farmacias, pues se está afectando seriamente la equidad y la eficiencia del sistema de salud, además de que de por sí, no se deberían de realizar consultas en este tipo de establecimientos (problema de automedicación).

Figura 3.9. Consultas realizadas según tipo de establecimiento, 2003

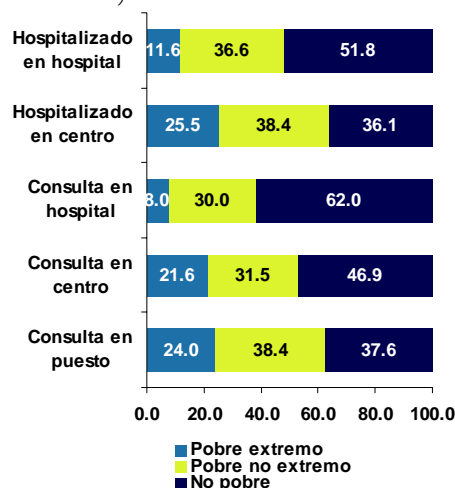
(en millones de personas)



Fuente: INEI – ENAHO 2003

Figura 3.10. Consultas y hospitalizaciones en establecimientos del MINSA según niveles de pobreza, 2003

(en % del total)



Fuente: INEI – ENAHO 2003

Un problema que ha venido agravándose desde la década pasada es el de las filtraciones. En este sentido, la población con mayores niveles de ingreso ha aumentado su utilización de los servicios públicos del MINSA, en detrimento de la utilización de los establecimientos privados y de ESSALUD¹¹³. Así, del total de personas que realizan consultas o se hospitalizaron en establecimientos del ministerio durante el 2003, un 45 por ciento no eran pobres, 36 por ciento eran pobres no extremos, mientras que solo 19 por ciento eran pobres extremos. Este problema se ve agravado en el caso de las consultas realizadas en hospitales, donde un 62 por ciento de los que se atendieron no eran pobres (ver figura 3.10). En este contexto, el MINSA

¹¹³ ForoSalud (2004).

subsidia a personas que tienen capacidad adquisitiva, desviando recursos y dejando sin acceso a los realmente necesitados. En este sentido, con la implementación del *Seguro Integral de Salud* (SIS), se está intentando cambiar esta situación con resultados todavía muy limitados en términos de equidad.

Además del problema de las filtraciones, existe también un problema de subsidios cruzados. Lo que se observa es que, durante el 2003, un 12 por ciento de los asegurados a ESSALUD que acudieron a realizar una consulta se atendieron en un establecimiento del MINSA. Lo mismo ocurre con los que tienen seguros privados, donde un 9 por ciento de éstos realizaron consultas en el MINSA. Esta utilización de los servicios del MINSA por parte de los asegurados, tanto de ESSALUD como privados, es claramente perjudicial por varios motivos: (i) los empleadores o los asegurados pagan por un seguro que no se utiliza, ya que se atienden en el MINSA; (ii) el MINSA no recibe finalmente el dinero de estas personas que aportan a un seguro; y (iii) se desvía recursos públicos que deberían de llegar a los realmente necesitados.

3.4.1 Desigualdades y exclusión

Si bien se conoce que un porcentaje importante de la población no accede a los servicios de salud y que existe una demanda reprimida por parte de los que tienen menores ingresos, se debe entender por qué, más allá de las consideraciones económicas, ciertos grupos acceden a ciertos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan su salud, mientras que otros no. En este sentido, la OPS (2003) realizó un estudio para medir la magnitud de la exclusión social en salud, considerando distintos factores externos al sistema de salud (barreras de acceso económicas, geográficas, laborales, étnicas, de género y la disponibilidad de servicios públicos en la vivienda), así como internos (problemas de organización del sistema, suministro de servicios, calidad, infraestructura y recursos humanos).

Tabla 3.2. Distancia promedio a un establecimiento de salud en comunidades con y sin establecimientos de salud, 2001
(en minutos)

	Con establecimientos		Sin establecimientos	
	Tiempo al puesto de salud de la zona	Tiempo al hospital de la zona	Tiempo al puesto de salud más cercano	Tiempo al hospital más cercano
Costa Norte	19.00	15.36	21.24	55.07
Costa Centro	8.98	31.95	19.05	27.15
Costa Sur	6.12	15.96	20.46	47.62
Sierra Norte	12.44	91.99	102.65	241.81
Sierra Centro	13.73	9.25	75.56	152.78
Sierra Sur	16.92	n.d.	77.46	138.92
Selva	18.15	58.55	82.78	203.13
Lima Metropolitana	26.15	20.91	16.41	27.58
País	18.08	41.59	57.2	116.35

Fuente: OPS (2003)

En relación con las barreras geográficas, las diferencias existentes en las distancias medias a un establecimiento de salud en comunidades, con o sin establecimientos, son importantes en algunos casos, en particular en la sierra norte y centro¹¹⁴ (ver tabla 3.2). Así, mientras en la sierra norte toma 12 minutos en promedio llegar al puesto de salud de la comunidad, en el caso que éstas no tengan un puesto de salud, toma 103 minutos en promedio hacerlo; es decir, 8 veces lo que toma en el primer caso. Lo mismo ocurre en la sierra centro, con una diferencia de 6 veces en los casos de un puesto de salud, y 17 veces en el caso de un hospital cercano. En el caso de los departamentos más pobres y que presentan menores gastos de bolsillo, principalmente los de la sierra sur, el tiempo para llegar al establecimiento en caso de que no exista en la comunidad, es casi tan alto como el de la sierra centro (casi 80 minutos), e inferior a los de la sierra norte (102 minutos). Asimismo, si se observa en términos absolutos, donde se registran los mayores tiempos para llegar a un establecimiento, en caso de no contar con uno en la comunidad, es en las zonas de la sierra y la selva, que presentan los valores más elevados, con grandes brechas respecto de los tiempos de la costa.

Considerando una definición simple de población excluida por barreras de carácter geográfico - aquellos que tienen un tiempo de recorrido mayor a 30 minutos si habita en zona urbana o mayor a una hora si lo hace en zona rural - aproximadamente 2.8 millones de personas podrían ser consideradas excluidas (11 por ciento de la población), una proporción de la población total mucho menor que aquellas referidas a la condición de pobreza (52.0 por ciento de la población), o a la falta de un seguro (61.0 por ciento de la población). Por otro lado, según la ENAHO 2003, casi medio millón de personas señaló que no existe un servicio de salud cercano, o que simplemente el lugar de la consulta queda muy lejos¹¹⁵. Otros factores importantes mencionados son los relacionados con la carencia de servicios básicos de vivienda, situación que ya ha sido descrita¹¹⁶.

En relación con los factores internos que explican la exclusión en salud, la inequidad en términos de recursos humanos e infraestructura es muy importante. Si se consideran los establecimientos donde se atienden los que tienen acceso a los servicios de salud, se observa considerables diferencias regionales. Así, Lima y la costa en general muestran una distribución sustancialmente diferente a la de la sierra y la selva. Mientras que en Lima y la costa la mayoría de la población (que acude un establecimiento de salud) se atiende en un hospital o clínica/consultorio privado, 63 por ciento para Lima y 56 por ciento para la costa, en la selva y la sierra alrededor del 65 por ciento solo tiene acceso a un centro o puesto de salud. En este sentido, y considerando las características de los establecimientos de salud

¹¹⁴ Adicionalmente, se debe considerar que, al comparar promedios, se está “ocultando” o minimizando las grandes diferencias en el tiempo de acceso existente en estas zonas.

¹¹⁵ Según las normas establecidas, los establecimientos deberían de encontrarse a una distancia de tres horas en las zonas rurales, utilizando el medio de transporte más común, mientras que, para el caso de las zonas urbanas, la distancia debería ser de 20 minutos a pie.

¹¹⁶ Ver sección 2.1.5.

primarios, el poco acceso a servicios avanzados de salud limita la calidad de vida y la salud general de la población, en particular en sierra y selva.

Tabla 3.3. Indicadores básicos de salud por departamento

	2000 -2005	2000	2000	2000	2002	2002
	Esperanza de Vida	Mortalidad infantil ¹	Personal capacitado en el parto	Médicos por cada 10 mil hab.	Hospitales por cada 100 mil hab.	Camas por cada mil hab. ²
Huancavelica	59.1	52.4	21 %	4.6	0.7	1.1
Cusco	62.3	49.3	48 %	5.4	1.2	1.0
Puno	62.7	53.1	28 %	4.1	1.3	1.2
Apurímac	63.7	52.0	55 %	3.8	1.9	1.7
Ayacucho	63.8	44.6	56 %	5.2	2.2	1.8
Loreto	66.6	39.4	38 %	4.4	1.2	0.8
Junín	66.7	39.5	54 %	6.6	2.2	1.1
Huánuco	66.9	44.0	28 %	4.4	1.4	0.8
Ucayali	67.3	45.5	46 %	4.0	0.9	0.8
Amazonas	67.7	35.5	28 %	3.9	1.6	0.9
Piura	68.1	34.1	66 %	7.1	1.6	1.8
Pasco	68.2	41.6	57 %	6.9	3.0	1.0
Madre de Dios	68.8	32.9	76 %	9.3	4.0	0.8
Cajamarca	68.9	42.1	27 %	3.4	0.9	0.8
Ancash	70.1	36.7	42 %	8.0	2.2	1.3
San Martín	70.3	28.9	48 %	4.3	2.8	0.8
Tumbes	71.4	30.1	88 %	6.4	2.5	1.9
Lambayeque	72.1	24.6	61 %	7.9	2.8	1.1
La Libertad	73.0	29.8	52 %	8.8	1.9	2.3
Arequipa	73.1	33.6	78 %	16.5	1.7	0.8
Moquegua	73.6	29.1	87 %	15.3	5.1	0.8
Tacna	74.0	17.5	87 %	11.9	2.0	0.7
Ica	74.2	22.2	94 %	12.3	2.8	0.9
Lima	77.7	18.3	91 %	21.9	1.9	1.0
Callao	78.8	14.9	*	18.8	1.3	1.0

Fuente: Indicadores Básicos 2003 – Ministerio de Salud

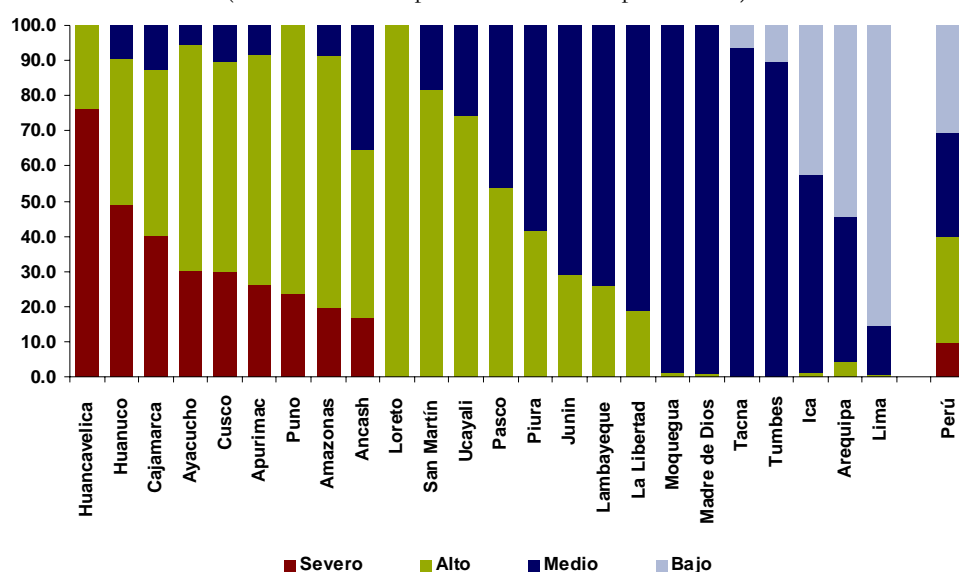
^{1/} Por mil nacidos vivos

^{2/} Número de camas de los Organismos Públicos del Sector Salud

Las diferencias existentes en los niveles de vida de las regiones y en la disponibilidad de recursos de salud resultan evidentes si se contrastan indicadores básicos de salud y otros relacionados con los recursos humanos o infraestructura, como se puede apreciar en la tabla 3.3. La desigualdad existente entre regiones sobre indicadores como la esperanza de vida o la mortalidad infantil es inmensa, siendo la diferencia entre la tasa mínima y máxima de 1.3 y 3.5 veces respectivamente. Sin embargo, las diferencias existentes en recursos humanos son aún mucho mayores. Por ejemplo, en relación con el personal capacitado que atiende un parto, la brecha entre la tasa mayor y menor es de 4.5 veces, mientras que en el caso de médicos por

cada mil habitantes se alcanza una diferencia de 5.8 veces. Si se considera el número de hospitales y camas, las diferencias son menores a las referidas a los recursos humanos, si no se consideran valores extremos en el caso de hospitales como los de Moquegua y Madre de Dios. Considerando las diferencias expuestas, la OPS (2003) clasificó la población según categorías de riesgo de exclusión – severa, alta, media, baja – y por departamentos. Así, existe un 10 por ciento de la población (2.6 millones) que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud, mientras que la población que presenta un alto riesgo de exclusión alcanza el 30 por ciento (8.1 millones). En este sentido, se puede señalar que la magnitud del problema de la exclusión en el Perú alcanza al 40 por ciento de la población. Este porcentaje es inferior al encontrado en otros países donde también se estudió el fenómeno, como es el caso de Ecuador (51 por ciento), Honduras (56 por ciento) y Paraguay (62 por ciento). Sin embargo, esto no es indicativo de que la situación del sector sea buena, sino más bien que se está realizando una comparación con países con menores niveles de ingreso per cápita¹¹⁷.

Figura 3.11. Severidad del riesgo de exclusión social en salud, según departamentos
(en % del total de personas de cada departamento)



Fuente: OPS (2003)

Si se analiza el perfil de aquellos que tienen un alto riesgo de exclusión, se tiene que éstos están compuestos básicamente por población pobre (87 por ciento), que reside en zonas rurales (80 por ciento) y que pertenecen a la fuerza laboral no asalariada (68 por ciento). Relacionado con esta última característica, se trata básicamente de personas que tienen entre 17 y 45 años (71 por ciento). Por otro lado, no se encontraron diferencias de género. En este contexto, nuevamente se reafirma la idea de que la población independiente en edad de trabajar tiene un

¹¹⁷ Mientras el Perú tiene un PBI per cápita ajustado por paridad de poder de compra (medida que permite comparar las cifras entre países) de US\$ 5,200, Paraguay presenta un valor ascendente a US\$ 4,600, Ecuador US\$ 3,300 y Honduras US\$ 2,600.

alto costo de oportunidad y económico en el caso de reportarse enfermo, hecho que reprime su demanda por servicios de salud.

Finalmente, si se realiza una comparación del riesgo de exclusión según departamentos, como se observa en la figura 3.11, se tiene que los departamentos de la sierra, como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac y Puno, junto con los departamentos localizados en la selva, como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali, son los más vulnerables. Por otro lado, los departamentos que presentan un menor riesgo son Lima, Arequipa, Ica y Tumbes. Considerando estos niveles de riesgo, se podrá analizar, más adelante, cuál es el gasto per cápita que asigna el Estado a los departamentos que presentan mayor riesgo.

3.4.2 Infraestructura y acceso

Las limitaciones de la población para acceder a servicios especializados de salud responden, principalmente, al tipo de establecimientos de salud que existe en las regiones, así como a la limitada capacidad adquisitiva de la población. En principio, ya se ha señalado que desde 1992 se registró un marcado crecimiento de los centros y puestos, mientras que los hospitales prácticamente no han mostrado variación. Ello ha generado una clara segmentación de los servicios salud, puesto que los puestos de salud se encuentran localizados en zonas rurales (entre 72 por ciento y 74 por ciento), mientras que los hospitales se ubican en su mayoría en zonas urbanas (entre 97 por ciento y 98 por ciento). Esta segmentación respondería a la necesidad de una mayor expansión de la labor preventiva y de provisión de servicios básicos que sean costo-efectivos, en un contexto en que la dispersión poblacional del área urbana es menor que la correspondiente a las áreas rurales.

En este contexto, Valdivia (2004) analiza cuál ha sido el impacto de esta expansión de centros y puestos sobre la salud de la población infantil. En principio, encuentra una clara relación positiva entre la reducción de la desnutrición infantil y provisión de centros y puestos, que se hace más fuerte para los casos de los niños que tienen madres con menor nivel de educación. A pesar de que estos resultados indican el sesgo pro-pobre¹¹⁸ de la expansión de centros y puestos durante la década pasada, el autor señala que los resultados hallados para las zonas rurales, en particular de las poblaciones indígenas, no muestran un efecto positivo significativo. Ello no implicaría que la reducción de barreras de acceso como la distancia o tiempo de espera no sea importante, sino que también son necesarias otras políticas de carácter inclusivo para mejorar efectivamente la salud de estas poblaciones¹¹⁹.

¹¹⁸ El hecho que los más beneficiados sean los niños con madres de menor nivel de educación es un buen indicativo de este sesgo pro-pobre.

¹¹⁹ En este sentido, programas como los de transferencias condicionadas de dinero (ver sección 5.2) podrían constituirse en una solución para este tipo de problemas.

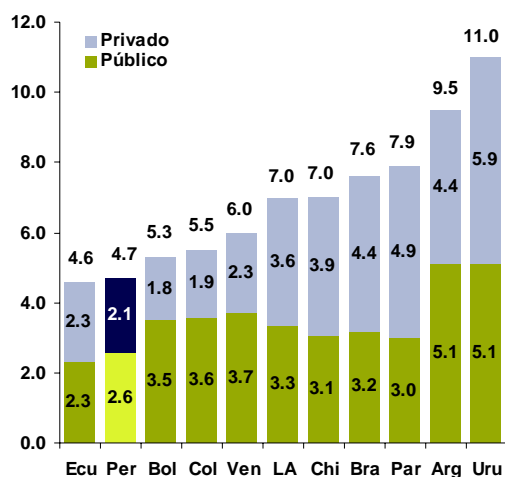
3.5 Financiamiento del sistema de salud

Luego de la contracción del gasto en salud de fines de la década de los ochenta (el cual pasó de 4.5 por ciento del PBI entre 1980-1983 a 3.1 por ciento en 1990) se inició una paulatina recuperación de los niveles de gasto, para alcanzar el 4.7 por ciento del PBI en el año 2001, o aproximadamente US\$ 2,500 millones. De este porcentaje registrado en el 2001, 2.6 puntos fue el aporte que hizo el Estado, mientras que el resto del gasto provino del sector privado. Asimismo, en la figura 3.12 se puede observar que la asignación de recursos destinados a salud en el Perú está por debajo del promedio de la región, tanto en lo que es gasto público como privado. La diferencia en puntos porcentuales en el caso del gasto público asciende a 0.7 puntos porcentuales, mientras que en el caso del privado la diferencia es aún mayor, y del orden de 1.5 puntos.

Por otro lado, para conocer cuán equitativo es el gasto en salud, se puede hacer una comparación de las cifras de gasto per cápita en salud individual y colectiva a nivel departamental, con los niveles de pobreza y el riesgo de exclusión en salud (ver figura 3.13). En principio, lo que se observa es una clara relación negativa entre la asignación per cápita y la pobreza. Esta relación también se mantiene si utilizamos otros indicadores como la mortalidad infantil, es decir, a mayor tasa de pobreza o mortalidad infantil, menores son los recursos per cápita asignados.

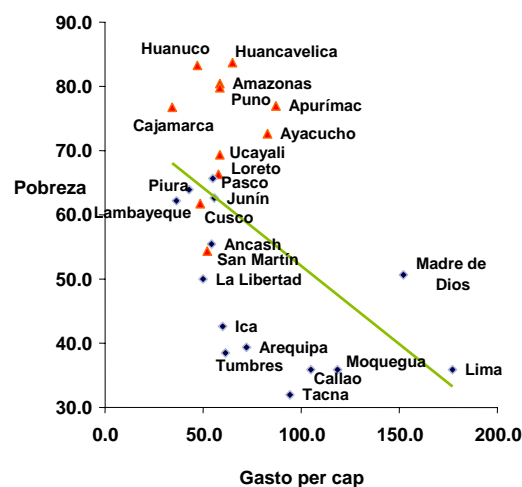
Figura 3.12. Gasto en salud por países, 2001

(en % del PBI)



Fuente: World Development Indicators 2004, Banco Mundial

Figura 3.13. Pobreza y gasto per cápita en salud individual y colectiva por parte del Estado, 2003
(en % de la población y soles)



Fuente: SIAF-MEF

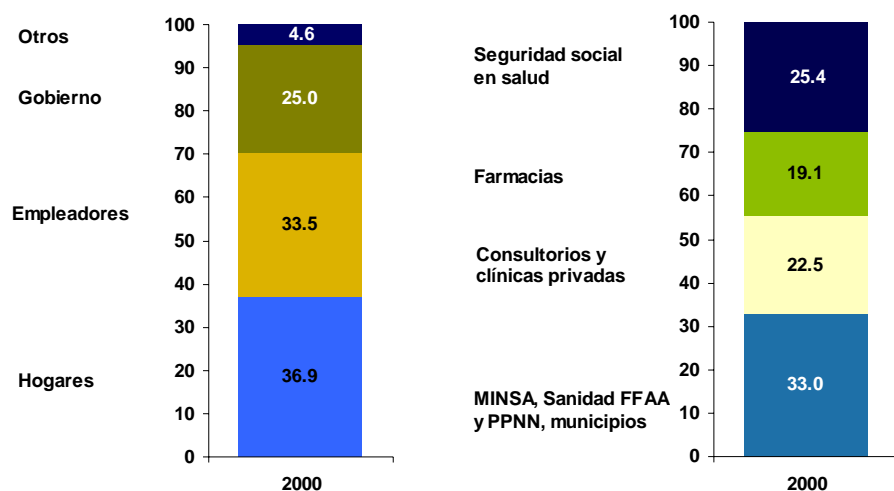
Por otro lado, si se consideran los departamentos con riesgo severo o alto de exclusión social en salud (a los cuales les corresponde un triángulo en la figura 3.13), se puede observar de la misma forma que son éstos los que reciben menores recursos, con la excepción de Apurímac y

Ayacucho, que reciben una asignación promedio. Asimismo, no sorprende, en este caso, que el departamento con menor riesgo de exclusión (Lima) reciba el mayor gasto per cápita. Considerando estos resultados, y los indicadores básicos de salud antes expuestos, resulta claro que la asignación del gasto está en función de la infraestructura existente¹²⁰, así como de la distribución de recursos humanos.

3.5.1 Fuentes de financiamiento: el “pago de bolsillo”

Por otro lado, si se analiza las fuentes de financiamiento del sector (ver figura 3.14), se tiene que la mayor parte del gasto proviene de las familias (37 por ciento), seguido del financiamiento de los empleadores (34 por ciento) y de los recursos del gobierno (25 por ciento). Esta distribución del financiamiento, caracterizada por el alto nivel de aporte de los hogares o “pago de bolsillo”, no es exclusiva del Perú. Según un informe de la OMS sobre los sistemas de salud¹²¹, en un 60 por ciento de los países con ingresos per cápita menores a US\$ 1,000 para el año de 1997, el 40 por ciento del financiamiento del sistema provenía del denominado “pago de bolsillo”.

Figura 3.14. Fuentes de financiamiento y prestadores en la atención de la salud, 2000
(en % del financiamiento total)



Fuente: OPS (2002)

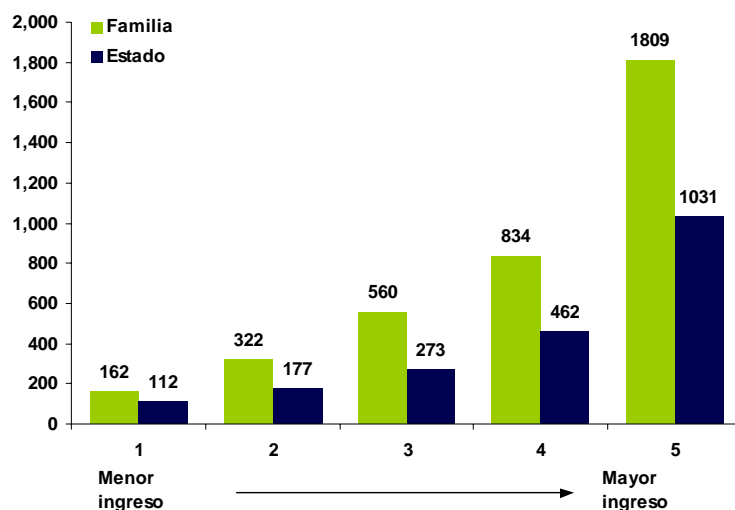
Si se considera el “pago de bolsillo” y el gasto que realiza el Estado, se confirma la tendencia observada en las cifras de acceso a los servicios de salud, que indican que el Estado financia, básicamente, a la población de mayores ingresos. En este sentido, a pesar de que las familias del quintil con mayores ingresos gastan aproximadamente diez veces lo que gastan las familias del quintil más pobre, el Estado financia los gastos en salud de ambos en proporciones

¹²⁰ Cuando se mencionó que las diferencias en hospitales per cápita eran relativamente bajas, se dijo que esto se daba si no se considera valores extremos como los de Moquegua y Madre de Dios. Como se puede observar, estos dos departamentos son los que mayor asignación per cápita reciben después de Lima.

¹²¹ OMS (2000).

similares. Así, mientras el Estado subsidia a las familias más pobres con el 40 por ciento de su gasto, lo hace con el 32 por ciento en el caso opuesto. Ello implica que las diferencias en el gasto estatal por familia, entre aquellas que pertenecen al quintil de mayores ingresos respecto del de menores niveles, sea de nueve veces a favor de los de mayores ingresos. Estas desproporcionadas diferencias se pueden observar en la figura 3.15.

Figura 3.15. Gasto trimestral de los hogares en salud por quintiles de ingreso, 2003
(en S/.)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (2004)

Asimismo, si se considera sólo el gasto realizado por los hogares, más de la mitad de éste se utiliza para la compra de medicamentos en las farmacias o boticas, lo que estaría en línea con el porcentaje de consultas realizadas por la población en este tipo de establecimientos (19 por ciento al año 2003) o con la proporción de recursos destinados a farmacias o boticas (19 por ciento al año 2000). El problema con el alto financiamiento de los hogares, es que éste afecta la equidad y eficiencia de los sistemas. Afecta la equidad por cuanto el acceso a los servicios de salud se reduce sólo a los que tienen poder adquisitivo, mientras que la eficiencia del sistema también se ve deteriorada, ya que no es posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común.

El concepto de la distribución de riesgos financieros entre los miembros de un fondo común es muy importante. Lo que se busca con la constitución de un gran fondo es poder agrupar los aportes de personas con distintos niveles de ingreso, edades y necesidades; de manera que una vez agrupados los recursos, se pueda efectuar subsidios desde los que tienen menor riesgo de enfermarse hacia los que tengan mayor riesgo. Por ello es que se hace necesario la constitución de uno o más fondos, más aun en un contexto en el que los recursos muestran claras deficiencias en su asignación. Para el caso del Perú, los recursos agrupados como fondos representarían un poco más de un tercio del total, si consideramos los aportes realizados por

los empleadores (ESSALUD y EPS), así como el bajo nivel de recursos que los hogares destinan a la compra de seguros¹²².

Siguiendo con el análisis del “pago de bolsillo”, se debe señalar que, si bien este gasto representa como proporción del ingreso familiar niveles similares para el caso de los pobres y no pobres (entre 8 y 10 por ciento para los que no tienen seguro y entre 1 y 5 por ciento para las familias aseguradas¹²³), en términos absolutos, el “pago de bolsillo” provendría principalmente de los hogares no pobres¹²⁴. En este sentido, una parte importante de estos recursos provenientes de los sectores con mayor capacidad adquisitiva podrían ser canalizados de una manera más racional a través de sistemas de aseguramiento.

Más aun, la OPS (2003), en el ya citado estudio sobre exclusión social, determinó que incluso los grupos más pobres y excluidos tienen una disposición a pagar por seguros (modesta y en función de su capacidad de pago), considerando que ellos ya destinan una parte de sus recursos a la salud. Este gasto en salud significa un esfuerzo financiero importante para las personas con menores recursos, que se ve agravado en caso de enfermedades severas, puesto que tienen que vender sus activos o endeudarse por la urgencia de liquidez. Las razones detrás de esta disponibilidad no solo radicarían en la racionalidad que está detrás de un seguro, sino también en factores “culturales”, referidos a que si el servicio es completamente gratuito, éste en algún momento verá deteriorada su calidad por la falta de recursos. Así, el estudio establece que “(...) *el SEG, SMI o SIS resuelve su propio equilibrio financiero* (derivado de la escasez de recursos) *de manera discrecional en cada establecimiento, trasladando costos al usuario y/o racionando la atención a libre criterio de cada trabajador de salud o equipo de establecimiento*”.

3.5.2 Financiando la demanda y no la oferta: el caso del SIS

La implementación del SIS se inició en octubre del 2001, distorsionando los lineamientos de su predecesor (SPS), al introducir nuevas poblaciones beneficiarias y aumentando el paquete de beneficios, todo ello sin sustento técnico. Adicionalmente, se incorporó al SIS a los miembros de organizaciones populares como las madres de los Comedores, del Vaso de Leche, de los Wawa Wasi y los lustrabotas, en un claro intento por ganar réditos políticos.

En la misma línea, el criterio de focalización en la implementación del seguro fue dejado de lado al otorgar un subsidio completo, permitiendo que se brinde atención gratuita a

¹²² Petrera (2002) señala que hacia 1998, el 2% del financiamiento de los hogares se destinó a la compra de seguros privados, mientras que el 1% correspondió a seguros independientes con ESSALUD.

¹²³ OPS (2003).

¹²⁴ Si se consideran las cifras de la ENAHO 2003, un 80% del “gasto de bolsillo” proviene de los hogares no pobres. Se debe señalar que el valor absoluto de estas cifras difiere largamente del gasto total calculado por la OPS; sin embargo, es un buen indicador de las proporciones de gasto según niveles de pobreza. Así, este gasto incluiría el pagado por algún miembro del hogar o autoconsumo, para el caso de las consultas, medicinas, análisis, rayos “X” y otros exámenes, así como el servicio dental, oftalmológico, compra de lentes, vacunas, control de salud de los niños, anticonceptivos, gastos de hospitalización y/o intervención quirúrgica, y otros.

poblaciones con capacidad de pago. En relación con el paquete de beneficios, uno de los planes del SIS está destinado a la atención integral de personas mayores de 18 años, incluyendo una serie de patologías que si bien afectan a este grupo poblacional, no son las más comunes y no aseguran la viabilidad financiera del seguro, o de viéndolo desde otro punto de visto, limitan la expansión de la cobertura al destinar recursos hacia objetivos que no son prioritarios.

Tabla 3.4. Población asegurada según tipo de seguro, 2001 y 2003
(porcentaje del total de la población de cada año)

	Sólo Essalud		Sólo Privado		Sólo FFAA y PPNN		Sólo SIS		Essalud & SIS		Essalud & Privado		Otro		No tiene Seguro	
	01	03	01	03	01	03	01 ¹	03	01 ¹	03	01	03	01	03	01	03
Costa																
Pobre	0.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	2.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	6.6	6.2
No pobre	3.0	3.6	0.1	0.1	0.2	0.3	1.5	1.6	0.4	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	6.1	7.2
Sierra																
Pobre	0.8	0.9	0.0	0.0	0.1	0.0	8.0	6.8	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	16.0	15.9
No pobre	2.3	2.7	0.1	0.1	0.2	0.2	1.4	1.3	0.4	0.1	0.1	0.1	0.3	0.1	5.4	6.9
Selva																
Pobre	0.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	3.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	5.4	5.0
No pobre	0.8	1.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.8	0.9	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	2.2	2.7
Lima																
Pobre	0.9	1.0	0.0	0.0	0.1	0.0	2.2	1.7	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	5.7	7.0
No pobre	5.2	5.2	0.7	0.8	0.9	0.9	1.9	1.1	0.3	0.1	0.5	0.5	0.7	0.6	9.6	10.0
Total	14.2	15.3	1.0	1.1	1.5	1.5	21.7	19.0	2.2	0.3	0.7	0.7	1.8	1.0	57.0	61.0
Pobre	2.9	2.8	0.0	0.0	0.2	0.1	16.1	14.1	0.9	0.1	0.0	0.0	0.4	0.1	33.7	34.1
No pobre	11.3	12.4	0.9	1.1	1.3	1.4	5.6	4.9	1.3	0.2	0.6	0.7	1.3	0.9	23.2	26.9

1/ Para el año 2001 las cifras corresponden al *Seguro Escolar Gratuito* (SEG). La fusión de este con el *Seguro Materno Infantil* (SMI) se constituyeron en la base de lo que hoy es el *Seguro Integral de Salud* (SIS).

Fuente: INEI - ENAHO 2001 y 2003

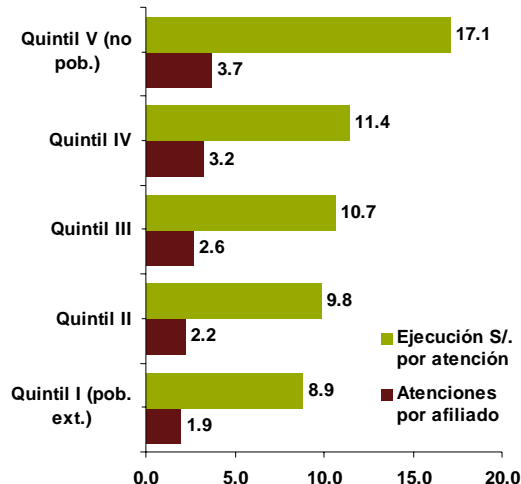
En relación con la cobertura del SIS, como se puede apreciar en la tabla 3.4, éste no ha contribuido a disminuir el porcentaje de la población que no tiene seguro, el cual ha pasado de 57.0 por ciento en el 2001 a 61.0 por ciento en el 2003 según datos de la ENAHO¹²⁵. Así, hacia el cuarto trimestre del 2001, el SEG cubría un 24.4 por ciento de la población total; de los cuales, el 70.7 por ciento se encontraban en situación de pobreza. Durante el 2003, el porcentaje de la población asegurada por el SIS sobre el total de la población disminuyó a 20.0 por ciento, con una participación de la población en situación de pobreza ascendente a 73.3 por ciento. Sin embargo, si se consideran las cifras oficiales de afiliación del SIS, 7.5 millones

¹²⁵ Como ya se señaló en el segundo capítulo, no es estrictamente correcto realizar una comparación entre la ENAHO correspondiente al año 2001 y la del 2003. Sin embargo, las cifras pueden ser ilustrativas de la tendencia en materia de afiliación que se ha dado durante estos años.

de personas, se tendría que el porcentaje de la población cubierta por este seguro alcanzaría el 28.3 por ciento¹²⁶. Más allá de las discrepancias entre las cifras, lo cierto es que aproximadamente un 60 por ciento de la población aún no cuenta con un seguro de salud.

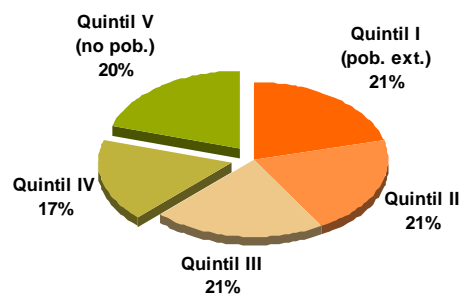
Lo que sí queda claro, según las propias estadísticas del SIS, es que este seguro ha afiliado a un porcentaje importante de población de no pobre, y que es justamente ésta la que se beneficia en mayor medida en términos del número de atenciones y monto de subsidios. Así, mientras que los afiliados del quintil más pobre realizaron 1.9 atenciones durante el 2003, los del quintil más alto tuvieron 3.7 atenciones (ver figura 3.16). Aparte de que los primeros recibieron casi la mitad de atenciones respecto de los últimos, el subsidio promedio por atención también fue notoriamente inferior en el caso del quintil de menores ingresos respecto del quintil de mayores ingresos. En promedio, por cada atención, estos últimos recibieron un subsidio de S/. 17.1, siendo el subsidio para los más pobres del orden de S/. 8.9 (ver figura 3.17). Estos factores han ocasionado que, a pesar de que el número de afiliados de los dos quintiles con mayores ingresos solo representa el 21.1 por ciento del total, la asignación de recursos destinados a este mismo grupo alcance el 37.5 por ciento del total de gasto.

Figura 3.16. Atenciones promedio por afiliado al SIS y gasto promedio por atención, 2003
(en número y S/.)



Fuente: Seguro Integral de Salud

Figura 3.17. Ejecución del Presupuesto del SIS según quintiles de ingreso, 2003
(en % del total de recursos)



Fuente: Seguro Integral de Salud

A pesar de estas deficiencias, no se puede dejar de señalar que la implementación de un seguro como el SIS es la manera correcta para alcanzar una mejor focalización en la atención de los servicios de salud que, en un principio, deberían de llegar a los pobres para, luego, buscar ampliar la cobertura del mismo paulatinamente. Como señala Vera (2003), la implementación

¹²⁶ Las cifras del SIS coinciden con la meta de afiliaciones que se tenía para el 2003. Sin embargo, estas cifras deben ser tomadas con cautela, por cuanto las estadísticas de afiliación de la Página de Transparencia Económica del MEF indican que esta meta no se cumplió, y señalan como afiliaciones realizadas un total de 5.37 millones, una cifra similar a la de la ENAHO 2003, de 5.35 millones.

de seguros ha hecho que el MINSA tenga control sobre las tarifas que cobran sus propios establecimientos, evitando los problemas de dispersión que se presentaron durante los noventa. Así, si bien se está avanzando en la dirección correcta en materia de seguros, en términos generales todavía se debe mejorar los mecanismos de afiliación de los usuarios, así como permitir una clara separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios en el sector público.

3.5.3 Mercado potencial de seguros potestativos en Lima Metropolitana

Un último aspecto importante es el relacionado al estancamiento del mercado de seguros privados, y si los altos niveles de “pago de bolsillo” pueden canalizarse de una mejor manera hacia este mercado. Según un estudio reciente realizado por Madueño (2003), en Lima Metropolitana sí existe una demanda potencial para extender el mercado de seguros potestativos en el segmento de trabajadores independientes de mayores ingresos, el cual ascendería a US\$ 35 millones, y que implicaría tener aproximadamente 440 mil nuevos afiliados. Si bien esta cifra parece ser modesta en relación con el número de personas fuera de la pobreza que no poseen seguro en Lima Metropolitana (2.8 millones), el estudio permite determinar qué factores, además de la baja capacidad adquisitiva de la población, limitan el crecimiento del mercado de salud.

Un determinante importante para la afiliación es el conocimiento del mercado de seguros, factor que incrementa sustancialmente la probabilidad de afiliarse por parte de un trabajador independiente. Asimismo, y como se ha señalado anteriormente, Madueño demuestra que los subsidios públicos afectan la decisión de afiliación de los trabajadores independientes. Así, la política tarifaria del MINSA actúa como un seguro “implícito” para aquellos que sí están en capacidad de comprar un seguro potestativo, desincentivando la ampliación del mercado. En este sentido, el SIS, al permitir la incorporación de afiliados no pobres, estaría agravando esta situación.

3.6 Comentarios finales

Los programas que afectan al sistema de salud son los mismos que se arrastran desde la década pasada. Si durante los noventa se llevó a cabo una reforma incompleta que no llegó a alcanzar los objetivos de equidad, eficiencia y calidad trazados; durante los primeros años de esta década simplemente no han existido intentos relevantes por modificar el sistema de salud. Al contrario, se ha optado por mantener la fragmentación del sistema, apostando de manera errada por la continuación de la participación del Estado en la provisión de los servicios de salud. Ello no implica que el Estado se desligue de sus funciones de brindar salud para la población, sino que éste debería de financiar estos servicios, dejando que sean otros los que se encarguen de la provisión. La experiencia de los CLAS demuestra la importancia de la

autonomía en la gestión de los establecimientos así como el aporte de la participación de la comunidad.

Al no plantearse ningún cambio importante, la distribución del gasto público ha seguido siendo altamente inequitativa, puesto que se destinan más recursos a los departamentos con menores riesgos de exclusión en salud, mientras que se gasta menos donde justamente los recursos son más necesarios. La inequidad en la asignación del gasto responde a que, en la práctica, el Estado no se encarga de financiar las necesidades de salud de la población, por el contrario, lo que hace es financiar el *status quo* vigente. Así, los criterios para destinar más o recursos están en función de la inflexible distribución del personal y establecimientos de salud, principalmente de los hospitales. En este contexto, la legislación laboral no sólo no permite una reasignación de los recursos humanos, sino que tampoco permite la evaluación del desempeño de éstos, ni menos aún otorga los incentivos necesarios para un verdadero desarrollo de la carrera pública. En suma, no importa si estos recursos están mal asignados o si no responden a las necesidades de la población, lo que se ha venido haciendo es *seguir financiando la oferta actual* de servicios.

Para enfrentar esta situación, el único esfuerzo por intentar modificarla ha sido la constitución del SIS, a partir de los seguros que ya existían desde la década pasada. Sin embargo, el diseño de este seguro careció de conceptos básicos, como, por ejemplo, el de asegurar, en un primera etapa, sólo a los pobres, dada la escasez de recursos públicos. En este contexto, las autoridades que introdujeron el seguro se plantearon metas que están muy lejos de poder cumplirse, intentando alcanzar un aseguramiento universal como si fuera viable aplicar los modelos de seguridad social europeos. En líneas generales, la propuesta de financiamiento del gobierno es un híbrido que no augura un buen futuro, ya que busca incrementar el financiamiento de la demanda (SIS), mientras se sigue a su vez financiando la oferta de servicios. Por ello, mientras esto último siga ocurriendo y no se dé una clara separación de las funciones de rectoría, financiamiento, provisión y regulación, no se alcanzarán los objetivos trazados.

4 Educación

La educación peruana inició la década de los noventa en una situación considerablemente crítica, dado el colapso de la economía hacia finales de los ochentas, e inicia el nuevo siglo en una situación casi igual de preocupante. A pesar de haber logrado ciertos avances en determinados aspectos (tales como la universalización de la educación primaria), la educación en el Perú ha venido mostrando un progresivo deterioro desde la segunda mitad del siglo XX, en un proceso que no puede ser de ninguna manera sostenible en el tiempo.

El sistema educativo peruano tiene, actualmente, más de 60 mil centros educativos, más de 18 mil programas no escolarizados, más de 400 mil docentes, tanto estatales como particulares y llega a 30 mil centros poblados aproximadamente (Ramírez, 2004). Al año 2003 son más de 8 millones y medio de alumnos los que dependen del sistema educativo, ya sea en centros educativos públicos o privados en todos los niveles, con excepción del universitario. De este modo, el desempeño del sector tiene una trascendencia importantísima para el desarrollo de la economía peruana, tanto en el aspecto de movilización y desarrollo social, para la superación de la pobreza y la igualdad de oportunidades, así como para consolidar la libertad del individuo.

Sin embargo, el sistema educativo peruano no está funcionando. Con un gasto público que representa alrededor de 3 por ciento del PBI, cifra bastante menor al promedio latinoamericano (de 4.6 por ciento); el principal problema que agobia al sistema es la calidad de la enseñanza impartida, aquella que se traduce en un bajo rendimiento de los estudiantes y egresados en todos los niveles, y que se constituye en la principal causa de deterioro del capital humano del país. La educación en el Perú no está en capacidad de responder a los objetivos que justifican su existencia, y el deterioro ha llevado a que los estudiantes peruanos se encuentren en la cola del mundo en las pruebas de rendimiento que se han desarrollado en los últimos años. Evidentemente, el grueso del crítico problema de la educación en el Perú se centra en el sistema educativo estatal (del cual depende más del 80 por ciento de los estudiantes peruanos), en una clara muestra de la ineficiencia del Estado, tanto como agente proveedor, como regulador de la actividad, en la que tampoco facilitó la participación del sector privado.

La educación peruana necesita ser reenfocada para centrarse en el alumno como el fin último del sistema. Como bien establece Rivero (2003), la crisis de la educación en el Perú se expresa en la contradicción existente entre los esfuerzos que hace la casi totalidad de familias peruanas por permitir a su hijos el acceso a una educación adecuada y la no correspondencia de esos esfuerzos, ante la mala calidad de la enseñanza en la mayoría de los centros educativos. De esta manera, si bien el gasto público destinado a la educación estatal es considerablemente bajo y

requiere ser incrementado, esta medida carece de total sentido bajo los actuales esquemas de asignación de gasto, de ausencia de incentivos, y de nula focalización. Para concentrarse única y exclusivamente en el bienestar de los alumnos, y dejar de estar atada a los intereses de los docentes, directores, y de la burocracia administrativa del sector, el sistema educativo público requiere de una reforma integral de la gestión, de los mecanismos de financiamiento, y de la normatividad actualmente vigente.

En este capítulo se presenta un balance de los principales aspectos del sistema educativo peruano de los últimos 15 años, haciendo especial énfasis en la educación básica: los problemas identificados, los intentos de reforma, los aspectos institucionales, entre otros. No se ha querido ahondar en temas específicos, aunque sí se espera resaltar los principales problemas estructurales a los que está sujeta la educación en el Perú y, de esta manera, proveer los elementos de juicio necesarios para entender la necesidad de llevar a cabo una reforma radical para salvar el sector y facilitar el desarrollo de nuestro país. La sección 4.1 presenta los principales aspectos de la educación peruana en los noventa, los intentos de reforma y el énfasis dado a la expansión de la infraestructura educativa en dicho periodo. La fragmentación de la organización institucional de la educación en el Perú a lo largo de la década pasada, así como los recientes cambios en materia de descentralización, se detalla en la sección 4.2. Las secciones 4.3 y 4.4 tocan los temas de cobertura y calidad educativa y el problema del financiamiento de la educación pública en el Perú, respectivamente. La sección 4.5 intenta resumir la problemática de los docentes, mientras que la sección 4.6 hace lo propio con el problema de la educación superior. Finalmente, se agrega algunos comentarios finales a este balance en la sección 4.7.

4.1 Panorama de la educación peruana durante los noventa

La educación peruana inició la década pasada en una situación considerablemente crítica. Su desarrollo desde mediados del siglo XX se dio bajo presión de dos fuerzas antagónicas: una creciente demanda, por parte de las familias, y una mala gestión, por parte de los gobiernos de turno. De esta manera, entre 1970 y 1990 el gasto público destinado a educación se redujo considerablemente mientras que la matrícula registró una fuerte expansión¹²⁷; así, el gasto por alumno sufrió una significativa caída, y pasó de US\$ 175 en 1985 a US\$ 80 en 1990 (Banco Mundial, 1993).

A pesar del fuerte ritmo de la matrícula, principalmente estatal, ésta no fue acompañada por el financiamiento requerido, y menos por acciones que incentivaran una mayor participación de

¹²⁷ Según Ortiz de Zevallos, *et al.* (1999), entre 1987 y 1994, la matrícula había crecido en 57.3 por ciento en educación inicial, 9.6 por ciento en educación primaria y 19.3 por ciento en educación secundaria. En una perspectiva mayor, de acuerdo con cifras del Banco Mundial (1993), la tasa de asistencia de niños de 6 a 14 años se incrementó sostenidamente entre 1972 y 1991 (de 78 por ciento a 89 por ciento entre dichos años).

entidades privadas en la provisión de servicios educativos¹²⁸. Esta situación se dio a pesar de que el Estado atendía a más del 80 por ciento de los estudiantes del sistema educativo peruano.

Como consecuencia, la calidad de la educación pública sufrió una considerable erosión manifestada en la minimización del gasto en materiales educativos, en el deterioro de los centros educativos ante la ausencia de mantenimiento e inversión, en el bajo rendimiento de los alumnos, en la calidad de la enseñanza y en la ausencia de capacitación a los maestros, entre otros factores. Asimismo, debido a la restricción de recursos y a la elevada participación del Estado en la provisión de la educación, el gasto estuvo sesgado hacia las zonas urbanas en desmedro del desarrollo rural, fomentando de este modo la retroalimentación del círculo vicioso del fenómeno de la migración rural-urbana, que fue particularmente notoria a fines de la década de los ochenta (Díaz, 2000). Así, se favoreció el crecimiento de la brecha rural-urbana, tanto en términos del acceso, como en la disponibilidad de maestros y, consiguientemente, en la calidad del aprendizaje y la enseñanza.

Finalmente, en el caso de los docentes, cabe señalar que sus salarios también experimentaron una fuerte contracción en términos reales (incluso superior a la experimentada por la mayoría de trabajadores en los distintos sectores de la economía). Esta situación desincentivó a mucho personal calificado a permanecer en el magisterio público para dedicarse a otras actividades que brindaran mayores ingresos, lo que explicaría el incremento de la proporción de docentes sin título de 25 a 50 por ciento, entre 1982 y 1990. De esta manera, no sorprende el fuerte deterioro de la calidad de la enseñanza en dicho periodo, que se tradujo en el cada vez peor rendimiento de los alumnos.

4.1.1 Los dos intentos principales de reforma

El nuevo gobierno de inicios de la década de los noventa se enfrascó en una serie de reformas orientadas a estabilizar la economía tras la aguda crisis de fines de la década de los ochenta, a redefinir el rol del Estado y a instaurar un sistema económico basado en el mercado. En dicho contexto, se planteó la necesidad de llevar a cabo una reforma en el sector educativo peruano con la finalidad de introducir elementos de mercado que permitan incrementar la eficiencia en el gasto público y que se orienten sobre la base del nuevo rol que debía cumplir el Estado. Así, una de las principales características de las reformas que debían llevarse a cabo tenía, necesariamente, pasar por modificar el tipo de gestión de los centros educativos estatales. Sin embargo, una de las principales limitaciones para definir este nuevo modelo de gestión fue el

¹²⁸ De acuerdo con Díaz (2000), las trabas burocráticas, la falta de estabilidad y claridad de las reglas de juego, la imposibilidad de obtener una rentabilidad por lo invertido, así como la falta de otros incentivos a la inversión privada, impidieron un mayor desarrollo del sector privado en el sistema educativo.

hecho de no tener en claro qué era lo que se quería como marco general de la reforma del Estado y del proceso de descentralización¹²⁹ (Díaz, 2000).

En este contexto, hubo dos intentos claros de reforma de la educación a lo largo de la década pasada, los cuales se dieron en contextos políticos muy distintos aunque compartieron similares objetivos. En ambos casos las reformas propuestas fracasaron y fueron revertidas en muy poco tiempo, por la férrea oposición que desataron y por un coincidir con eventos de trascendencia que conllevaron a que su destino sea decidido desde el punto de vista político.

El primer intento de reforma de la gestión del sector

El primer intento se gestó desde el Ejecutivo, al interior del Consejo de Ministros, en un contexto en que la crisis fiscal, tras el proceso de estabilización iniciado a mediados de 1990, trajo la necesidad de hacer un uso más eficiente de los recursos escasos con los que se contaba, así como de reformular el rol del Estado en la economía. De este modo, en 1991 se promulgó el *Decreto Legislativo* (DL) 699 como parte de las facultades legislativas delegadas al Ejecutivo con el fin de promover la inversión y el empleo. Dicho decreto establecía: (i) la participación de la comunidad organizada en la gestión de los centros educativos que el Estado les cedía en uso en calidad de entidades promotoras, con el fin de incrementar la cobertura de atención; (ii) el Estado se reservaba la administración y control de los centros educativos que considerase necesarios en todo el país, de acuerdo con la disponibilidad de recursos presupuestales; (iii) el financiamiento de los centros transferidos continuaría a cargo del Estado; sin embargo, los promotores tenían la potestad de generar recursos adicionales a través del cobro de pensiones; y (iv) en el ámbito laboral, los promotores estaban facultados para seleccionar a sus trabajadores, racionalizar las plazas, y expandir el número de ellas de acuerdo con las disponibilidades de los padres de familia.

La oposición a estas reformas fue considerable y se basó en dos argumentos: que esta reforma implicaba (i) la “privatización” de la educación, y (ii) la eliminación del derecho de gratuidad de la enseñanza consagrado en la Constitución de 1979. Así, con un Congreso sin mayoría oficialista y con la oposición de los maestros, de buena parte de los padres de familia (en parte, por una marcada desinformación promovida por los opositores), e incluso de la Iglesia Católica (institución que hubiese sido directamente beneficiada con el nuevo esquema), la norma fue derogada a inicios de 1992.

¹²⁹ Respecto de este último punto, en la década pasada no se lograron avances en el proceso de regionalización iniciado en el gobierno de 1985 - 1990, salvo la posterior creación de un *sistema transitorio de administración regional* que no garantizaba una adecuada coordinación de políticas, aún cuando la casi totalidad de las decisiones de gasto público se tomaban en Lima.

El segundo intento: los COMUNED

Sin embargo, una vez disuelto el Congreso en el segundo trimestre de ese mismo año, se retomó la reforma planteada anteriormente. Así, en octubre de 1992, el gobierno publicó tres leyes de modernización de la gestión educativa: el DL 26011 de “*Participación comunal en la gestión y administración educativas*”, el DL 26012 de “*Financiamiento Educativo*”, y el 26013 de “*Mejoramiento de la Calidad y Ampliación de la Cobertura de la Educación Peruana*”. Estas iniciativas tenían como fin aplicar cambios sustanciales en la conducción del sistema educativo, entre ellos los siguientes¹³⁰:

- Crear los *Consejos Comunales de Educación* (COMUNED), como entidades de derecho privado¹³¹ y con facultades para administrar los centros educativos de su jurisdicción o cederlos en uso para ser administrados por profesores, instituciones religiosas, colegios profesionales, cooperativas y otras entidades organizadas. El propósito era que las comunidades locales tuvieran una participación más activa y directa en la educación que se brinda localmente, en un proceso de transformación progresiva del sistema educativo.
- Mejorar la gestión de recursos en el nivel local con el objetivo de lograr eficiencia: se dispuso que el Estado asignaría una cantidad mensual en efectivo a cada escuela sobre la base de la asistencia promedio, la cual sería complementada por recursos independientemente gestados por la comunidad (a través de diversas actividades, donaciones, o cooperación, e inclusive el cobro de pensiones). Entre las funciones de los nuevos promotores se encontraban la contratación de profesores y el acondicionamiento de locales.
- El establecimiento de un nuevo vínculo laboral del centro educativo con sus maestros, sobre la base del régimen laboral privado.
- Instaurar un sistema de evaluación de la calidad de la enseñanza de los centros estatales y de los COMUNED, en el ámbito nacional, cuyo fin sea el de comparar el rendimiento educativo de los alumnos en diferentes zonas del país y tomar decisiones en cuanto al currículum vigente y la capacitación a los docentes.

Como parte de la estrategia inicial de la aplicación de los COMUNED, el gobierno anunció la puesta en marcha de la *municipalización* de la educación en 10,200 centros de educación inicial, primaria, secundaria, ocupacional y especial. Sin embargo, aunque fue posteriormente modificada, este aspecto de la reforma se constituyó en uno de los principales factores que llevaron a su fracaso, debido al temor del gobierno central de que los alcaldes politicen el manejo de los centros educativos. Al margen de este aspecto, en esta oportunidad la reforma también enfrentó una fuerte oposición al igual que en el intento anterior, nuevamente bajo los argumentos de privatización de la educación, de la eliminación de la gratuidad de la enseñanza

¹³⁰ Esta parte está basada en Ortiz de Zevallos, *et al.* 1999.

¹³¹ Se insistió en que los COMUNED se rigiesen por el derecho privado como una forma de aislarlos de los procedimientos y trabas burocráticas propias del sector público (en la adquisición de material, control, presupuesto, entre otros), así como para facilitar el paso de los docentes al régimen laboral privado.

y de la creación de “negocios educativos”, a partir de la introducción del concepto de lucro como alternativa en la prestación del servicio educativo privado (antes todas las entidades educativas eran considerados “sin fines de lucro”). Sin embargo, en esta oportunidad, el contexto político y social en el cual fue lanzada la reforma, conjuntamente con los factores resumidos en el recuadro 4.1, influyó en su reversión.

Así, este proyecto fue finalmente desactivado en mayo de 1993, una vez que se produjo la salida del Ministro Boloña de la cartera de Economía (uno de los principales impulsores de las reformas llevadas a cabo en dicha década), cuando el propio presidente Fujimori¹³² anunció su “cambio de parecer” (Díaz, 2000). Formalmente, los decretos que conformaban la Reforma fueron eliminados en mayo de 1994.

Recuadro 4.1. Razones del fracaso de reforma los COMUNED

A diferencia de la reforma llevada a cabo en el sector salud con la creación de los CLAS (figura muy similar a la planteada por los COMUNED), en el caso del sector educación la reforma se dio en un contexto en que se producía el debate constitucional, en el cual el gobierno no contaba con el apoyo mayoritario de la población. Así, la reforma educativa fue asociada negativamente con la reforma constitucional, por lo que seguir defendiendo estos cambios representó un costo demasiado grande para el gobierno, en medio de férrea oposición por parte de grupos de la sociedad civil, incluso por aquellos que pudieron haber sido los principales beneficiados.

Las razones del fracaso de este intento de reforma se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- Disuelto el Congreso, el Presidente de la República personalizó aun más las decisiones de Estado, por lo que su falta de convicción acerca de la necesidad de la reforma y la pertinencia de la descentralización fue una de las principales causas para el fracaso de esta reforma.
- Más aun, el Presidente no creía en la descentralización como un medio efectivo de gobierno (Ortiz de Zevallos, *et. al* 1999). Con las elecciones de principios de 1993 quedó claro que la municipalización no traería beneficios al gobierno central, debido a que la mayoría de alcaldes no pertenecían al partido de gobierno. Así, a pesar de que se habían asegurado determinados mecanismos legales dentro de los decretos que conformaban la reforma para evitar el empoderamiento de las municipalidades¹³³, el gobierno temía el control de los COMUNED por parte de los alcaldes y otros miembros de la municipalidad.
- Asimismo, tampoco hubo un Ministro de Educación capaz de liderar y defender la reforma ante las críticas de la oposición (conformada fundamentalmente por congresistas de izquierda y el SUTEP).
- Se trató de implementar la reforma “de golpe”, sin la suficiente convicción y sin un sustento que permita hacer frente a sus detractores (en dicha época no existían empíricamente programas similares llevados a cabo en países en desarrollo que permitan demostrar los potenciales beneficios que se obtendrían a partir del cambio de gestión).
- La reforma fue gestada por técnicos del Ministerio de Economía, sin la participación de los actores beneficiados, ni de especialistas en el tema, por lo que se dio argumentos a los opositores para calificar la reforma como “impuesta” por criterios económicos (reducción de gasto) más que educativos.
- Hubo mucha desinformación entre los grupos que resultarían potencialmente beneficiados con los alcances de la reforma. Así, la mayoría de padres de familia, grupos de docentes, y otras organizaciones civiles (en especial la Iglesia Católica) no vieron una oportunidad de mejora del sistema educativo público y se dejaron llevar por los argumentos de la oposición.

¹³² En general, el presidente Fujimori no estuvo muy convencido desde un inicio de la reforma.

¹³³ Ortiz de Zevallos *et al.*(1999) señala que en los decretos se había utilizado el sustantivo “municipio” en vez de “municipalidad”, debido a que el primero se refiere al conjunto de personas que viven bajo una jurisdicción, mientras que la segunda se refiere a la entidad de gobierno local.

Posteriormente, hubo otros intentos de acciones orientadas a introducir cambios en el sector, aunque con resultados poco convincentes. Así, en 1994, se diseñó un plan piloto de autogestión en 400 escuelas primarias y secundarias, con el fin de experimentar y monitorear de cerca la implementación de diversos modelos de gestión (algo que no se tuvo en cuenta al momento de proponer la reforma de los COMUNED). De esta manera, se probarían variantes de modelos de gestión administrativa, financiera y pedagógica con cierta autonomía y con mayor o menor grado de injerencia de la comunidad, con el fin de recoger experiencias positivas y eventualmente retomar la reforma. Sin embargo, el programa fue interrumpido al poco tiempo de iniciar su ejecución, en un escenario en el que las acciones del gobierno se enmarcaron en lograr la re-elección en 1995.

4.1.2 La expansión de la infraestructura educativa

Una vez dejada de lado la posibilidad de introducir una reforma sustancial en la gestión del sector, el gobierno del Presidente Fujimori dio especial énfasis a la recuperación y expansión de la infraestructura educativa. De esta manera, este aspecto se convertiría en la principal característica del sector durante el gobierno de la década de los noventa.

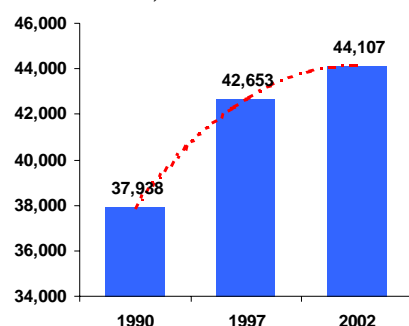
Así, con la convicción de que expandiendo la infraestructura de centros educativos se podría incrementar la cobertura y reducir la deserción escolar, se decidió desconcentrar los recursos en varias instituciones con el fin de incrementar el ritmo de ejecución de las inversiones en educación¹³⁴. De este modo, se creó el *Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y de Salud* (INFES), entidad que, conjuntamente con el *Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social* (FONCODES), los *Comités Transitorios de Administración Regional* (CTAR), así como el propio MINEDU, a través de su *Oficina de Infraestructura Educativa* (OINFE), participaron realizando obras de infraestructura en el sector.

El impacto de esta expansión de la infraestructura educativa fue significativo en la ampliación de la cobertura del servicio educativo en zonas urbano-marginales de Lima, así como de las principales provincias del país en donde estuvo concentrado. La construcción de nuevas aulas, y la reparación de las existentes, contribuyeron a mejorar las condiciones en que estudiaban muchos niños en zonas urbanas, que antes asistían a locales muy deteriorados o inadecuados, y, de esta manera, se contribuyó a expandir la cobertura y el acceso del servicio educativo público. Así, a través del INFES y otras entidades fue posible incrementar el número de escuelas públicas de educación inicial, primaria y secundaria de 37,938 en 1990 a 42,653 en 1997 (Díaz, 2000 - ver figura 4.1) y de allí a 44,107 en el 2002. En zonas rurales y de baja densidad poblacional no se avanzó mucho en cuanto al desarrollo de la infraestructura educativa.

¹³⁴ Bajo la consigna de la construcción de “una escuela por día”.

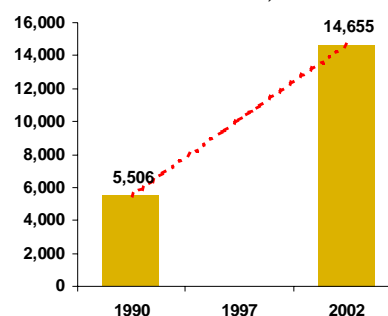
Por el lado del sector privado, a lo largo de la década, se tomaron una serie de medidas que permitieron flexibilizar la creación de centros educativos privados. De esta manera, el número de centros de inicial, primaria y secundaria de menores prácticamente se triplicó, pasando de 5,506 a 14,655 centros entre 1990 y el 2002 (ver figura 4.2).

Figura 4.1. Centros educativos de gestión pública de inicial, primaria y secundaria de menores
(en número de centros)



Fuente: Ministerio de Educación - Unidad de Estadística Educativa, Díaz (2000)

Figura 4.2. Centros educativos de gestión privada de inicial, primaria y secundaria de menores
(% del total de centros educativos)



Fuente: Ministerio de Educación - Unidad de Estadística

Por último, cabe señalar que este énfasis en la construcción de escuelas no estuvo exenta de problemas e irregularidades. Los programas encargados de la inversión necesitaron una mejor integración y mayor eficacia: al no existir suficiente coordinación, los gastos (aunque bien intencionados) no siempre llegaron a los pobres. Se aprovechó la sensibilidad social del tema para hacer proselitismo político en años pre-electorales, por lo que muchas veces se seleccionaba a las localidades beneficiarias sobre la base de su potencialidad electoral más que por su necesidad. Así, por ejemplo, Saavedra y Pascó-Font (2001) mencionan que la premura que se tenía por finalizar los centros educativos hizo que, en muchas oportunidades, éstos fuesen construidos siguiendo un mismo modelo en distintas zonas del país, dejando de lado criterios básicos en el diseño, como son características climáticas y geográficas particulares de cada región. De igual forma, en muchos casos la construcción de colegios tuvo serios problemas de calidad, ocasionando que muchos locales nuevos tuvieran problemas estructurales y que se volvieran inservibles aun sin haber sido utilizados.

4.1.3 El diagnóstico de la UNESCO y la creación del MECEP

Entre 1993 y 1994 el MINEDU, el PNUD, la GTZ, el Banco Mundial y la UNESCO-OREALC elaboraron el documento “*Diagnóstico general de la educación*”, reporte de singular trascendencia debido a que a partir de éste se desarrollaron algunos lineamientos de política del sector. Una de las conclusiones a las que llegó dicho diagnóstico fue que, si bien el sistema educativo peruano tenía los índices más elevados de acceso a la educación en los niveles preescolar, primaria, secundaria, y universitaria, respecto de los demás países de América Latina, la situación de la calidad de la educación impartida era particularmente crítica.

Las conclusiones que se podrían extraer de dicho diagnóstico se resumen en seis grandes aspectos¹³⁵:

(i) La ausencia de un programa nacional de educación, definido como un conjunto organizado de actividades dirigidas hacia una educación de calidad que atienda necesidades y demandas reales. El diagnóstico subrayaba la total falta de liderazgo del Ministerio de Educación, el mismo que prácticamente había reducido su ámbito de influencia a la zona de Lima y Callao.

(ii) La carencia de inversión en el sector, que ha sido una característica recurrente y lamentable del sistema educativo peruano. El componente del gasto que usualmente sirve a los gobiernos de ajuste es justamente el gasto de capital, por lo que no sorprende que en el caso del sector educativo público la inversión se redujera considerablemente conforme se fueron agudizando las restricciones fiscales hacia finales de la década de los ochenta e inicios de los noventa.

(iii) La burocracia rígida y el exceso y superposición de normas y procedimientos, se reflejaba en el predominio de la gestión administrativa y financiera sobre aspectos pedagógicos. De esta manera, se desalentaban las iniciativas provenientes de los actores del sector y se hacían cada vez más engorrosos los procesos (tales como el inicio de procesos administrativos de sanción a los malos docentes, como se mencionará más adelante). A esto se sumaba la escasa preparación de los funcionarios pertenecientes a las instituciones desconcentradas del MED, así como su inoperatividad¹³⁶.

(iv) El currículum para la educación básica no era idóneo, se concluyó que el currículum estaba muy cargado de contenidos, priorizaba la educación “enciclopedista” (memorística), presentaba poca articulación entre materias y no se ajustaba a las condiciones enfrentadas por los educandos.

(v) La carencia de materiales educativos pertinentes, se traducía en títulos que eran producidos y distribuidos por la mayoría de casas editoriales de corte básicamente “enciclopedista” y en el hecho que muchos de sus autores no eran especialistas en temas específicos. Asimismo, dichos materiales educativos no reflejaban las realidades particulares de los alumnos ni de sus zonas.

(vi) El deterioro y la ausencia de infraestructura y mobiliario escolar. El grueso de los centros educativos, así como el mobiliario con el que contaban, se hallaba en pésima situación. Los materiales de construcción, así como la arquitectura de las escuelas no

¹³⁵ Esta descripción se basa en Cuenca (2001).

¹³⁶ En muchos casos, el personal administrativo y funcional de los organismos intermedios estaba compuesto por docentes que fueron separados de sus cargos por problemas disciplinarios, situación que agravaba aún más el desprestigio de estos organismos y la inoperatividad del sistema (ver sección 3.2.1)

respondían a las condiciones mínimas que favorecieran la puesta en práctica de las actividades educativas.

Como respuesta a esta situación, en 1994, se crea el Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Peruana (MECEP), mediante un convenio con el Banco Mundial. Los objetivos de este programa eran tres: (i) hacer frente a los problemas de calidad en los procesos de enseñanza; (ii) modernizar la administración educativa; y (iii) sustituir y rehabilitar de la infraestructura educativa. El MECEP estuvo organizado en tres grandes componentes, cada uno de los cuales correspondía a los tres grandes objetivos propuestos. Estos componentes, y sus respectivos sub-componentes, fueron incorporados a la estructura orgánica del MINEDU y, en buena cuenta, se convirtieron en las actividades principales (y en algunos casos las únicas) de sus distintas Direcciones Nacionales y Unidades¹³⁷.

Dentro de la poca flexibilidad que permitía el marco normativo vigente a mediados de la década para efectuar cambios, y teniendo como base el MECEP, el MINEDU diseñó e implementó diversas medidas y programas dirigidos hacia los objetivos de universalización de la educación inicial; mejoramiento de la calidad de la educación primaria; redefinición de la educación secundaria; desarrollo de la educación rural; redefinición y modernización de la educación de niños y adolescentes trabajadores; desarrollo de la educación especial; diseño e implementación del bachillerato; redefinición y modernización de la educación superior tecnológica y pedagógica; redefinición y modernización de la educación de adultos; fortalecimiento del sistema de planificación estratégica y modernización de gestión de la educación¹³⁸. Sin embargo, muchas de estas acciones no alcanzaron el resultado esperado o fueron revertidas o postergadas (tales como las referidas a la reforma de la gestión o la introducción del bachillerato); mientras que otras sí tuvieron resultados bastante positivos (como los programas orientados a la universalización de la educación primaria).

Así, a pesar de que ha habido algunos avances, es sintomático que muchos de los problemas que han sido descritos, y que serán desarrollados en lo que queda del documento, no han sido superados y, en algunos casos, han mostrado signos de empeoramiento (sobre todo los relacionados a la calidad de la educación). Es decir, un diagnóstico detallado de la educación peruana de inicios del siglo XXI encontraría muchos problemas y situaciones similares a los que se tenía a inicios de la década pasada y, en algunos casos, las condiciones podrían ser peores.

¹³⁷ Una vez instaurado el MECEP inicial, el MINEDU obtuvo un nuevo préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a partir del cual el MECEP empezó a denominarse de dos maneras, en concordancia con su fuente de financiamiento: MECEP-BIRF (con financiamiento del Banco Mundial) y MECEP-BID. Este último fue organizado en cuatro componentes: educación inicial, educación secundaria, educación para el trabajo, y fortalecimiento institucional. Tanto educación inicial, como educación secundaria, tuvieron en su diseño inicial subcomponentes de capacitación docente, los cuales fueron ejecutados desde el Plan Nacional de Capacitación para Docentes (PLANCAD).

¹³⁸ Ortiz de Zevallos y Pollarollo (2000).

4.1.4 Intentos posteriores de descentralizar el sistema educativo público en los noventas

Desde la marcha atrás en la creación de los COMUNED hasta 1996, las acciones del gobierno sobre el sistema educativo peruano se centraron en un proceso de revisión del modelo de descentralización de la administración educativa. En dicho año, el Ministerio de Educación emitió la Resolución Ministerial 016 en la que se establecía las “*Normas para la gestión y desarrollo de las actividades en los centros y programas educativos*”, que tuvo la intención de generar una verdadera reforma en el sector, mediante el planteamiento integral de modernización de la gestión escolar al transferir varias atribuciones pedagógicas, administrativas y financieras a los centros educativos. Así, entre las nuevas atribuciones que iban a tener estos últimos estaban: la aprobación de la programación curricular; obtención de recursos propios; el sistema de evaluación y calendario anual; la selección, designación y evaluación del personal docente y administrativo en función de la plazas que le correspondían; y la formulación del presupuesto.

Sin embargo, nuevamente fue muy poco lo que se avanzó en el marco de dicha resolución. Varias de sus medidas quedaron en el papel: los organismos administrativos intermedios (las *Unidades de Servicios Educativos*, USE) siguieron actuando en forma contraria al espíritu de la norma, los directores tenían un poder bastante limitado al carecer de potestad de seleccionar o evaluar al personal con que trabajaban, y no tenían injerencia en el manejo presupuestal ni podían fijar con cierta libertad una política de financiamiento local. Al igual que en el caso de los CLAS en el sector salud (ver capítulo 3), la resistencia a perder poder por parte de la administración central e intermedia (USEs y Direcciones Regionales) se constituyó en el principal obstáculo para este intento de reforma¹³⁹; además de la coexistencia de una frondosa y desactualizada legislación, así como el afán por querer controlar lo que pasaba en el sistema a partir de procedimientos en extremo complicados.

Finalmente, en el discurso presidencial de julio de 1999, se retomó la idea de transferir, a partir de enero del 2000, la salud y educación básicas desde el Ministerio de la Presidencia hacia los municipios, aunque sin mayores precisiones. Sin embargo, esta iniciativa se quedó nuevamente en palabras ante el difícil contexto socio político previo a las elecciones del 2000 y el desenlace posterior, que acabó con el régimen pasado.

4.2 La organización del sistema educativo público

La organización institucional del sistema educativo público peruano merece un análisis aparte, puesto que sufrió de una considerable fragmentación, lo cual ocasionó su ineficiencia y fue una de las principales causas que permitieron el resquebrajamiento de la calidad de la educación pública peruana. Así, Alcázar *et al.* (2003) se refiere a esta organización como “confusa, diversa,

¹³⁹ Esta situación se detalla en Ortiz de Zevallos y Pollarollo (2000) y es referida por Díaz (2000).

burocrática e ineficiente”, y el Banco Mundial (2001) habla de un “laberinto de fragmentación institucional”.

Esta situación es resultado de una serie de factores, de reformas incompletas, y de políticas mal diseñadas que llevaron a la mencionada superposición de normas, acompañadas de la creación de instancias administrativas, que hicieron que, cada vez más, la gestión de la educación pública se concentre *más* en el cumplimiento de normas y *menos* en la calidad del servicio educativo. El desorden y la descoordinación organizacional han sido además propicios para la corrupción en los distintos niveles de la estructura del sector.

A continuación, se hace una descripción de la estructura organizativa del sistema educativo público vigente a lo largo de la década pasada hasta el año 2002, aproximadamente. Posteriormente, se hace mención a los cambios recientes que ha sufrido esta estructura a partir del proceso de descentralización iniciado por este gobierno y de la recientemente promulgada Ley General de Educación.

4.2.1 La organización de la gestión del sistema educativo público hasta el 2002

El Ministerio de Educación (MINEDU) se encuentra a la cabeza del sector como autoridad técnica y normativa del sector, pero no tiene injerencia sobre el total de los recursos asignados a los centros educativos: el grueso del presupuesto en el nivel de las regiones se administra a través del Ministerio de la Presidencia, el cual a su vez transfiere los recursos a los CTAR, y de allí a los órganos intermedios de las regiones (posteriormente, a partir del 2002, este presupuesto pasó a ser administrado por los gobiernos regionales). Cabe señalar que el MINEDU sí administra de manera centralizada los gastos en materiales de enseñanza y los presupuestos para los programas de capacitación para los docentes y directores, mientras que el presupuesto asignado para el pago de planillas y beneficios sociales, la compra de bienes y servicios, y el gasto de capital se ejecutan de forma descentralizada en el nivel regional. Únicamente en el caso de Lima y Callao, el MINEDU manejaba los presupuestos de los centros educativos por lo que se dice que existían dos modelos de organización: una para Lima y Callao y otra para el resto de regiones del país.

En un segundo nivel, en el aspecto administrativo y normativo, se encuentran las *Direcciones Regionales* (DRE) y *Sub-regionales* (DSR), cuyo rol es la promoción, coordinación, y evaluación del desarrollo educativo en su ámbito de acción. Los órganos de tercer nivel los constituían las USE, y *Áreas de Desarrollo Educativo* (ADE), encargadas del soporte pedagógico, institucional y administrativo de los centros y programas educativos. No obstante su definición por niveles, los roles de estas tres instancias no estaban del todo bien establecidos.

Evidentemente, las DREs deberían tener como ámbito de influencia la región en la cual se encuentran; sin embargo, existían algunas DREs que tenían DSRE y, en algunos casos, no necesariamente con una relación jerárquica entre ellas, ya que algunas sub-regionales contaban con presupuestos independientes (tenían el estatus de unidades ejecutoras, otorgado por el MEF). Más aún, algunas regiones tenían como organismos de tercer nivel a USEs y ADEs, otras tenían a uno u otro, mientras que había regiones que no tenían ningunos. En el caso de estas últimas, su ámbito de acción se determinaba territorialmente sobre la base de criterios difíciles de intuir (Jaramillo y Arteaga, 2003).

Como ya se puede inferir, existieron diversas variantes de los modelos organizaciones en el nivel regional, cada uno de los cuales se ha formado de acuerdo al “criterio” de cada organismo intermedio. Específicamente, eran ocho las variantes identificadas por Alcázar *et al.* (2003), además del modelo de Lima y Callao. Así, entre los centros educativos y las DREs (que existen en todas las regiones) puede haber una relación directa, puede haber una DSRE intermedia y una USE o ADE o puede haber sólo una de estas últimas. Hacia el año 2001 habían un total 313 órganos intermedios: 25 DREs, 17 DSRE, 82 USEs, y 189 ADEs. Por si fuera poco, algunas USEs y ADEs también tenían la condición de unidades ejecutoras¹⁴⁰ (73 de las 313).

4.2.2 Aspectos de la organización del centro educativo

La organización y funcionamiento de los centros educativos estatales se rigen por las normas definidas desde el MINEDU. Este último establece el currículum y los criterios de evaluación: norma los alcances de la participación de los padres de familia y establece la estructura de organización y el manejo del personal, los turnos de funcionamiento, los niveles y modalidades ofrecidos, entre otros aspectos.

El centro educativo está afectado por diversos actores internos y externos. En el primer grupo se encuentran el directores, los docentes, y los estudiantes; mientras que son actores externos los padres de familia, los supervisores y personal de los órganos intermedios, los funcionarios administrativos del MINEDU; y, en un nivel más lejano, el sindicato de maestros (SUTEP¹⁴¹) y los políticos. Las interacciones que se producen entre estos actores afectan los resultados que se dan dentro del ámbito del centro educativo y pueden ser favorables o no para fines del sistema. A continuación se describe con mayor detalle el rol que cumplen los directores y los padres de familia.

¹⁴⁰ Estas son las únicas instancias que reciben recursos y ejecutan los pagos de personal, bienes y servicios y otras partidas del sector

¹⁴¹ Sindicato Único de Trabajadores de la Educación del Perú.

Los directores

En segundo lugar, los directores de los centros educativos juegan un rol importante en sus interacciones con los demás actores del centro educativo. En el Perú, el director tiene un margen muy reducido de atribuciones en la gestión del centro educativo de su responsabilidad. Además de no recibir mayor incentivo económico por la labor que desarrollan (reciben una bonificación no mayor al 10 por ciento del sueldo promedio del docente), no tienen capacidad de decisión administrativa de sus centros, ni en lo que se refiere al personal docente (selección, contratación, evaluación), ni de planificación de mediano plazo. Como ya se ha detallado en la sub-sección anterior, las principales atribuciones del manejo financiero, de personal, y pedagógico las tienen las USE.

Así, la principal herramienta de la cual carecen los directores es la facultad para gerenciar los recursos humanos del centro educativo, lo cual les resta autoridad sobre su personal, además de dificultar cualquier intento por implementar un sistema de incentivos al buen desempeño de los docentes. La situación descrita se constituye en un problema crítico en cuanto al manejo de personal (plazas, contrataciones, desplazamientos y formulación de planillas). La autorización de plazas permanentes la da el MINEDU, mientras que las contrataciones temporales de personal docente podían ser realizadas por las UE (siempre y cuando podían demostrar la necesidad de las mismas). Debido a las dificultades para reasignar docentes frente a una mayor demanda educativa en una determinada localidad, se procedía a contratar un nuevo docente aún a pesar de que en otras localidades sobraban maestros. Más aún, muchas veces se asignan nuevos docentes a centros educativos que no los solicitan (Alcázar *et al.*, 2003). Un subproducto indeseado de la potestad de los órganos intermedios de aprobar las solicitudes de reasignaciones era la creación una mafia de venta de plazas urbanas por parte de algunos funcionarios.

Asimismo, el director tampoco puede disponer de sanciones ni de la separación, y menos el despido, de un maestro; puesto que se trata de un trámite burocrático muy complicado, cuya resolución en una instancia superior (USE o ADE, hoy UGEL) es extremadamente lenta y que exige al director demostrar la existencia de la falta. Peor aún, la apelación de las sanciones (cuando se producían) estaba muy reglamentada, tenía procedimientos e instancias precisas y podía incluso volverse en contra del director acusador (Díaz y Saavedra, 2002). De esta manera, un resultado preocupante de esta incapacidad de sanción a los malos maestros es que muchos de ellos fueron puestos a trabajar en instancias administrativas mientras tenían procesos abiertos en sus centros educativos de origen. Así, si un maestro cometía una o más faltas en un centro educativo, era muy probable que terminara trabajando en un organismo intermedio realizando labores administrativas; es decir, los peores docentes se convirtieron en los administradores del sector, lo que contribuyó a mermar la capacidad y la credibilidad de estos organismos ante los mismos centros educativos.

Por el lado del manejo de recursos, el director tiene nominalmente alguna injerencia. Sin embargo, a pesar de que a partir de decretos supremos dictados en el 2001 y el 2002 (DS 007 – 2001 y el DS 168 del 2002) se desarrollaron y complementaron las medidas establecidas por la Resolución Ministerial RM016 de 1996 (referida en la sección 4.1.1), con el fin de otorgar mayor flexibilidad y autonomía al centro educativo (y por consiguiente, mayor responsabilidad al director); éstas continuaron siendo ignoradas por los órganos intermedios, amparándose en otras normas de mayor jerarquía legal. Esta última situación ilustra el problema de superposición de leyes y lo engorroso de la normatividad sobre la cual funciona el sistema educativo público.

Los Padres de Familia

Los padres de familia influyen en el centro educativo a través de la Asociación de Padres de Familia (APAFA), entidad formada en cada centro educativo y reconocida por el Estado¹⁴². Su participación consiste, fundamentalmente, en la administración de las contribuciones de los hogares y en el establecimiento de las prioridades para sus respectivos centros educativos. A través de contribuciones y actividades sociales, las APAFAs adquieren recursos que se destinan para la adquisición de bienes de consumo y de capital; el mantenimiento y reparación de los centros educativos y sus instalaciones; e, incluso, en algunos casos, se han llegado a utilizar para contratar docentes adicionales.

En algunas situaciones, ya sea por presión de los mismos padres de familia o por la voluntad de los funcionarios del sector, las APAFAs logran participar en la administración de los recursos de los centros educativos. Asimismo, éstas suelen cumplir un rol de monitoreo y supervisión de los docentes y directores de los centros educativos, y llegan incluso a presionar a los funcionarios de los órganos intermedios para remover o sancionar a éstos por irregularidades en la administración o en el desempeño docente. No obstante, muchas veces la misma APAFA es objeto de denuncias y controversias por malos manejos de sus recursos, llevados a cabo por las directivas.

4.2.3 Cambios recientes: descentralización y nueva Ley General de Educación

A pesar de que se han producido cambios en la gestión del sector a partir de la creación de los Gobiernos Regionales, del consiguiente proceso de descentralización y de la promulgación de la nueva Ley General de Educación (LGE, Ley Nro. 28044 del 28 de julio del 2003), estos todavía están en proceso y hasta la fecha han sido más de forma que de fondo. Más aún, a pesar de que la situación descrita en el acápite anterior se presenta en tiempo pasado, en realidad, muchas de las situaciones que se detallan se mantienen hasta el día de hoy.

¹⁴² A través del DS 020-98 ED, así como por la nueva Ley General de Educación de 2003.

La LGE determina un nuevo enfoque en la manera de funcionamiento de los centros educativos y del sistema en general. A pesar de ciertas imprecisiones y poco sentido hacia cambios profundos, la nueva Ley constituye un avance importante para introducir elementos de reforma y reconversión del sistema, sobre la base de consensos nacionales contruidos en los últimos años, en especial de las políticas del Acuerdo Nacional, y que constituyen una visión compartida de futuro de la educación en el país.

El proceso de descentralización

El proceso de descentralización del sector educativo empezaría por un punto muy concreto: el fortalecimiento de la autonomía de las instituciones educativas, acompañado de políticas de estímulo a la participación y compensación de desigualdades. La descentralización de la educación comprende las siguientes dimensiones: (i) el protagonismo de la escuela pública y la comunidad educativa; (ii) la gestión y administración del sistema educativo; (iii) los procesos de formación de opinión pública; (iv) diversificación curricular con pertinencia cultural y lingüística.

El proceso de descentralización del sector educativo no empieza de cero, por cuanto se había logrado cierto avance en la desconcentración de la gestión de los órganos intermedios, a partir de las desaparecidas CTAR. En este escenario, la LGE orienta el proceso hacia una *regionalización* y no hacia un nivel de gobierno más bajo (municipalidades) como originalmente estaba planteado por la Ley Orgánica de Municipalidades, que apuntaba a la *municipalización* de la gestión¹⁴³.

La reforma establecida por la Ley de Bases de la Descentralización señala que la educación es una función compartida entre los niveles de gobierno nacional, regional, y local; precisa la función del Estado como *garante* del servicio y encargado de su financiamiento; que la prestación es distribuida entre los diversos niveles de gobierno regional y local; y que la administración de sus recursos es compartida por los tres niveles de gobierno. Este carácter de competencia compartida ha sido ratificado en la nueva Ley General de Educación, que amplía la descentralización focalizando uno de sus componentes básicos en la escuela: su autonomía.

Racionalización de órganos intermedios

Con la creación de los gobiernos regionales sobre la base de los CTARs, y la absorción de las funciones del Ministerio de la Presidencia por parte de otros ministerios, el sector pasó a depender presupuestalmente de los Gobiernos Regionales, los cuales reciben recursos del gobierno central a partir de la *Presidencia del Consejo de Ministros* (PCM). Con la nueva Ley, entre los años 2002 y 2003 se inició un proceso de racionalización de los órganos intermedios con el

¹⁴³ No obstante, todavía existe una ambivalencia que debe ser corregida, en relación al nivel que asume la prestación de los servicios educativos públicos entre lo que establecen ambas leyes.

objetivo de corregir todas las ineficiencias y la mala organización descrita en secciones anteriores. Así, quedaron las DREs a razón de una por cada región, se fusionaron las DRSE así como ADEs y USEs y se dio pase a las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL), cuya jurisdicción se determina territorialmente¹⁴⁴. Como se puede apreciar en la tabla 4.1, en algunas regiones se redujo el número de órganos intermedios, mientras que en otros se incrementó. Estos órganos intermedios dependen presupuestalmente de los gobiernos regionales, pero se sujetan a la normatividad impuesta por el MINEDU a nivel nacional.

Asimismo, mediados de 2003 se iniciaron los procesos para la creación de la Dirección Regional de Lima, la Regional de Lima Provincias y la Regional del Callao, con el fin de desligar el manejo administrativo de los centros educativos de la capital respecto de los que se ubican en las provincias en cumplimiento de la Ley de Regionalización. Al igual que antes, únicamente en el caso de Lima y Callao el MINEDU maneja también el presupuesto de los centros educativos.

A partir del 2003, los directores regionales son elegidos por concurso público a cargo de cada gobierno regional y dependen administrativa y funcionalmente de éste. Esta ley crea, como órgano de participación, concertación y vigilancia ciudadana, el *Consejo Educativo Institucional*, a nivel de centro educativo, y, en las UGEL, el Consejo Participativo Local de Educación, que tiene entre sus funciones la elaboración, seguimiento y evaluación del Proyecto Educativo Local en su jurisdicción. En el ámbito regional, la LGE establece los *Consejos Regionales de Educación*, organización similar a las anteriormente descritas en la que participan, además, universidades e Institutos superiores. Asimismo, la nueva ley estipula que una norma específica regule el *Consejo Nacional de Educación* como órgano especializado, consultivo y autónomo del MED, creado con la finalidad de participar en el Proyecto Educativo Nacional y en las políticas y planes educativos de mediano y largo plazo.

¹⁴⁴ La Ley establece que dicha jurisdicción puede ser modificada bajo criterios de dinámica social, afinidad geográfica, cultural o económica y facilidades de comunicación, en concordancia con las políticas nacionales de descentralización y modernización de la gestión del Estado (art. 73).

Tabla 4.1. Racionalización de órganos intermedios¹ del sistema educativo público

Departamento	Situación hasta julio 2002					Situación julio 2003	
	DRE	DSRE	USE	ADE	Total	DRE	UGE
		(1)	(2)	(3)	(1) + (2) + (3)		
Amazonas	1	1	0	9	10	1	7
Ancash	1	2	15	2	19	1	20
Apurímac	1	1	2	8	11	1	7
Arequipa	1	0	9	0	9	1	10
Ayacucho	1	1	9	4	14	1	11
Cajamarca	1	3	0	11	14	1	13
Cusco	1	0	12	2	14	1	13
Huancavelica	1	0	6	6	12	1	7
Huánuco	1	0	1	12	13	1	11
Ica	1	1	3	0	4	1	5
Junín	1	0	0	15	15	1	9
La Libertad	1	0	10	0	10	1	12
Lambayeque	1	0	0	6	6	1	3
Loreto	1	6	0	27	33	1	7
Madre de Dios	1	0	0	5	5	1	3
Moquegua	1	0	0	5	5	1	3
Pasco	1	0	0	9	9	1	3
Piura	1	1	0	16	17	1	11
Puno	1	0	0	27	27	1	13
San Martín	1	3	0	8	11	1	10
Tacna	1	0	0	4	4	1	4
Tumbes	1	0	0	6	6	1	3
Ucayali	1	0	0	8	8	1	4
Total	23	19	67	190	276	23	189

1/ DRE (Direcciones Regionales de Educación), DSRE (Direcciones Sub Regionales de Educación), USE (Unidades de Servicio Educativo), ADE (Área de Desarrollo Educativo); UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local)

Fuente: Ministerio de Educación.

Como ya se ha mencionado la LGE es un paso en la dirección correcta, por lo que muchos de los cambios que se ha introducido (algunos de los cuales ya se han puesto en marcha) pueden ser reforzados o ampliados en el caso de que se decida aplicar una reforma de fondo en el sector (ver capítulo 5). Sin embargo, aún queda pendiente la reglamentación de esta Ley, por lo que aún por lo que muchas de las nuevas características introducidas por ésta (como la de otorgar mayor autonomía a los centros educativos) aún no pueden ser puestas en práctica.

Recuadro 4.2. Programas, consensos y propuestas de acción referidos a la Educación

Desde hace ya cuatro años, se han construido importantes consensos en educación expresados en un conjunto de programas y propuestas de acción: la *Consulta Nacional por la Educación* (2001), los *Lineamientos de Política Educativa 2001-2006*, el *Acuerdo Nacional* (2002), la *Ley General de Educación* (2003), la propuesta del *Consejo Nacional de Educación* (2003), el *Plan Nacional de Educación Para Todos* (2003), el *Plan Nacional de la Infancia* (2003), el *Pacto de Compromisos Recíprocos por la Educación* (2004), los *Lineamientos de Política Educativa 2004-2006*.

El conjunto de estos documentos plantea temas de preocupación común. En términos de agenda para el sector, el MINEDU resume estos acuerdos en nueve políticas:

1. Poner en marcha de un *Programa de Emergencia Educativa* que prioriza la Comunicación como eje transversal y aprendizaje clave, sobre la base de contenidos de formación en valores, en el marco de políticas educativas universales, y plasmado en políticas compensatorias de acción positiva con las Instituciones Educativas de las zonas más deprimidas del país.
2. Revalorar la carrera docente en un marco de compromisos recíprocos con el magisterio, ya planteado en el marco del Acuerdo Nacional y encargado al Consejo Nacional de Educación. Comprende la elevación del nivel salarial de los docentes acorde con el incremento de la recaudación tributaria; el contrato oportuno y el pago puntual de los docentes, así como la mejora de su nivel profesional y el estímulo a su buen desempeño.
3. Instalar una lógica de transparencia, apertura y abierta comunicación permanente con la ciudadanía, convocando sistemáticamente a los actores sociales para construir las propuestas de cambio y comprometer su colaboración; estableciendo mecanismos permanentes de información y rendición de cuentas; y fortaleciendo los espacios participativos que dispone la Ley: Consejo Educativo Institucional, Consejo Participativo Local y Consejo Participativo Regional
4. Descentralizar el sistema educativo e impulsar la participación en la gestión de acuerdo a lo que dispone tanto la Ley General de Educación, como las leyes de Descentralización, destacando el fortalecimiento de las instituciones educativas con aseguramiento de que todos accedan a una educación de calidad y equidad.
5. Asegurar los requerimientos económicos destinados a la educación a los que el Estado se ha comprometido en el marco del Acuerdo Nacional. Esto implica la iniciativa y liderazgo de la PCM para promover la concertación de los distintos pliegos y sectores, a lo cual debe añadirse el impulso del recientemente creado *Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana* (FONDEP¹⁴⁵).
6. Transformar el sistema educativo de acuerdo a los mandatos de la Ley General de Educación y que supone la reglamentación de la Ley y la elaboración de una nueva Ley Orgánica del Sector.
7. Diseñar una Política Pedagógica Nacional, que requiere transformar los procesos de enseñanza y aprendizaje, mejorar los resultados educativos, así como integrar los diversos factores de calidad educativa contemplados en la nueva ley.
8. Fortalecer la gestión y bases de operación de los Organismos Públicos Descentralizados que son soporte e impulso de la ciencia y la cultura.
9. Trazar líneas de continuidad entre el Plan de Acción del MINEDU y la construcción del Proyecto Educativo Nacional, que responda a los requerimientos del desarrollo sostenido del país, cuya elaboración implica la concertación Estado-Sociedad Civil, habiendo sido iniciada ya por el Consejo Nacional de Educación y debe articularse con los planes nacionales de Educación Para Todos (EPT), Plan de Educación de la Infancia y otros.

El actual gobierno se comprometió a incrementar la proporción del presupuesto asignado al sector educación en 0.25 puntos porcentual del PBI cada año hasta llegar a un 6 por ciento del

¹⁴⁵ Fondo creado por la LGE en el 2003 con el fin de apoyar proyectos de inversión y de innovación y desarrollo educativo. Sus recursos provienen del Tesoro Público, de transferencias del Ministerio de Economía por mayor recaudación, de canjear deuda por educación, de cooperación internacional, recursos propios y donaciones.

PBI, en cumplimiento con lo suscrito por el Acuerdo Nacional (ver recuadro 4.2). Sin embargo, como se verá más adelante, con este gasto se está financiando únicamente la planilla del sector y los incrementos salariales pactados con el SUTEP, los cuales si bien son necesarios, dado el bajísimo nivel remunerativo de los docentes, no están atados a mejoras en la calidad de la enseñanza ni a un compromiso efectivo de permitir la evaluación de los maestros.

4.3 Cobertura y calidad educativa

La educación peruana ha venido logrando notorios avances desde la segunda mitad del siglo XX. Según datos del Banco Mundial, entre 1950 y 1997 la cobertura educativa total se incrementó en 6.6 veces, creciendo de 14 por ciento de la población de 1950 a 36 por ciento en 1997. La universalización¹⁴⁶ de la educación primaria es casi un hecho: hacia 1998, la tasa neta de escolaridad primaria en el Perú ya era cercana al 100 por ciento. En dicho año existían 33 mil escuelas primarias en todo el país, a las cuales asistían 4.1 millones de alumnos, y en las que trabajaban 161 mil maestros (Díaz y Saavedra, 2002). Mientras tanto, la educación secundaria y terciaria tienen una matrícula que abarca al 80 por ciento de los jóvenes de entre 12 y 16 años, y el 30 por ciento de los jóvenes de 17 a 25 años, respectivamente (Banco Mundial, 2001).

Al año 2003 son más de 8 millones y medio de alumnos los que dependen del sistema educativo peruano, ya sea a partir de centros educativos públicos o privados. Como se aprecia en la tabla 4.2, la educación pública atiende a cerca de 7 millones o 81.3 por ciento de los estudiantes menores y adultos de educación básica (inicial, primaria y secundaria), educación superior no universitaria, educación ocupacional y educación especial. Cabe señalar que la participación de la educación privada, sobre la base del total de la matrícula de los niveles señalados se ha incrementado moderadamente de 15.6 por ciento en 1993 a 18.7 por ciento en el 2003.

4.3.1 Cobertura

Como ya se ha referido, el énfasis dado por el gobierno a la expansión de la infraestructura escolar a lo largo de la década de los noventa jugó un papel importante en la expansión de la cobertura. Conterno (1999) señala que la construcción y rehabilitación de colegios en zonas urbano-marginales fue uno de los factores que permitió el incremento de la tasa de asistencia escolar de niños de 6 a 11 años, de 87.3 por ciento en 1993 a 94.2 por ciento en 1995, hasta

¹⁴⁶ Guadalupe (2002) señala que hablar de una “práctica universalización” supone dos cuestiones diferentes: la primera, que la cobertura es lo suficientemente elevada como para considerar que las personas que no son atendidas no constituyen una magnitud tal que justifique hablar de un problema nacional de cobertura y, por otro, reconocer que existe un “bolsón” de no-atención que con seguridad requiere un análisis particular para determinar las razones específicas de esta no-atención con el fin de diseñar acciones específicas que aseguren su inclusión final en el sistema. Adicionalmente, es conveniente considerar que algunas de estas acciones serán de carácter multisectorial ya que, es de presumir, estos “bolsones” comprenden situaciones de abandono infantil que no pueden ser tratadas desde una perspectiva únicamente educativa.

prácticamente llegar a su universalización a fines de la década. Asimismo, se lograron avances como la reducción de la tasa de repetición para el primer grado de primaria de 27.8 por ciento en 1992/1993 a 10.1 por ciento en 1997/1998. De la misma forma, la tasa de deserción de estos últimos durante el mismo periodo cayó de 7.2 por ciento a 4.2 por ciento. Considerando la inversión en infraestructura, el pago y capacitación de los docentes y la provisión de materiales de enseñanza, el gasto promedio en educación básica a mediados de la década fue de US\$ 500 millones anuales.

Pocos países en el rango de ingreso del Perú han logrado alcanzar niveles comparables en términos de acceso a la educación. Más aún, estos logros son particularmente resaltables dada la diversidad geográfica y cultural de nuestro país. Sin embargo, y como ya se ha mencionado anteriormente, los grandes incrementos en los niveles de cobertura de la educación pública de las últimas décadas han estado contrarrestados por serias deficiencias en los niveles de calidad, de equidad y de eficiencia en el sistema educativo.

La información disponible para verificar los progresos del sistema educativo peruano, en cuanto al acceso de la población al servicio, se sustenta en los censos escolares de 1993, 1999 y 2002. Si bien se logró un acceso prácticamente universal a los servicios educativos de la población entre 6 y 11 años, éste no se da, necesariamente, en el nivel y grado que corresponde normativamente a las edades de las personas. Los avances en los niveles de inicial y secundaria son incluso menores.

Tabla 4.2. Matrícula del sistema educativo, según nivel, modalidad y forma

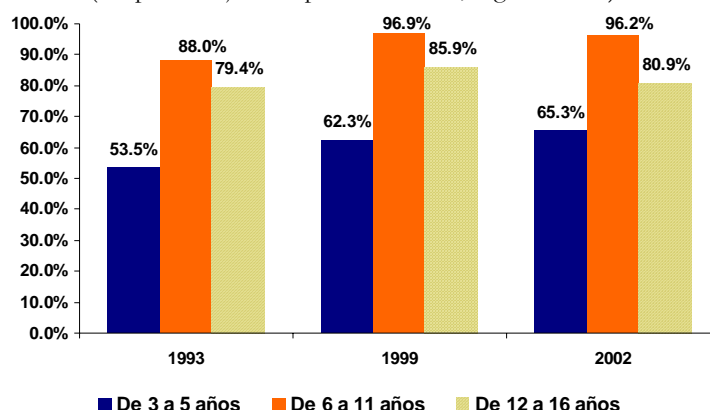
Nivel / Modalidad ¹	1993			1999			2003		
	Privado	Público	Total	Privado	Público	Total	Privado	Público	Total
Total	1,165,474	6,305,574	7,471,048	1,370,881	6,933,503	8,304,384	1,598,604	6,971,461	8,570,065
Escolarizada	1,137,690	5,971,869	7,109,559	1,340,958	6,591,797	7,932,755	1,534,985	6,621,207	8,156,192
No Escolarizada	27,784	333,705	361,489	29,923	341,706	371,629	63,619	350,254	413,873
Educación Inicial	121,895	775,396	897,291	152,458	899,625	1,052,083	182,408	913,257	1,095,665
Escolarizada	119,601	470,452	590,053	152,458	577,032	729,490	182,408	580,844	763,252
No Escolarizada	2,294	304,944	307,238	0	322,593	322,593	0	332,413	332,413
Educación Primaria	487,251	3,568,050	4,055,301	548,770	3,795,118	4,343,888	610,274	3,627,104	4,237,378
Menores	482,449	3,495,394	3,977,843	541,521	3,741,298	4,282,819	602,218	3,585,011	4,187,229
Escolarizada	482,275	3,494,418	3,976,693	541,521	3,741,298	4,282,819	600,361	3,584,727	4,185,088
No Escolarizada	174	976	1,150	0	0	0	1,857	284	2,141
Adultos	4,802	72,656	77,458	7,249	53,820	61,069	8,056	42,093	50,149
Escolarizada	3,190	60,446	63,636	3,461	49,503	52,964	2,040	37,958	39,998
No Escolarizada	1,612	12,210	13,822	3,788	4,317	8,105	6,016	4,135	10,151
Educación Secundaria	319,129	1,628,457	1,947,586	363,787	1,913,790	2,277,577	460,919	2,106,977	2,567,896
Menores	289,126	1,458,680	1,747,806	324,937	1,757,200	2,082,137	395,069	1,951,403	2,346,472
Escolarizada	289,126	1,458,590	1,747,716	324,937	1,757,200	2,082,137	395,069	1,951,403	2,346,472
No Escolarizada	0	90	90	0	0	0	0	0	0
Adultos	30,003	169,777	199,780	38,850	156,590	195,440	65,850	155,574	221,424
Escolarizada	7,282	161,366	168,648	15,651	150,570	166,221	11,933	147,551	159,484
No Escolarizada	22,721	8,411	31,132	23,199	6,020	29,219	53,917	8,023	61,940
Educ. Superior No Universitaria	107,236	194,469	301,705	190,717	167,132	357,849	218,461	170,762	389,223
Formación Magisterial	18,415	100,795	119,210	59,921	61,555	121,476	62,622	54,901	117,523
Educación Superior Tecnológica	88,821	85,278	174,099	130,257	98,440	228,697	155,264	107,568	262,832
Educación Artística	0	8,396	8,396	539	7,137	7,676	575	8,293	8,868
Otras Modalidades	129,963	139,202	269,165	115,149	157,838	272,987	126,542	153,361	279,903
Educación Especial	4,785	16,943	21,728	5,091	22,977	28,068	5,116	22,674	27,790
Escolarizada	4,785	16,943	21,728	5,081	20,910	25,991	5,077	19,595	24,672
No Escolarizada	0	0	0	10	2,067	2,077	39	3,079	3,118
Educación Ocupacional	125,178	122,259	247,437	110,058	134,861	244,919	121,426	130,687	252,113
Escolarizada	124,195	115,185	239,380	107,132	128,152	235,284	119,636	128,367	248,003
No Escolarizada	983	7,074	8,057	2,926	6,709	9,635	1,790	2,320	4,110

1/ La educación escolarizada es aquella que implica la asistencia forzada y periódica de los alumnos al aula.

Fuente: Cifras de la Educación 1998-2003 (MINEDU, 2004)

Así, la figura 4.3 presenta la fracción de las personas que se encuentran en el sistema educativo o *cobertura total*, independientemente de cuál sea su situación dentro de éste. De acuerdo con este indicador, se ha registrado avances en todos los rangos de edad considerados: la cobertura total de niños de 3 a 5 años aumentó en más de 10 puntos porcentuales, pasando de 53.5 por ciento en 1993 a 65.3 por ciento en el 2002; por su parte, la cobertura total de niños entre 6 y 11 años pasó de 88 por ciento en 1993 a 96.9 por ciento en 1999 y de allí bajó ligeramente a 96.2 por ciento en el 2002; mientras que en secundaria este indicador se incrementó de 79.4 por ciento a 85.9 por ciento en 1999, registrándose un retroceso mayor en el 2002 con una cobertura de 80.9 por ciento. La figura referida muestra cómo es que el mayor avance se ha dado en el nivel primario, con tasas de cobertura cercanas al 100 por ciento, mientras que en educación inicial de menores de 3 a 5 años la cobertura aun se encuentra alrededor de 65 por ciento hacia el 2003.

Figura 4.3. Tasas de cobertura total estimadas según grupos de edades - 1993, 1999 y 2002
(en porcentaje de la población total, según edades)



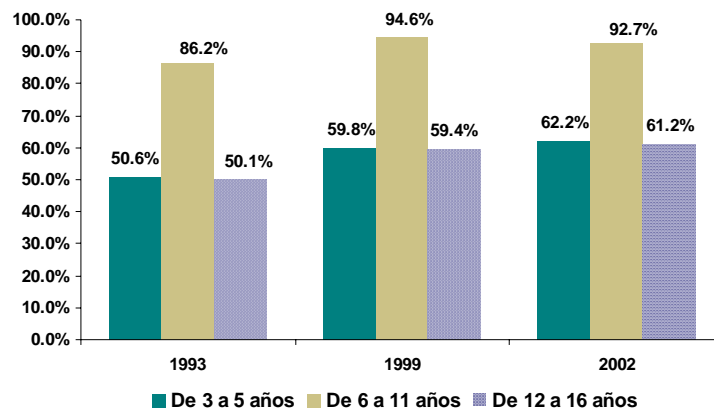
Fuente: Guadalupe (2002), Cifras de la Educación 1998 – 2003 (MINEDU, 2003), ENAHO (2002).

Los otros indicadores de cobertura, que son relevantes para analizar los avances en cuanto al acceso de la población a los servicios educativos, son las tasas de cobertura en *el nivel educativo* (la denominada *tasa neta de escolarización* ampliamente utilizada¹⁴⁷) y *en el grado* que corresponde a cada una de las edades de los niveles de educación obligatoria. Estas tasas dan cuenta no sólo de la atención que brinda el sistema, sino también en qué medida ésta corresponde con lo normativamente establecido. Así, la figura 4.4 muestra la cobertura *en el nivel educativo* para grupos de edades de inicial, primaria y secundaria. Puede observarse cómo entre 1993 y 1999 hubo una mejora en los tres grupos: la cobertura de inicial pasó de 50.6 a 59.8 por ciento, en primaria pasó de 86.2 por ciento en 1993 a 94.5 por ciento en 1999, mientras que en el caso de secundaria creció de 50.1 por ciento a 59.4 por ciento (MINEDU, 2001). Hacia el 2002, de

¹⁴⁷ Indica la proporción de personas de cada una de las edades simples que accede a servicios de Educación Primaria de menores en forma escolarizada (en el caso de las personas de 6 a 11 años) y Secundaria de menores en forma escolarizada (en el caso de las personas de 12 a 16 años).

acuerdo con cifras del Censo Escolar, dicha mejora prosiguió con excepción del nivel primaria en donde se registra un ligero retroceso respecto de la situación de 1999.

Figura 4.4. Tasas de cobertura *en nivel* estimadas según grupos de edades¹ - 1993, 1999 y 2002
(en porcentaje de la población total, según edades)



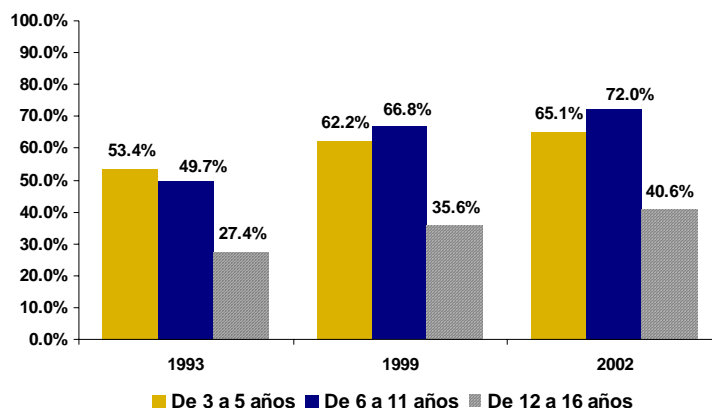
1/ Para el cálculo de la cobertura en el nivel que corresponde con la edad se consideró a la población a la población de 6 a 11 años matriculada en algún centro de Educación Primaria de menores escolarizado, y a la población de 12 a 16 años matriculada en algún centro de Educación Secundaria de menores escolarizado.

Fuente: Guadalupe (2002), Cifras de la Educación 1998 – 2003 (MINEDU, 2003), ENAHO (2002).

Por otra parte la figura 4.5 indica la cobertura *en el grado*¹⁴⁸, es decir, la proporción de individuos de cada una de las edades simples que accede a servicios educativos en el grado que normativamente le corresponde de acuerdo con su edad. Como puede apreciarse, estas tasas adicionales muestran que, si bien los niveles de cobertura total son bastante elevados, existe un importante problema de *extraedad* aunque éste último ha venido reduciéndose de modo significativo durante los últimos 10 años.

¹⁴⁸ De acuerdo con Guadalupe (2002) la cobertura *en grado* se puede interpretar como un indicador de la probabilidad del ingreso de una persona al sistema en el momento que le corresponde y de no haberse atrasado por ninguna razón (repetición o retiro temporal). Por esta razón, se dice que este es un índice global de la situación de escolarización para cualquier grupo específico edad (de ahí que se le denomine índice global de escolarización – IGE).

Figura 4.5. Tasas de cobertura *en grado* estimadas según grupos de edades¹ - 1993, 1999 y 2002
(en porcentaje de la población total, según edades)



1/ Para el cálculo de la cobertura en el grado que corresponde normativamente con la edad, se ha tomado tanto a los matriculados en edad como a los adelantados.

Fuente: Guadalupe, (2002), Cifras de la Educación 1998 – 2003 (MINEDU, 2003), ENAHO (2002).

De este modo, si en 1993 el 49.7 por ciento de los niños de 6 a 11 años se encontraban cursando el grado que les correspondía de acuerdo con su edad, para 1999 este porcentaje se había elevado a más del 66 por ciento. De igual forma, en el caso de la población de 12 a 16 años, la cobertura en edad, la cobertura *en grado* se expandió en casi ocho puntos porcentuales, al pasar de 27.4 por ciento en 1993 a 35.6 por ciento en 1999, y de allí a niveles de 40 por ciento en el 2002. Nótese que en el caso del nivel primaria, las tasas de cobertura *en el grado* son muy similares a las tasas de cobertura total.

Los progresos descritos son muy importantes y marcan una tendencia hacia la subsanación en el tiempo del importante nivel de atraso escolar heredado del comportamiento precedente del sistema, así como de la permanencia de las actuales tasas de repetición. Este nivel de atraso escolar es resultado, fundamentalmente, de las tasas de repetición ya que, según el Censo Escolar de 2002, la edad promedio de ingreso a la primaria es de 6.3 años, siendo la edad normativa 6 años. Es decir, las brechas de acceso y acceso tardío se encuentran básicamente cerradas o en proceso de cierre, al mismo tiempo que se observa un proceso de mejora de la matrícula en edad.

Finalmente, en el año 2002 se atendía a 200 mil 933 alumnos de educación de adultos en total. La demanda de educación primaria de adultos, incluyendo los programas de alfabetización, fue de casi 4 millones de personas que representaron el 28 por ciento del grupo etáreo respectivo (Ramírez, 2003). De acuerdo con cifras del MINEDU, la demanda potencial en educación secundaria de adultos se estimó aproximadamente en 2 millones y medio. Un fenómeno actual es que una parte significativa de sus usuarios son niños y adolescentes. En primaria de adultos se ha encontrado un 33 por ciento de niños y adolescentes entre 10 a 14 años y en secundaria de adultos el 14 por ciento era menor de 15 años.

Educación especial

En lo que se refiere a la educación especial, y de personas con discapacidad, todavía existe un serio problema de acceso y cobertura, que es agravado por la falta de información estadística que permita hacer una evaluación más precisa del problema. En el Perú existen poco más de 1,300 instituciones y programas dedicados a la educación especial y educación integradora, en su mayoría de gestión estatal (ver tabla 4.3). Asimismo, existen de manera experimental instituciones con programas de atención para niños con talentos excepcionales.

De los diferentes tipos de excepcionalidad señalados en el *Reglamento de Educación Especial*, la Dirección de Educación Especial del Ministerio de Educación ha priorizado la atención de los educandos que presentan retardo mental, deficiencias auditivas, problemas de lenguaje y ceguera y visión subnormal, y, en forma experimental, educandos con facultades sobresalientes (superdotados). No obstante esta priorización, incluso al interior de los centros de educación especial se viene atendiendo en forma selectiva los casos menos severos de excepcionalidad, en desmedro de los más afectados, existiendo en las aulas de retardo mental gran número de alumnos *fronterizos*¹⁴⁹ e inclusive educandos con inteligencia normal que presentan problemas de aprendizaje y alumnos *seudo-retardados* por falta de estimulación ambiental.

Tabla 4.3 Instituciones y programas con necesidades educativas estatales

Instituciones y programas	Estatal	No Estatal	Total
Instituciones educativas especiales	325	82	407
Instituciones educativas integradoras	861	66	927
Programas de intervención temprana	57	01	59
Instituciones educativas con programas de talento y superdotación	55	--	55

Fuente: MINEDU (2004)

Asimismo, otro aspecto que debe señalarse es que dentro de los Centros Educativos Especiales se ha incrementado el número de los «Talleres» que tienen por finalidad brindar opciones ocupacionales que posibiliten la integración laboral del joven excepcional; sin embargo, éstos sólo lo preparan para la ejecución de trabajos manuales rudimentarios y manualidades, sin considerar los hábitos de trabajo y una adecuada preparación que garanticen una futura integración laboral.

¹⁴⁹ Se considerar que un individuo es *fronterizo* si presenta un coeficiente intelectual de entre 70 y 76.

De acuerdo con cifras del MINEDU alrededor de 27 mil personas con discapacidad física o mental son atendidas por programas de educación especial y educación integradora (ver tabla 4.4). Debido a que no se ha realizado un censo de población desde 1993, no se cuenta con estadísticas confiables de la cantidad de personas en condición de discapacidad. Más aún, los especialistas en el tema critican la proporción de personas con discapacidad que arroja el Censo de 1993 (1.3 por ciento de la población) debido a que se aleja considerablemente del promedio de países a nivel internacional (10 por ciento¹⁵⁰). Si se refiere a este último estimado, en el Perú habrían alrededor de 2.7 millones de personas en condición de discapacidad, de las que únicamente llevaría al 1 por ciento son atendidas por un centro de educación especial o de educación integradora. De esta manera, el servicio educativo bajo esta modalidad se torna insuficiente y no contribuye realmente a la incorporación del excepcional a la comunidad ni al contacto laboral.

Tabla 4.4 Población atendida con necesidades educativas estatales

Instituciones y programas	Estatal	No Estatal	Total
Instituciones educativas especiales	19,595	5,077	24,672
Instituciones educativas integradoras	1,737	-	1,737
Programas de intervención temprana	3,079	39	3,118
Instituciones educativas con programas de talento y superdotación	6,000	-	6,000

Fuente: MINEDU (2004)

Analfabetismo

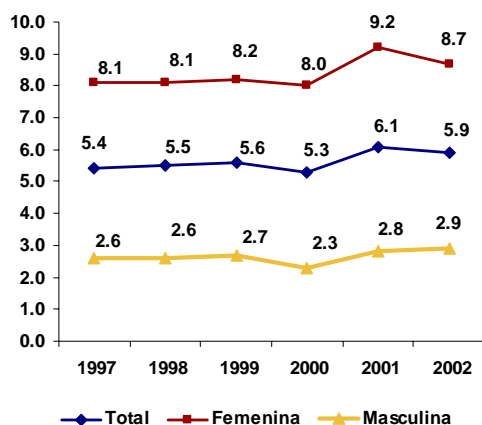
El analfabetismo dejó de ser un problema crítico de la educación peruana desde hace varios años, aunque el país todavía presenta tasas relativamente altas para el promedio de la región. De acuerdo con el Banco Mundial (1993), entre 1961 y 1980 la tasa de analfabetismo total cayó a la mitad, de 40 a 18 por ciento. La información estadística de encuesta de hogares indica que el analfabetismo está concentrado fundamentalmente en zonas rurales, y afecta, desproporcionadamente, a la población femenina.

Hacia el 2002 se estima que, a nivel nacional, alrededor de 12 por ciento de los adultos de 15 y más años son analfabetos, y se calcula que alrededor de dos tercios de los analfabetos absolutos están en el área rural. Esto se ve reflejado en el hecho de que, como se observa en la

¹⁵⁰ Sin embargo, esto puede deberse a la definición de "discapacidad". La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un sistema de clasificación que intenta unificar la definición de términos como "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" y su relación entre uno y otro. Distingue así entre la "deficiencia" orgánica o corporal específica (visual, auditiva, cognitiva, física, etc.); el impacto de la deficiencia sobre la capacidad de la persona para actuar específicamente con relación a otros individuos de su edad, medio físico y cultura ("discapacidad"); y la "desventaja" o "limitación" establecida por la deficiencia o discapacidad sobre la acción para el desarrollo y evolución social - personal del sujeto ("minusvalía").

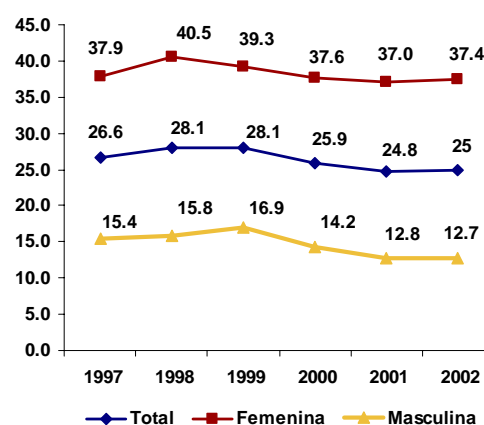
figuras 4.6 y 4.7, la tasa de analfabetismo absoluto¹⁵¹ sea el cuádruple en zonas rurales (25 por ciento) que en zonas urbanas (5.9 por ciento).

Figura 4.6. Tasa de analfabetismo de la población urbana de 15 y más años de edad, según género (en % de la población)



Fuente: INEI; Encuesta Nacional de Hogares del IV Trimestre del 2002

Figura 4.7. Tasa de analfabetismo de la población rural de 15 y más años de edad, según género (en % de la población)



Fuente: INEI; Encuesta Nacional de Hogares del IV Trimestre del 2002

Como ya se mencionó existe un problema de género en la incidencia del analfabetismo en el Perú. En el 2001, se estimaba que el número de adultos analfabetos estaba alrededor de 2,1 millones, el 75 por ciento de los cuales eran mujeres de 15 y más años. El problema de la mujer también se ve reflejado en la mayor tasa de analfabetismo de la población femenina, tanto en zonas urbanas como rurales (ver figuras 4.6 y 4.7).

4.3.2 Agenda pendiente en cobertura

Si bien se habla ya de importantes avances en la cobertura del servicio educativo, en realidad, todavía persisten muchos aspectos que deben ser enfocados en el corto plazo. Así, a pesar del gran avance del sistema educativo peruano en los últimos veinte años, en lo que se refiere a la universalización de la educación primaria, la cobertura de niños de 0 a 5 años es aún muy baja, así como el acceso de la población rural a educación secundaria.

La educación inicial constituye el primer nivel de la educación básica regular y es un factor determinante para el rendimiento futuro del niño en el sistema escolar. La educación inicial atiende a niños de cero a dos años, en forma no escolarizada, y de tres a cinco años, en forma escolarizada. No obstante, la cobertura de 0 a 2 años es ínfima, ya que llega tan sólo a un 3 por ciento de la población según datos del MINEDU; mientras que la cobertura a la población de 3 a 5 años alcanza el 65 por ciento de acuerdo al último censo escolar del 2002 (ver figura 4.3).

¹⁵¹ Se define analfabetismo absoluto como aquella situación del individuo que no sabe leer ni escribir.

Frente a ello, recientemente, una de las metas planteadas por el MINEDU ha sido alcanzar la universalización de la educación inicial.

Asimismo, existen problemas de acceso a la educación secundaria en zonas rurales. De acuerdo con cifras del año 2002, la población de 12 a 16 años (que normativamente debería estar en el nivel secundaria), era de 2,831,978 estudiantes, de los cuales el 68 por ciento se encontraba en el ámbito urbano y el 32 por ciento restante en zonas rurales y alejadas (frontera). La cobertura a niños de 12 a 16 años, en el nivel rural, alcanza únicamente un 44.7 por ciento (MINEDU, 2004), mientras que en el ámbito urbano se eleva a 96 por ciento.

4.3.3 Calidad y rendimiento

Como ya se ha referido anteriormente, el principal problema del sistema educativo peruano es la calidad, la misma que se refleja fundamentalmente en el bajo rendimiento de los alumnos. De acuerdo con cifras del MINEDU, citadas por Trahtemberg (2004), “(...) *de cada 100 alumnos que ingresaron al 1er grado de primaria en 1988, únicamente 20 egresaron de 5to de secundaria en el año 1999, luego de haber pasado por 6 años de educación primaria y 5 años de educación secundaria. Es decir, se estaría hablando de una “tasa de fracaso” del orden del 80 por ciento*”¹⁵².

Los estudiantes peruanos que finalizan la escuela secundaria (cuando lo hacen) no están capacitados para realizar tareas de lectura que requieran el análisis y la comprensión de textos; así como tampoco están en capacidad de realizar cálculos elementales que les permitan desempeñarse adecuadamente, por ejemplo, en el sistema universitario. Al respecto, Trahtemberg (2004) propone reconocer las enormes limitaciones de los alumnos y poner como meta de corto plazo que los jóvenes de quinto de secundaria de colegios públicos puedan, por lo menos, finalizar la escuela secundaria sabiendo leer y hacer cálculos elementales, al margen del resto de cursos obligatorios¹⁵³.

Así, en promedio, los alumnos peruanos que han pasado más de 10 años en el sistema educativo público aprenden poco y lo que aprenden lo aprenden mal. De acuerdo con las evaluaciones realizadas, tanto a nivel nacional como internacional, los logros educativos de los estudiantes peruanos, tanto a nivel de primaria como de secundaria, no están a la altura de lo que el currículo propone y se encuentran rezagados respecto del rendimiento de alumnos en niveles comparables de otros países en desarrollo.

¹⁵² En “Cifras trágicas de la educación: La batalla por la educación” artículo publicado en Diarios Regionales el 13 de enero del 2002. Ver Trahtemberg (2004), pp. 18 y 19.

¹⁵³ Para ello, propone una reforma cuya principal medida sea la imposición de una “moratoria curricular” en la que todos los cursos que se enseñe en un año escolar lectivo estén orientados a estos dos objetivos. Evidentemente, esto suena razonable, como primera medida de un proceso de reforma que busque la transformación integral del sistema, tanto en el nivel institucional como pedagógico.

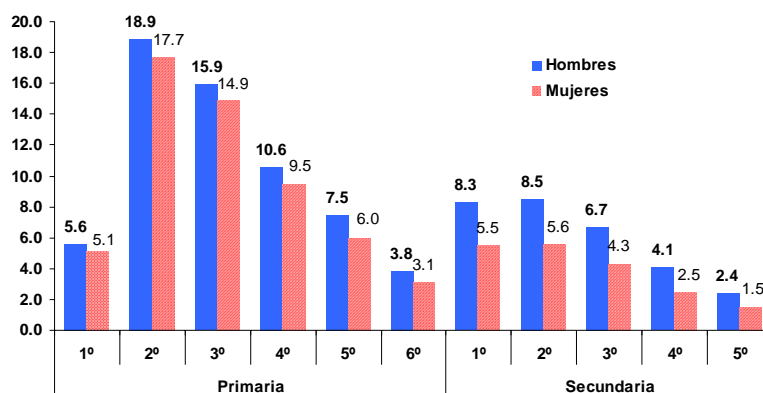
En el acceso y el rendimiento de los alumnos existen importantes diferencias. En general, el problema de equidad del sistema educativo peruano no se da tanto en el nivel de género, sino en aspectos como el área de residencia (urbano y rural), diversidad cultural (hispanohablantes, y educación bilingüe), así como el tipo de gestión (privado, público, y mixto). Al respecto, se debe analizar diversos puntos: equidad en el acceso, en el rendimiento, eficiencia interna (según gestión), entre otras.

Diferencias de género

Diversos estudios han concluido que se ha logrado reducir considerablemente la inequidades de género en el acceso a la educación. Esto ha llevado a que los niveles de escolaridad que la población logra o ha logrado, hayan tendido a equipararse en toda la población menor de 20 años (MINEDU, 2001). Incluso, es posible señalar que las mujeres presentan mejores resultados en cuanto a las tasas de repetición, tal como se verifica en la figura 4.8. Sin embargo, persisten brechas de género que desfavorecen a las mujeres en cuanto a la escolaridad lograda, en relación con la población mayor a 20 años y se concentra en la población de mayor edad. Es decir, esta inequidad se da entre quienes tuvieron dificultad de acceso al sistema educativo en el pasado¹⁵⁴.

Figura 4.8. Tasas de repetición en educación primaria y secundaria escolarizada de menores, por grados según sexo 1999/1998

(en porcentaje del total de total de alumnos)



Fuente: Censo Escolar 1999, MINEDU

En general, existe consenso entre los especialistas del tema educativo al afirmar que prácticamente no existen brechas de género en cuanto al acceso a la educación, permanencia y progreso en el sistema. En algunos casos, como en Lima y otras zonas urbanas, éste es un problema completamente inexistente, mientras que en zonas rurales la reversión de este problema es reciente, por lo que es posible verificar la paridad entre hombres y mujeres menores de 20 años.

¹⁵⁴ Asimismo, las tasas de analfabetismo son mayores en la población femenina (ver figuras 4.6 y 4.7)

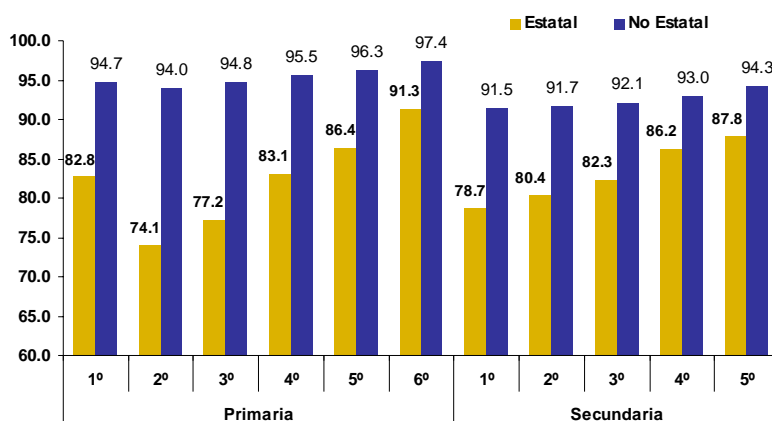
Diferencias por gestión del centro educativo

En contraste con las diferencias de género, sí existen marcadas diferencias en el rendimiento de los alumnos de educación básica de colegios de gestión pública respecto de aquéllos de gestión privada (que incluye colegios privados y de financiamiento mixto). De acuerdo con cifras del Censo Escolar de 1999, existe una diferencia marcada y prolongada en la desaprobación de los alumnos a lo largo de todos los grados, tanto en primaria como en secundaria (ver figura 4.9). En el caso de las tasas de retiro, las diferencias entre alumnos de centros educativos públicos y privados son particularmente pronunciadas en primaria.

En general, en el caso de los centros educativos públicos, el acceso a la educación se sesga hacia quienes pudieron mantenerse en el sistema, aquellos alumnos que no han repetido o lo han hecho menos veces. Alcázar *et al.* (2003) sugiere que si este es el caso, entonces los estudiantes que tienen más problemas son los que engrosan las tasas de deserción, por lo que el sistema educativo peruano no constituye un mecanismo para la igualdad de oportunidades para la adquisición y desarrollo de competencias cognitivas.

Las evaluaciones nacionales e internacionales, en las que el Perú ha participado, también indican que el rendimiento de estudiantes de centros educativos estatales es considerablemente inferior al mostrado por los estudiantes de centros privados. Esto evidencia un serio problema de equidad: los estudiantes que proceden de familias de menores ingresos, que están restringidos a la educación pública gratuita y, en particular, al centro educativo estatal que se encuentra en las cercanías de su área de residencia, reciben una educación de calidad inferior.

Figura 4.9. Tasas de aprobación anual en educación primaria y secundaria escolarizada de menores por grados según gestión
(en porcentaje del total de total de alumnos)



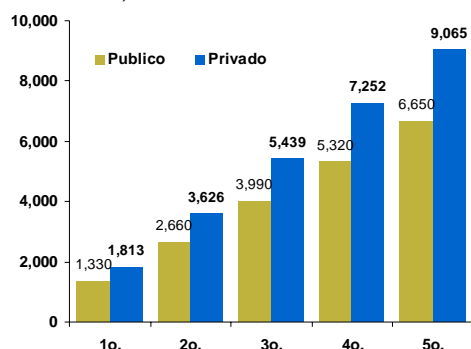
Fuente: Censo Escolar de 1999 (MINEDU)

Otro aspecto que vale la pena resaltar, en cuanto a las diferencias de los alumnos de centros educativos de diferente gestión, es el número de horas de clase al año. De acuerdo con

estudios de caso realizados recientemente por el MINEDU¹⁵⁵, el promedio total de horas de clase programadas para el nivel secundaria por los centros educativos de gestión pública es de 6,650; mientras que, en los centros privados, los alumnos que cursan la secundaria tienen un total de 9,065 horas de clase programadas (ver figura 4.10); es decir, en el caso público las horas programadas equivalen al 73.4 por ciento de las horas de clase programadas por centros particulares.

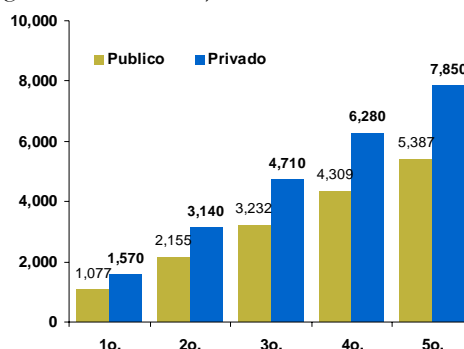
Esta situación es peor si se compara las horas *efectivas* de clase, por cuanto las de los centros públicos alcanzan, en promedio, únicamente el 68.6 por ciento de las de los centros privados. Así, por ejemplo, el alumno de una secundaria pública que culmina el quinto año ha cursado, apenas, 600 horas efectivas más que uno de tercero de secundaria de un centro educativo estatal (ver figura 4.11)

Figura 4.10. Comparación entre horas programadas en secundaria, público y privado
(en número de horas acumuladas por grado, según análisis de caso)



Fuente: MINEDU (2004)

Figura 4.11. Comparación entre horas dictadas en secundaria, público y privado
(en número de horas al año acumuladas por grado, según análisis de caso)



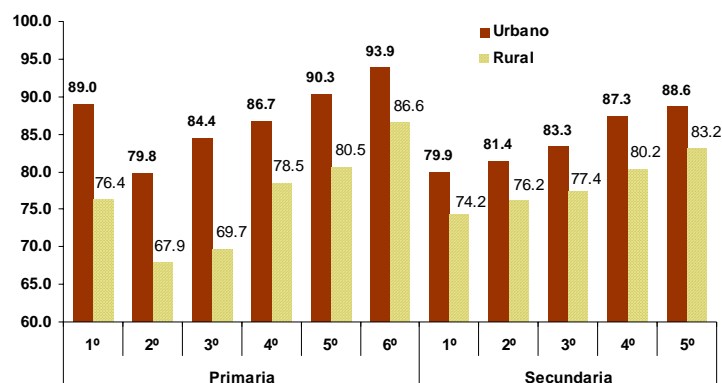
Fuente: MINEDU (2004)

Diferencias por área de ubicación del centro educativo.

Dentro de las escuelas de gestión pública, existen dramáticas diferencias en las tasas de retiro según su ubicación geográfica (rural y urbano) que, además, tienden a acentuarse en los grados superiores. Asimismo, de acuerdo con cifras del Censo de 1999, se observa una tendencia a obtener menores tasas de aprobación en las áreas rurales; mientras que la desaprobación que es mayor en las áreas rurales en primaria, tiende a equipararse en secundaria (ver figura 4.12).

¹⁵⁵ Ver “La situación de la educación en el Perú: panorama crítico”, presentación del Ministro de Educación Javier Sota Nadal. Agosto del 2004.

Figura 4.12. Tasas de aprobación anual en educación primaria y secundaria de menores escolarizada por grados según área de ubicación del centro educativo
(en porcentaje del total de total de alumnos, considera únicamente centros estatales)



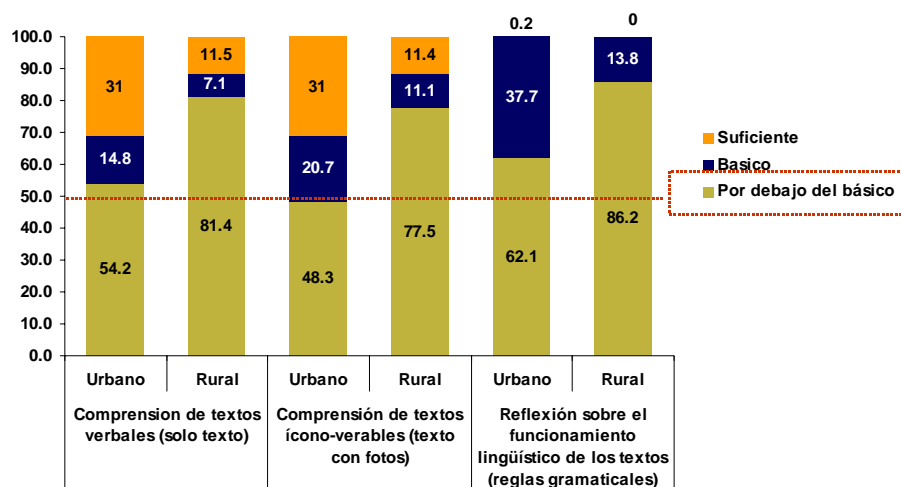
Fuente: Censo Escolar de 1999 (MINEDU)

4.3.4 Evaluaciones

El Perú ha realizado tres evaluaciones nacionales del rendimiento y factores asociados y ha participado en dos evaluaciones internacionales. Dentro del programa MECEP, se llevaron a cabo dos pruebas CRECER (*“Crecer con calidad y equidad en el rendimiento”*), en los años 1996 y 1998 y una Evaluación Nacional en el año 2001. Asimismo, el Perú ha participado en el *Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación* (LLECE) de 1997 y en el *Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes* (PISA Plus) de la OECD en el año 2001.

Las evaluaciones nacionales arrojan resultados que permiten hacer un ordenamiento según grupos o estratos de la muestra utilizada. Así, las conclusiones que se pueden obtener de las tres evaluaciones realizadas son muy similares, y se pueden resumir en las siguientes: (i) los puntajes de estudiantes de centros privados fueron superiores a los de centros estatales; (ii) al interior del sistema educativo público también existen problemas de equidad: las zonas rurales son las que menores desempeño mostraron; (iii) los puntajes en lenguaje y matemática están altamente correlacionados; (iv) existe una correlación entre el nivel de desarrollo socioeconómico del departamento y los puntajes de las pruebas: algunos departamentos consistentemente aparecen en el grupo de menores puntajes en todos los grados y áreas evaluadas. Esto se ilustra con los resultados de la Eval. Nacional del 2001 (ver figura 4.13).

Figura 4.13. Evaluación Nacional 2001: Nivel de desempeño logrado en las pruebas de comunicación integral de 4to grado de primaria, según área geográfica
(en porcentaje del total de alumnos evaluados)

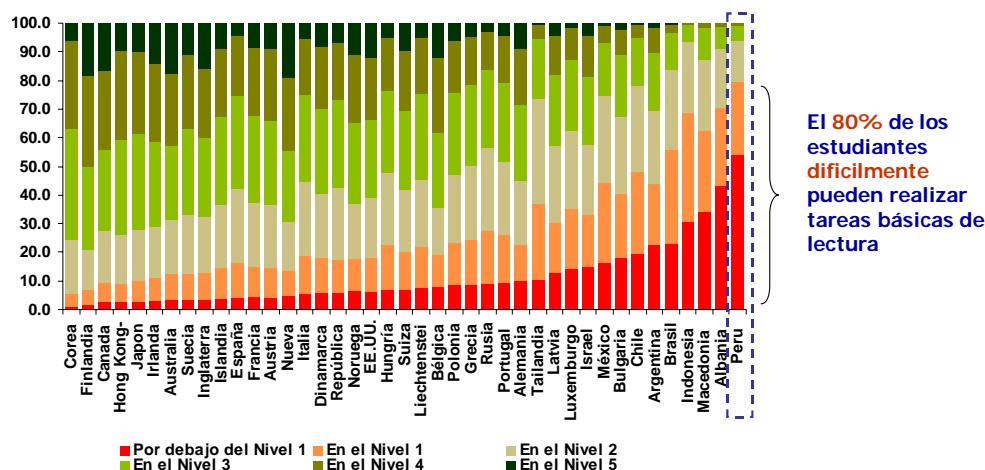


Fuente: UMC (MINEDU, 2002)

En el caso de las evaluaciones internacionales, que permiten hacer comparaciones entre el desempeño de alumnos de grados similares en diversos países, los resultados son alarmantes. De éstas, la más reciente, y la que mayor trascendencia tuvo, fue la evaluación *PISA Plus* realizada por la OECD. Los resultados de esta prueba, que indican que el Perú aparece en último lugar en el *ranking* de países, tanto en matemáticas, en alfabetización lectora y en ciencias, fueron uno de los detonantes para que, en el 2003, el gobierno declarara en emergencia al sector.

En el caso de las pruebas de comprensión de lectura, llevadas a cabo bajo la evaluación PISA, el 54 por ciento de los estudiantes peruanos de 15 años tuvo un desempeño calificado como “por debajo del nivel 1”, en donde el Nivel 1 ya es considerado como “deficiente”. Así, de esta prueba se concluye que el 79.6 por ciento de los estudiantes difícilmente puede realizar tareas básicas de lectura (ver figura 4.14).

Figura 4.14. Resultados de la prueba internacional PISA según nivel de alfabetización lectora¹, 2002
(porcentaje de muestra de alumnos de 15 años de cada país)



1/ PISA utiliza el término alfabetización lectora (*reading literacy*) para hacer referencia, de manera más precisa, a su concepción de la comprensión de textos como parte del **proceso amplio de alfabetización**. De esta manera, la alfabetización lectora consiste, para PISA, en la comprensión, el empleo y la reflexión a partir de textos escritos, con el fin de alcanzar las metas propias, desarrollar el conocimiento y el potencial personal, y participar de manera efectiva en la sociedad.
Fuente: PISA 2003, OECD-UNESCO

En el marco de esta evaluación, uno de los resultados que cabe destacar es que ningún alumno de 15 años procedente de centros educativos estatales alcanza el nivel 4 en los resultados de la escala combinada de alfabetización lectora, aunque únicamente el 6 por ciento de los estudiantes de centros educativos no estatales sí lo logran. Este resultado pone en evidencia que el problema de la calidad de la educación peruana no radica únicamente en los centros estatales, sino que afecta a casi todos los centros de enseñanza.

En las figuras 4.15 y 4.16 se presenta los porcentajes de estudiantes de centros educativos estatales y no estatales de países de la región latinoamericana que se desempeñan en cada nivel de dominio de la escala combinada de alfabetización lectora (ver la tabla 4.5), de acuerdo con la evaluación *PISA Plus*. El reducido porcentaje de estudiantes que alcanzan el Nivel 5 en los países de la región asiste, en su mayoría, a centros educativos no estatales.

Tabla 4.5. Escalas de alfabetización lectora y niveles de dominio en evaluación PISA *Plus* 2001

Nivel de dominio	Escala		
	Obtención de información	Interpretación de textos	Reflexión y evaluación
5 Avanzado	Ubicar y posiblemente ordenar secuencialmente o combinar múltiples fragmentos de información profundamente incrustada, algunos de los cuales pueden encontrarse fuera del cuerpo principal del texto. Inferir qué información del texto es relevante para la realización de la tarea. Tratar con información altamente verosímil y extensa, cuyos contenidos rivalizan o se encuentran en disputa.	Construir el significado de un lenguaje con matices o sutilezas o demostrar una comprensión total y detallada de un texto.	Evaluar críticamente o establecer hipótesis, haciendo uso de conocimiento especializado. Tratar con conceptos contrarios a lo esperado por el lector, y servirse de un profundo entendimiento de textos largos o complejos.
4	Ubicar y posiblemente ordenar secuencialmente o combinar múltiples fragmentos de información incrustada, para lo cual se requiere cumplir con múltiples criterios, en un texto cuyo contexto o forma no son familiares. Inferir qué información proporcionada por el texto es relevante para la realización de la tarea.	Emplear un alto nivel de inferencia basada en el texto para comprender y aplicar categorías en un contexto con el que no se está familiarizado y construir el significado de una sección del texto tomando en cuenta el texto como un todo. Tratar con ambigüedades, ideas que son contrarias a lo esperado e ideas que son enunciadas en forma negativa.	Emplear conocimientos formales o públicos para establecer hipótesis acerca de un texto o evaluarlo críticamente. Mostrar una comprensión precisa de textos largos o complejos.
3	Ubicar y, en algunos casos, reconocer la relación entre fragmentos de información, para lo cual se requiere cumplir con múltiples criterios. Tratar con prominente información, cuyos contenidos rivalizan o se encuentran en disputa.	Integrar varias partes de un texto con el fin de identificar una idea central, comprender una relación o construir el significado de una palabra o una frase. Comparar, contrastar o categorizar tomando varios criterios en cuenta. Tratar con información, cuyos contenidos rivalizan o se encuentran en disputa.	Realizar conexiones o comparaciones, dar explicaciones o evaluar una característica del texto. Demostrar una comprensión detallada del texto en relación con conocimientos familiares, cotidianos o hacer uso de conocimientos menos comunes.
2	Ubicar uno o más fragmentos de información, para lo cual se requiere cumplir con múltiples criterios. Tratar con información cuyos contenidos rivalizan o se encuentran en disputa.	Identificar la idea central de un texto, comprender relaciones, formar o aplicar categorías simples o construir significados dentro de una parte limitada del texto cuando la información no es prominente y se requiere hacer inferencias de bajo nivel.	Realizar comparaciones o conexiones entre el texto y el conocimiento exterior, o explicar una característica del texto, haciendo uso de la experiencia y actitudes personales.
1 Deficiente	Tomar en cuenta un solo criterio para ubicar uno o más fragmentos independientes de información explícita.	Reconocer el tema central o el propósito de un autor acerca de un tema familiar, cuando la información requerida en el texto es prominente.	Realizar una conexión simple entre la información del texto y el conocimiento común y cotidiano.

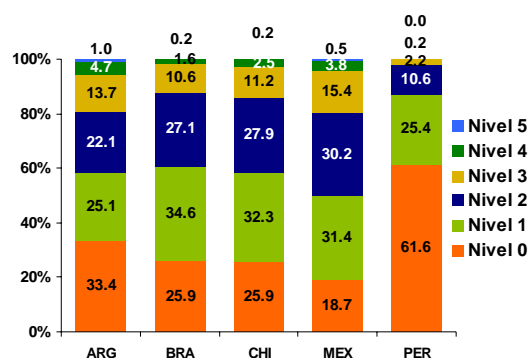
Fuente: Tomado de Caro (2003)

Al respecto, en Argentina, Brasil y México alrededor de 3 por ciento de los estudiantes del sector no estatal se desempeña en el Nivel 5. Estos estudiantes son capaces de manejar información difícil de encontrar en textos con los que no están familiarizados, muestran una comprensión detallada de dichos textos, evalúan críticamente y establecen hipótesis y pueden recurrir a conocimiento especializado e incluir conceptos que pueden ser contrarios a las

expectativas. En el Perú, tanto en los centros educativos estatales como en los no estatales no existe un porcentaje significativo de alumnos que se desempeñen en este nivel.

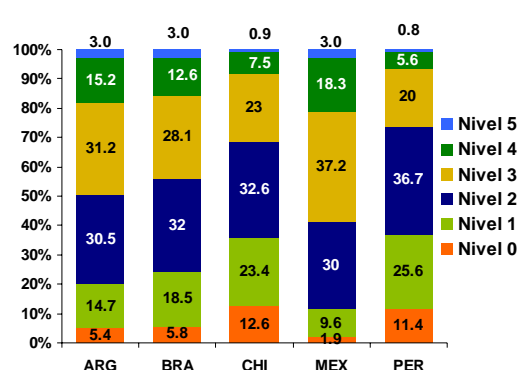
En comparación con el resto de países de la región, el Perú presenta la menor proporción de estudiantes (alrededor de 13 por ciento) en centros educativos estatales que alcanza como mínimo el Nivel 2. Es decir, tal como se observa en la figura 4.15, alrededor del 87 por ciento de los estudiantes de centros educativos estatales en el Perú se desempeña en el Nivel 1 o por debajo del mismo. En cambio, en los centros educativos de gestión no estatal, más de la mitad de los estudiantes (alrededor de 63 por ciento) se desempeñan en el Nivel 2 ó por encima de éste (ver figura 4.16).

Figura 4.15. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de dominio en la escala combinada de alfabetización lectora – centros estatales
(en % de la muestra)



Fuente: MINEDU - UMC (2003)

Figura 4.16. Porcentaje de estudiantes en cada nivel de dominio en la escala combinada de alfabetización lectora – centros no estatales
(en % de la muestra)

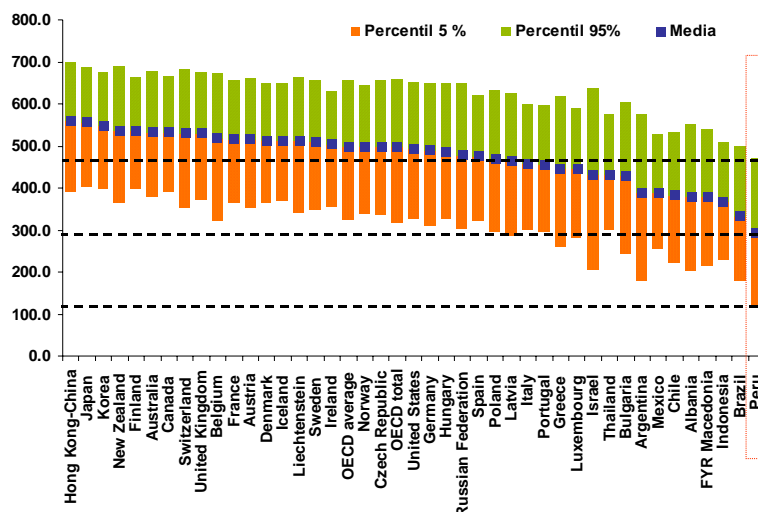


Fuente: MINEDU - UMC (2003)

Por otro lado, en *aptitud para las matemáticas*, el puntaje obtenido por los estudiantes peruanos en las evaluaciones *PISA Plus* también los ubica en la cola del mundo (ver figura 4.17). Más aún, considerando la distribución del puntaje alcanzado por los estudiantes peruanos, se puede verificar que el 95 por ciento de los alumnos peruanos alcanzó un puntaje inferior al 90 por ciento de los estudiantes de países que obtuvieron los mejores resultados en las pruebas, como Hong Kong, Japón y Corea. Tales resultados, implican que estos estudiantes no están en capacidad de realizar tareas simples que consistan en producir hechos o procesos matemáticos elementales, ni aplicar habilidades computacionales simples¹⁵⁶.

¹⁵⁶ OECD (2003). Reporte de los resultados de la Evaluación PISA.

Figura 4.17. Distribución de la performance de alumnos en la escala de aptitud para las matemáticas
(en puntos obtenidos por muestra de alumnos de 15 años de cada país)



Fuente: PISA 2003, OECD-UNESCO

Más allá de las cifras, lo cierto es que las reglas con las que funciona el sistema están mal diseñadas: “cuando un niño no aprende, es su culpa y debe repetir; cuando aprende, se debe al profesor” (Alcázar *et al.*, 2003). Sin embargo, las pruebas de rendimiento más recientes indican que en realidad, *nadie* aprende, por lo que la promoción de un alumno a grados superiores no está en función del aprendizaje que deberían alcanzar los estudiantes peruanos, sino de otros factores (Trahtemberg, 2004).

4.4 Financiamiento de la educación pública

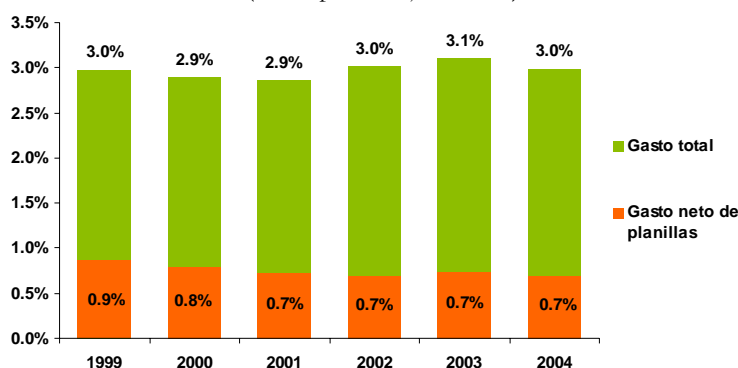
El gasto público en educación se incrementó sostenidamente a lo largo de la década de los noventa. Sin embargo, el 3 por ciento del PBI que alcanzó el gasto en educación (2.4 por ciento, sin incluir pensiones) en 1997 se situó muy por debajo del promedio de 4.5 por ciento de los países latinoamericanos, peor aún si consideramos que el gasto público en educación incluye el gasto previsional del sector. Como puede observarse en la figura 4.18, el gasto público en la función de educación y cultura¹⁵⁷ se ha mantenido casi constante en términos del PBI a lo largo de los cinco años presentados. No obstante, el grueso de este gasto se va en el pago de planillas y obligaciones sociales, dejando una proporción muy pequeña al gasto en bienes y servicios y a la inversión.

La principal preocupación del gobierno en los primeros años de la década pasada fue la reducción del personal administrativo del sector educación, como parte del programa de ajuste estructural. Una vez estabilizada la economía, a partir de 1993, se pasó de la contracción del

¹⁵⁷ Este gasto se refiere a la función de 09: Educación y Cultura, según la nomenclatura del SIAF. Incluye los programas de educación inicial, primaria, secundaria, superior, educación especial, ciencia y tecnología, cultura, entre otros.

gasto educativo al crecimiento sostenido, principalmente en infraestructura tal como se describió en la sección 4.1.2. De acuerdo con Saavedra y Suárez (2002) en 1990 se gastaba un promedio de 162 dólares por alumno, mientras que al año 2000 esta cifra se incrementó a 278 dólares, cifra similar a la obtenida en 1981. A lo largo la década pasada, el gasto público total en educación se incrementó considerablemente a una tasa promedio anual de 7.2 por ciento. Este incremento se basó fundamentalmente en el mayor gasto de capital dado el énfasis a la expansión de la infraestructura educativa (con un crecimiento promedio anual de 18.6 por ciento), bajo la consigna de la construcción de “una escuela por día” prometida por el presidente Fujimori; mientras que el gasto corriente se incrementó en 6.6 por ciento (Vásquez y Mendizábal, 1998).

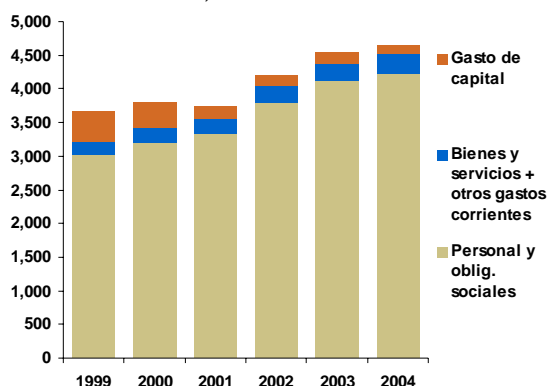
Figura 4.18. Gasto¹ en “educación y cultura”
(como porcentaje del PBI)



1/ De acuerdo a presupuestos de apertura. Planillas incluyen gasto previsional.
Fuente: SIAF

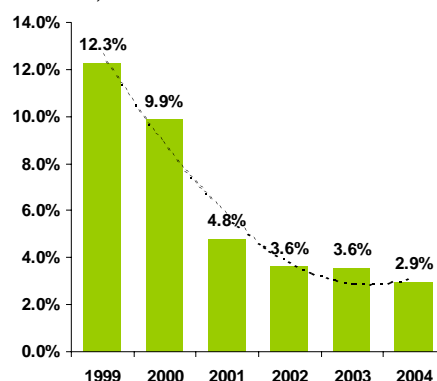
Utilizando datos del SIAF, la figura 4.19 muestra una comparación de los presupuestos de educación para los niveles inicial, primaria y secundaria, según grupo de gasto. Como puede observarse, entre el 2001 y el 2004 (presupuesto de apertura) se ha registrado un incremento de casi S/. 1,000 millones. Sin embargo, este incremento se ha ido casi en su totalidad al mayor pago de salarios a los maestros y personal administrativo, así como en menor proporción a un mayor gasto corriente. El gasto de capital en el sector se ha mantenido casi invariante: su participación en el presupuesto total asignado a los niveles inicial, primaria y secundaria se ha reducido considerablemente de 12.3 por ciento en 1999 (año en que se incrementó la inversión en el sector con fines electorales) a tan solo 2.9 por ciento en el 2004, según el Presupuestos General de Apertura para este año (ver figura 4.20).

Figura 4.19. Participación de rubros de gasto en presupuesto asignado a educación inicial, primaria y secundaria¹
(en millones de soles)



1/ Cifras del año 2004 corresponden al presupuesto de apertura
Fuente: SIAF

Figura 4.20. Participación del gasto de capital en presupuestos asignado a educación inicial, primaria y secundaria¹
(en % del total)



1/ Cifras del año 2004 corresponden al presupuesto de apertura
Fuente: SIAF

La participación del gasto en planillas ha llegado a proporciones sorprendentes en todos los niveles. Más aún, esta participación ha sido creciente en los últimos cuatro años en los niveles de inicial y primaria, y se ha mantenido por encima del 90 por ciento en el caso de la educación secundaria (ver tabla 4.6). Este hecho es un factor altamente preocupante, por cuanto genera serias inequidades en la asignación del gasto entre Lima y las regiones, tal como se verá más adelante.

Tabla 4.6. Presupuesto total asignado a educación inicial, primaria y secundaria¹
(en millones de soles corrientes)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Gasto total						
Inicial	455,362	447,845	424,879	511,392	552,595	497,893
Primaria	1,908,928	1,954,678	1,858,705	2,027,036	2,177,284	2,236,128
Secundaria	1,307,765	1,400,019	1,453,401	1,657,277	1,823,070	1,910,973
% Gasto planillas						
Inicial	65.6	70.9	78.9	75.8	76.7	87.7
Primaria	80.1	82.6	89.6	92.9	92.9	92.1
Secundaria	91.0	90.8	91.8	91.8	92.0	90.6

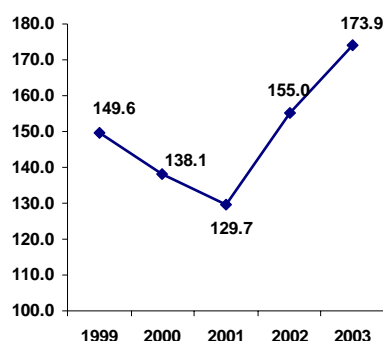
1/Según Presupuestos de Apertura
Fuente: SIAF

4.4.1 Gasto por alumno

Las figuras de la 4.21 a la 4.26 hacen un paralelo entre el gasto total por alumno y aquel neto del gasto en planillas para el periodo 1999 – 2004. Son dos los aspectos que se pueden notar de las figuras en cuestión. En primer lugar, dan una idea de orden de magnitud del gasto por

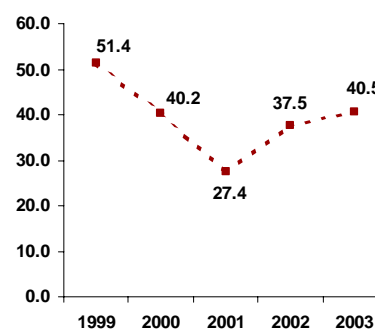
alumno considerando y sin considerar el gasto en planillas. En segundo lugar, se quiere hacer nuevamente hincapié en el fuerte componente del gasto que se va al pago de remuneraciones y de la consiguiente minimización de la inversión en el sector (más aún cuando el gasto neto de planillas considera además otros gastos corrientes).

Figura 4.21. Gasto total por alumno, educación inicial¹
(en US\$)



1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.
Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

Figura 4.22. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación inicial¹
(en US\$)



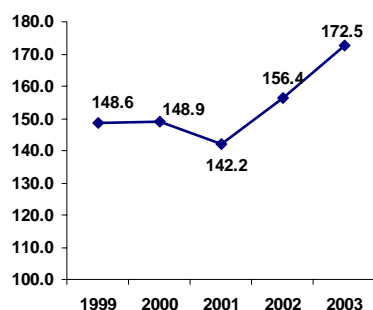
1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.
Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

Se puede apreciar, por ejemplo, cómo el gasto total por alumno ha mostrado una tendencia positiva en todos los niveles, en realidad, en lo que respecta a los niveles de inicial y primaria, la tendencia del gasto neto de planillas y obligaciones sociales ha sido decreciente. Así, mientras que considerando el gasto total en 1999 se gastaba US\$ 149.6 al año por alumno en el nivel inicial, en el año 2003 este monto era de US\$ 173.9 implicando un crecimiento promedio anual de 3.1 por ciento; sin embargo, considerando el gasto neto por alumno, se observa que éste ha pasado de US\$ 51.4 por alumno a tan sólo US\$ 40.5 entre dichos años, con lo cual el crecimiento promedio entre dichos años es de 4.7 por ciento.

Similar situación se observa en la figura 4.23, en la cual el gasto público total en el nivel primaria por alumno pasó de US\$ 148.6 a US\$ 172.5 entre 1999 y el año 2003, mientras que el gasto neto por alumno, si bien a mostrado un magro crecimiento entre el 2001 y el 2004, ha pasado de US\$ 29.5 por alumno en 1999 a US\$ 12.3 en el 2003 (ver figura 4.24). De esta manera, mientras que el gasto total se ha incremento en 3.0 por ciento, el gasto neto se redujo a una tasa promedio de 16 por ciento entre dichos años.

Figura 4.23. Gasto total por alumno, educación primaria¹

(en US\$)

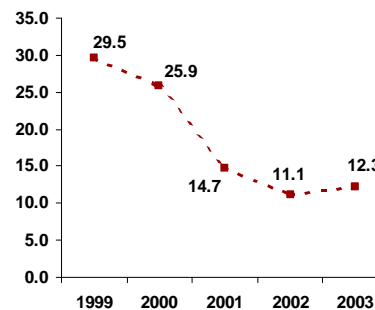


1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.

Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

Figura 4.24. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación primaria¹

(en US\$)



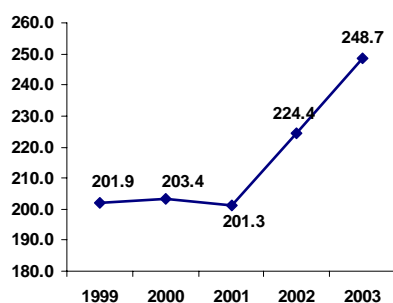
1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.

Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

En contraposición, en el caso de la educación secundaria, se observa una tendencia positiva en ambos gastos, aunque en órdenes de magnitud la disparidad se ha mantenido. Así, en 1999, el gasto total por alumno matriculado en el nivel secundaria era de US\$ 201.9, mientras que el gasto neto únicamente ascendía a US\$ 18.1, es decir, una relación de 11 a 1. Sin embargo, en el año 2003, el gasto total por alumno en secundaria pasó a US\$ 248.7, mientras que el gasto neto alcanzó únicamente US\$ 19.9 por alumno (una relación de 13 a 1).

Figura 4.25. Gasto total por alumno, educación secundaria¹

(en US\$)

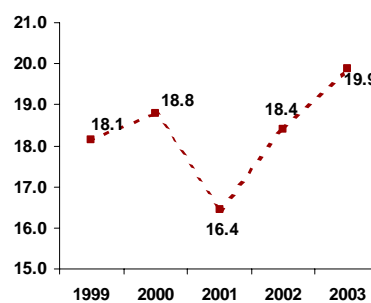


1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.

Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

Figura 4.26. Gasto total por alumno sin considerar gasto en planillas, educación secundaria¹

(en US\$)



1/ Cifras de gasto construidas sobre la base de presupuesto ejecutado.

Fuente: SIAF, Ministerio de Educación.

4.4.2 Asignación del gasto

El gasto público en educación básica (inicial, primaria y secundaria) se asigna fundamentalmente sobre la base del número de profesores en cada región, y no sobre la base del número de alumnos. Esta situación lleva a que existan serias disparidades entre las distintas regiones puesto que, como ya se ha planteado, la asignación de docentes a los centros educativos no se realiza necesariamente sobre la base del requerimiento efectivo de maestros.

De esta manera, en general, no existe mayor homogeneidad en el número promedio de alumnos que atiende un maestro (carga docente), de modo que existen diferencias en dichos promedios de más de diez alumnos, tal como se puede apreciar en la tabla 4.7 (por ejemplo, en el caso del nivel primaria de menores, la diferencia entre la región que tiene el mayor número promedio de alumnos por profesor respecto de la que tiene el mínimo es de 15 estudiantes).

Tabla 4.7. Número de alumnos por docente, por regiones según niveles escolarizados 2003

Región	Inicial	Primaria de Menores	Primaria de Adultos	Secundaria de Menores	Secundaria de Adultos
Amazonas	22.5	25.0	23.3	18.4	23.7
Ancash	23.8	23.6	17.2	15.1	16.0
Apurímac	25.0	25.8	21.0	20.7	24.3
Arequipa	22.7	22.4	15.3	18.5	22.1
Ayacucho	22.4	23.5	18.1	17.2	25.1
Cajamarca	19.9	25.1	30.6	18.4	26.3
Callao	25.2	30.9	22.4	20.5	22.8
Cusco	28.6	29.8	25.9	24.4	31.9
Huancavelica	25.0	27.0	23.6	20.7	25.6
Huánuco	25.4	30.7	22.9	22.0	32.8
Ica	25.9	24.0	16.9	17.5	16.7
Junín	25.1	26.4	29.4	17.9	20.5
La Libertad	24.6	28.1	24.3	17.8	16.9
Lambayeque	24.7	30.5	25.8	22.3	22.9
Lima Metropolitana	25.0	29.6	22.4	20.5	27.3
Lima resto	23.0	22.5	21.3	14.9	16.4
Loreto	21.6	26.0	15.8	16.7	22.8
Madre de Dios	21.6	25.1	20.6	18.0	14.9
Moquegua	16.3	15.2	9.4	10.8	21.7
Pasco	21.2	24.2	19.8	14.3	14.2
Piura	25.5	29.3	25.0	22.3	24.1
Puno	27.1	22.9	20.2	18.7	19.9
San Martín	22.1	25.2	16.9	18.0	24.7
Tacna	20.1	22.0	10.1	13.1	13.7
Tumbes	19.9	18.0	10.8	13.2	13.8
Ucayali	26.4	29.5	22.5	18.3	28.4
Mínimo	16.3	15.2	9.4	10.8	13.7
Máximo	28.6	30.9	30.6	24.4	32.8
Total Nacional	23.9	26.5	21.6	18.8	23.2

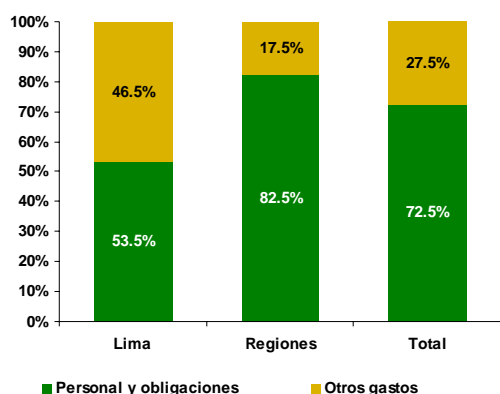
Fuente: Cifras de la educación, 1998 – 2003 (MINEDU, 2003)

Asimismo, si se hace el paralelo de indicadores de la asignación de gasto entre Lima y las regiones, el resultado es que existe una total disparidad, tanto en la calidad del mismo como en

el ratio de gasto por alumno¹⁵⁸. De esta manera, la figura 4.27 muestra que la proporción del gasto en personal y obligaciones sociales es considerablemente mayor en las regiones respecto de Lima, lo que indica que esta región recibe una proporción considerablemente mayor de recursos para gastar en bienes y servicios así como en bienes de capital respecto del resto de regiones. Esta situación se comprueba al comparar la asignación promedio por alumno en Lima y en las Regiones; a pesar de que estas últimas albergan a una mayor proporción de la matrícula estatal de nivel inicial (más del doble), el 2003 recibieron únicamente un equivalente a US\$ 15.9 por alumno al año (menos de US\$ 1.5 por mes), frente a los US\$ 123.4 que recibió Lima (ver figura 4.28). Sin embargo, el ratio de gasto en planillas por alumno no difiere tan pronunciadamente como el resto del gasto, lo cual evidencia que en la asignación pesa más el número de maestros que los alumnos.

Figura 4.27. Composición del presupuesto asignado a educación inicial, 2003

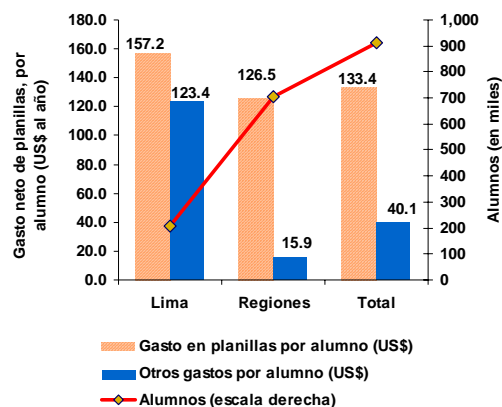
(en porcentaje del total del presupuesto asignado al nivel¹)



1/ Incluye educación escolarizada y no escolarizada.
Presupuesto ejecutado
Fuente: SIAF

Figura 4.28. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en inicial, 2003

(en número de alumnos y en US\$ por alumno, respectivamente)



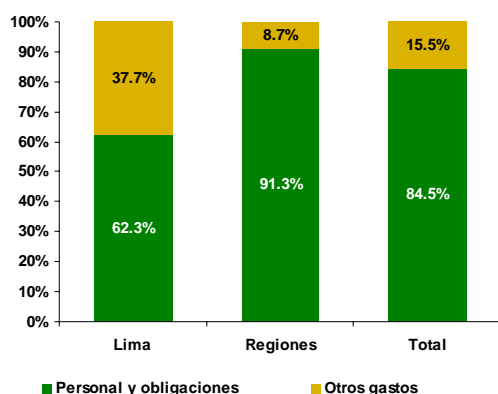
Fuente: SIAF, MINEDU

En el caso de primaria, las diferencias Lima – Regiones son más dramáticas. Así, mientras que en Lima el gasto en planillas tiene una participación de un poco más de 60 por ciento en el presupuesto asignado, en las regiones ésta supera el 90 por ciento, dejando en promedio únicamente 9 por ciento del presupuesto para el gasto en bienes y servicios y para la inversión. Asimismo, en el caso de la asignación del gasto por alumno, el promedio de las regiones es 16 veces menor que el promedio de Lima, con una asignación al año de US\$ 3.2 (es decir, poco más de un cuarto de dólar al mes). Sin que sea necesario hacer más llamativas estas cifras, se debe tener en cuenta que Lima alberga a 500 mil alumnos en edad primaria mientras que en las regiones hay 3 millones de estudiantes con una asignación tan inverosímil (ver figura 4.30).

¹⁵⁸ Las cifras que se presentan difieren ligeramente de las presentadas en las figuras 4.21 a 4.26, debido a que la separación del gasto en regiones incluye una “región” denominada “sin descripción” que incluye gasto que no es factible de ser adscrito a una región específica.

Figura 4.29. Composición del presupuesto asignado a educación primaria, 2003

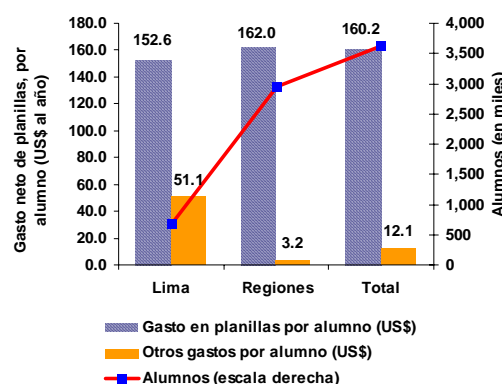
(en porcentaje del total del presupuesto asignado al nivel^{1/})



1/ Incluye educación escolarizada y no escolarizada.
Presupuesto ejecutado
Fuente: SIAF

Figura 4.30. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en primaria, 2003

(en número de alumnos y en US\$ por alumno, respectivamente)

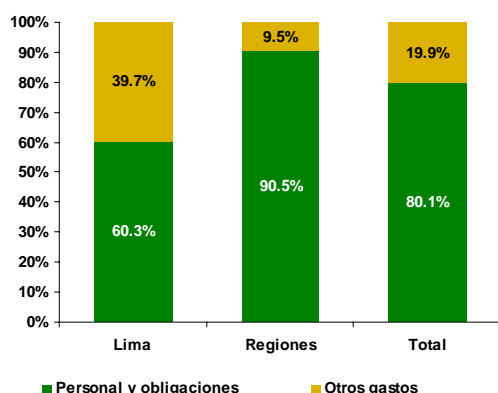


Fuente: SIAF, MINEDU

La situación en el nivel de secundaria es igual de crítica que en el nivel de primaria en lo que se refiere a las disparidades en la asignación del gasto entre Lima y las regiones. Así, la figura 4.31 indica que en el 2003 la proporción del presupuesto asignado a planillas era poco más del 60 por ciento en Lima, mientras que en las regiones sobrepasaba el 90 por ciento. En el caso de la asignación por alumno, la relación es casi de 8 a 1 en el promedio de Lima respecto de las regiones (US\$ 55.1 versus US\$ 6.7 al año), mientras que estas últimas albergan más del doble de la matrícula estatal de secundaria (ver figura 4.32).

Figura 4.31. Composición del presupuesto asignado a educación secundaria, 2003

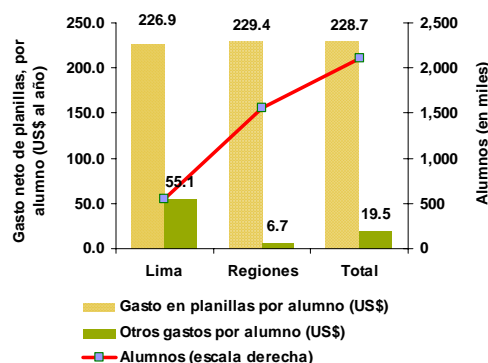
(en porcentaje del total del presupuesto asignado al nivel^{1/})



1/ Incluye educación escolarizada y no escolarizada.
Presupuesto ejecutado
Fuente: SIAF

Figura 4.32. Matrícula y gasto neto de planillas por alumno en secundaria, 2003

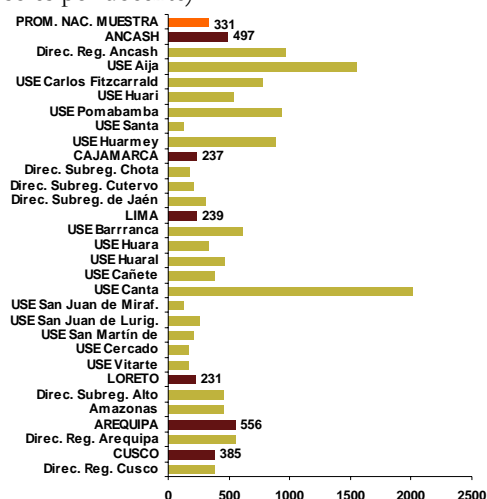
(en número de alumnos y en US\$ por alumno, respectivamente)



Fuente: SIAF, MINEDU

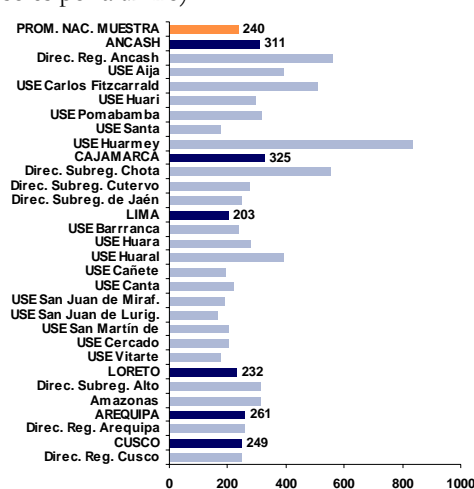
Asimismo, estas disparidades en el gasto asignado a las regiones es verificado por Alcázar, *et al.* (2003) mediante el análisis del gasto a nivel de una muestra de 25 unidades ejecutoras del sector educación en 5 regiones, en el marco del proyecto de seguimiento del gasto público. Así, como se observa en las figuras 4.33 y 4.34, no existe la más mínima uniformidad en cuanto al gasto administrativo por docente ejecutado, ni por el gasto asignado a la educación primaria por estos organismos intermedios.

Figura 4.33. Gasto administrativo por docente, según unidad ejecutora - año 2002
(en soles por docente)



Fuente: Alcázar L. *et. al* (2003), MEF

Figura 4.34. Gasto en Educación Primaria por alumno, según unidad ejecutora - año 2002
(en soles por alumno)

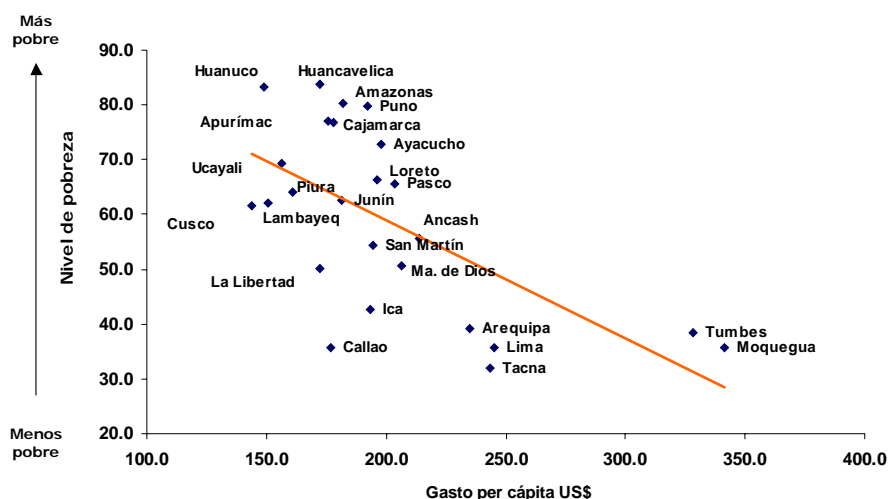


Fuente: Alcázar L. *et. al* (2003), MEF

Finalmente, otro de los aspectos negativos en cuanto a la asignación del gasto público en educación es su carácter regresivo: existe una clara relación negativa entre el gasto por alumno y los niveles de pobreza a nivel de las regiones. Al respecto, estudios anteriores¹⁵⁹ han documentado esta particularidad del gasto, la cual evidencia la falta de focalización y de planeamiento que responda a las necesidades efectivas de las regiones. El gasto público en bienes y servicios, y el gasto en remuneraciones, tiende a ser menor en los departamentos con mayores tasas de pobreza (ver figura 4.35).

¹⁵⁹ Ver por ejemplo Saavedra y Suarez (2002), y Banco Mundial (2001).

Figura 4.35. Gasto por alumno en educación básica y nivel de pobreza, 2003¹
(en US\$ y porcentaje de la población total, respectivamente)



1/Educación básica incluye educación inicial, primaria y secundaria. Niveles de pobreza corresponden a estadísticas para el 2002.

Fuente: INEI, MINEDU

4.4.3 El aporte de las familias

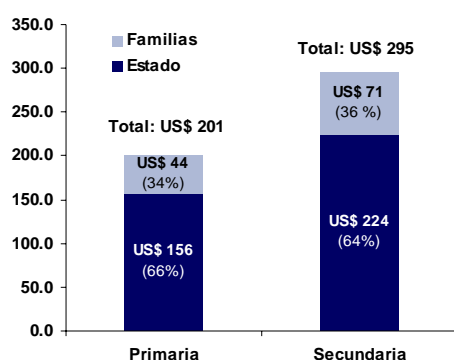
Las familias contribuyen significativamente en el financiamiento de la educación pública, lo que parece haberse agudizado en la última década, a pesar de que la educación en el Perú es, en principio, gratuita. En principio, los gastos operativos de cada plantel, incluido el pago de planillas, los cubre el Estado pero, en la práctica, existen gastos normalmente no cubiertos por el presupuesto público (ciertos materiales y equipos, mantenimiento de infraestructura y mobiliario, etc.) que son financiados con aportes de los padres de familia y, en algunos casos, con recursos propios de las escuelas o con donaciones de entidades terceras (ONGs). El gasto público en educación básica es tan bajo que, en muchos casos, los centros educativos no podrían funcionar sin la contribución de los padres¹⁶⁰.

Así, de acuerdo con cifras de la ENAHO 2002, el gasto por alumno de nivel primaria en educación pública alcanzó US\$ 201 dólares en dicho año (ver figura 4.36), de los cuales las familias aportaron más de la tercera parte (34 por ciento, US\$ 44), mientras que el Estado aportó con el 66 por ciento restante (US\$ 156). En el caso de secundaria, la figura es similar con un gasto total de US\$ 295 por alumno, de los cuales el Estado contribuyó con el 64 por ciento (US\$ 224) y las familias aportaron el restante 36 por ciento (US\$ 71 dólares).

¹⁶⁰ Esta situación es fácilmente verificable con los indicadores que se describen en la sección 4.4.2.

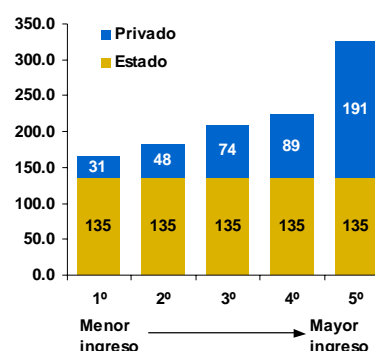
Si bien es absolutamente necesaria la contribución de las familias, ésta tiene un efecto adverso en términos de equidad: las familias con más recursos aportan más que las más pobres, de manera que se amplía la brecha de equidad. Así por ejemplo, Saavedra y Suárez (2002) encuentran que, en el año 2000, la contribución de las familias de mayor ingreso es casi siete veces mayor que el gasto de las familias de menores ingresos, tal como se verifica en la figura 4.37. Específicamente, los autores determinan que, en el año de análisis, un alumno que accede a la educación pública y pertenece al quintil de mayores ingresos recibe 96 por ciento y 53 por ciento de lo que recibe otro en el quintil más pobre en primaria y secundaria, respectivamente.

Figura 4.36. Gasto público total por alumno y gasto de las familias, 2002
(en US\$)



Fuente: SIAF, Ministerio de Educación, ENAHO 2002.

Figura 4.37. Gasto total por alumno, educación secundaria
(en US\$)



Fuente: Saavedra y Suárez (2002), ENAHO 2002.

4.5 Los docentes

Al año 2003 el sistema educativo público peruano mantiene a 293,524 docentes, de los cuales el 46.8 por ciento laboran en el nivel de primaria y el 37.7 por ciento en el nivel secundaria (ver tabla 4.8). Existen serios problemas referidos a los docentes, los cuales pueden ser vistos desde tres ángulos: problemas con la formación docente y desequilibrios de oferta y demanda por maestros; bajo nivel remunerativo y ausencia de incentivos; y, finalmente, un marco normativo que linda con lo irracional, y que se constituye en uno de los principales factores que explica la decadencia de la educación pública en el Perú.

Tabla 4.8. Docentes del sistema educativo, según nivel, modalidad y forma

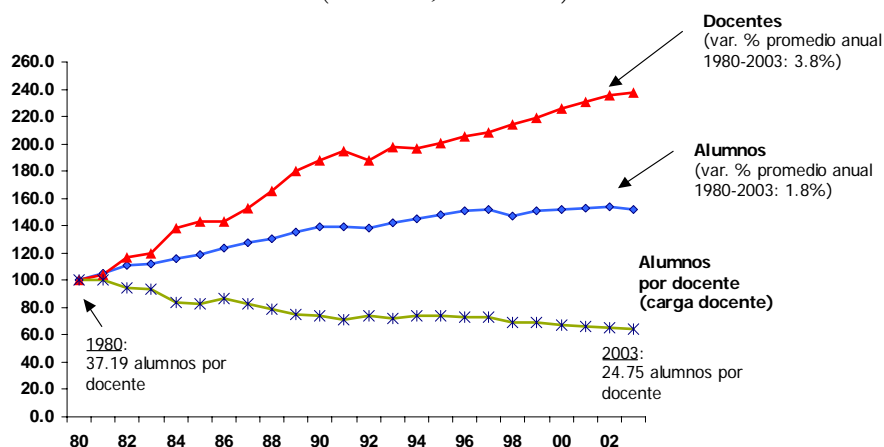
Nivel / Modalidad	1993			1999			2003		
	Privado	Público	Total	Privado	Público	Total	Privado	Público	Total
Total	77,573	244,879	322,452	109,965	270,480	380,445	132,148	293,524	425,672
Escolarizada	76,336	242,412	318,748	108,440	268,135	376,575	127,423	290,958	418,381
No Escolarizada	1,237	2,467	3,704	1,525	2,345	3,870	4,725	2,566	7,291
Educación Inicial	10,415	20,352	30,767	13,405	23,135	36,540	17,455	26,004	43,459
Escolarizada	10,399	18,772	29,171	13,405	21,423	34,828	17,455	24,263	41,718
No Escolarizada	16	1,580	1,596	0	1,712	1,712	0	1,741	1,741
Educación Primaria	27,737	120,702	148,439	39,421	132,322	171,743	45,858	137,433	183,291
Menores	27,488	117,938	145,426	38,909	130,167	169,076	45,117	135,474	180,591
Escolarizada	27,480	117,916	145,396	38,909	130,167	169,076	45,022	135,468	180,490
No Escolarizada	8	22	30	0	0	0	95	6	101
Adultos	249	2,764	3,013	512	2,155	2,667	741	1,959	2,700
Escolarizada	119	2,362	2,481	269	2,001	2,270	119	1,760	1,879
No Escolarizada	130	402	532	243	154	397	622	199	821
Educación Secundaria	26,383	87,648	114,031	35,325	96,904	132,229	45,701	110,541	156,242
Menores	24,954	80,289	105,243	33,101	90,619	123,720	40,916	103,856	144,772
Escolarizada	24,954	80,284	105,238	33,101	90,619	123,720	40,916	103,856	144,772
No Escolarizada	0	5	5	0	0	0	0	0	0
Adultos	1,429	7,359	8,788	2,224	6,285	8,509	4,785	6,685	11,470
Escolarizada	410	7,064	7,474	1,119	6,081	7,200	909	6,366	7,275
No Escolarizada	1,019	295	1,314	1,105	204	1,309	3,876	319	4,195
Educ. Superior No									
Universitaria	7,746	9,813	17,559	15,006	10,720	25,726	15,984	11,494	27,478
Formación Magisterial	1,364	3,194	4,558	5,184	3,396	8,580	5,221	3,231	8,452
Educación Superior Tecnológica	6,382	5,825	12,207	9,647	6,296	15,943	10,629	7,183	17,812
Educación Artística	0	794	794	175	1,028	1,203	134	1,080	1,214
Otras Modalidades	5,292	6,364	11,656	6,808	7,399	14,207	7,150	8,052	15,202
Educación Especial	767	2,456	3,223	702	2,697	3,399	678	2,868	3,546
Escolarizada	767	2,456	3,223	699	2,596	3,295	675	2,656	3,331
No Escolarizada	0	0	0	3	101	104	3	212	215
Educación Ocupacional	4,525	3,908	8,433	6,106	4,702	10,808	6,472	5,184	11,656
Escolarizada	4,461	3,745	8,206	5,932	4,528	10,460	6,343	5,095	11,438
No Escolarizada	64	163	227	174	174	348	129	89	218

Fuente: Cifras de la Educación 1998-2003 (MINEDU, 2004)

4.5.1 Formación docente y desequilibrios de oferta y demanda de maestros

Existe un serio problema de calidad de la docencia peruana que es consecuencia de un círculo vicioso que tiene como componentes: (i) la dudosa formación de nuevos maestros y (ii) el efecto que ésta tiene sobre la enseñanza que los docentes imparten en sus respectivos centros educativos. En los últimos años, la flexibilización de las normas que autorizan la creación de centros de formación docente incentivó la proliferación de *Institutos Superiores Pedagógicos* (ISP) privados, caracterizados por su escaso alumnado y cuestionable calidad¹⁶¹, provocando que el crecimiento de la matrícula de formación docente supere ampliamente la demanda. Asimismo, el desorden y la falta de planificación para la contratación de nuevos maestros ha llevado a que en los últimos veinte años el crecimiento del magisterio público en actividad crezca el doble de lo que creció la matrícula en centros educativos de gestión pública (ver figura 4.38), con la consiguiente reducción de la carga promedio de alumnos por profesor.

Figura 4.38. Matrícula estatal y docentes de centros educativos públicos
(en índices, 1980 = 100)



Fuente: MINEDU (2004)

Los maestros se forman bajo dos modalidades: la modalidad regular y la profesionalización docente. La modalidad regular tiene una duración aproximada de diez semestres académicos y la ofrecen tanto los ISP públicos y privados como las universidades. La baja calidad de los ISP se manifiesta también en la mayor preferencia que los alumnos de formación docente tienen por estos institutos, respecto de las universidades, dado que los primeros no requieren pasar por un examen de ingreso¹⁶² (Díaz y Saavedra, 2002). Más aún, la desvalorización de la carrera docente llega al punto de ser preferida mayoritariamente por aquellos alumnos que no tuvieron éxito en ingresar a una universidad u otro centro de educación superior. Asimismo, la carrera

¹⁶¹ Por ejemplo, Díaz y Saavedra (2002) indican que, entre 1990 y 1997, el número de ISIP privados pasó de 17 a 117, es decir, un crecimiento de 941 por ciento.

¹⁶² De acuerdo con el Censo Nacional de Educación Técnica y Pedagógica de 1997, el 85 por ciento de los postulantes a ISIP privados lograron el ingreso, mientras que dicha proporción alcanzaba únicamente al 53 por ciento de los postulantes a ISIP públicos.

docente es particularmente popular entre jóvenes provenientes de familias de bajos recursos, motivados en parte por la posibilidad de obtener un trabajo bastante más estable que el resto de actividades de la economía y con un mínimo nivel de esfuerzo. La modalidad de profesionalización docente está destinada, fundamentalmente, a los maestros en servicios, y combina fases presenciales con fases de educación a distancia en un período de seis años.

El título pedagógico obtenido con estudios regulares en un ISP, universidad, o programa de profesionalización, da igual derecho para el ejercicio profesional y para el ascenso en la carrera pública del magisterio. Los maestros que no poseen título pedagógico (que ascienden a aproximadamente el 35 por ciento del total) o no concluyeron satisfactoriamente todos los requerimientos para acceder al diploma, o poseen títulos de otras carreras, o tienen únicamente secundaria completa. Si bien, la proporción de docentes con título puede parecer baja, en realidad se ha producido una significativa mejora respecto de la situación de inicios de la década pasada, en la que alrededor del 50 por ciento de los maestros no tenían título pedagógico.

Existe, asimismo, un problema de exceso de oferta de docentes reconocido por las mismas autoridades y de dominio público que, en realidad, como determinaron Alcázar y Balcázar (2000) en un estudio realizado en el marco del MECEP acerca de la situación de la formación del profesor, se ha venido gestando hace ya varios años. Así, un indicador del fuerte incremento de docentes en los últimos años es el ratio de alumnos por docente. De acuerdo con las citadas autoras, el MINEDU maneja un ratio de 35 alumnos por profesor como “objetivo”, aunque puede variar según el nivel¹⁶³ (inicial, primaria, secundaria, ocupacional, técnica) o según la ubicación geográfica (rural y urbana); sin embargo, para el año 2003 este ratio es de 23.8, y un estimado establecido por Rivero (2003) indica que para el año 2005 pueda llegar a niveles inferiores a 15 si se considera a todos los docentes que egresarán de los centros de formación magisterial (de acuerdo con las estadísticas vigentes, cerca del 80 por ciento de los egresados ejerce la docencia). De esta manera, la necesidad de una racionalización de las plazas docentes, que implica la reducción y transferencia de plazas de una región a otra, es innegable e inevitable.

4.5.2 Remuneraciones e incentivos

El segundo aspecto que describe el problema con los maestros es la ausencia total de mecanismos de incentivo a su labor. La legislación laboral pública vigente no establece distinción entre maestros de primaria, secundaria y otros niveles o modalidades en lo que respecta al régimen laboral y al régimen de deberes y derechos. En la escuela pública, se presenta una absoluta uniformidad en lo que se refiere a los derechos y deberes, ya que todo el

¹⁶³ En secundaria se necesitan más docentes por alumnos (y por ende un ratio menor de alumnos por docente) que en primaria e inicial, ya que en educación secundaria cada docente dicta una especialidad diferente (matemáticas, ciencias, etc.).

marco normativo está establecido centralizadamente. Maestros y administradores trabajan con un conjunto de incentivos que no penaliza la ineficiencia ni premia la eficiencia.

Por otra parte, el bajo nivel remunerativo de los docentes constituye un obstáculo a la calidad de la educación escolar, aunque no se reduce exclusivamente a un problema de carencia de recursos. Los sueldos se determinan sobre la base de los niveles y categorías de enseñanza y en proporción a la cantidad de horas trabajadas por semana. Adicionalmente, el sistema incluye la aplicación de ciertos beneficios al sueldo básico que se otorgan por razones específicas: cargo de director, trabajo en áreas rurales, trabajo en zonas de emergencia, entre otras. La remuneración docente varía también según régimen pensionario: cédula viva (DL 20530), sistema nacional de pensiones (DL 19990), y fondo privado de pensiones (AFP) como se aprecia en la tabla 4.9.

Tabla 4.9. Remuneración promedio de docentes y directores
(en nuevos soles)

<i>A partir de septiembre del 2001</i>	DL. 20530	DL 19990	SPP
Remuneración promedio de docentes			
En el área urbana	792	815	862
En el área rural	837	861	907
Remuneración promedio de directores			
En el área urbana	887	910	956
En el área rural	932	955	1,001

Fuente: MINEDU

La escala remunerativa docente es “plana” o muy poco variable. La única diferencia importante en las remuneraciones de los maestros se da entre quienes están y no están en la carrera docente; es decir, entre quienes tienen y no tienen título pedagógico. En cambio, entre un nivel y el siguiente de los no titulados, la diferencia no supera el 1.5 por ciento, y entre los titulados esta diferencia es inferior al 3 por ciento (Rivero, 2003). Asimismo, un director recibe apenas un poco más que un docente; y tampoco existen incentivos sustanciales para el trabajo con sectores vulnerables y en zonas alejadas (zonas rurales y de frontera). Así, el único incentivo monetario significativo es hacia la obtención del título profesional y el ingreso a la carrera magisterial que corresponde al 11 por ciento de la remuneración, es decir, menos de ochenta soles mensuales.

En general, el sistema de remuneraciones no está vinculado al desempeño, no reconoce el mérito ni estimula el perfeccionamiento, la creatividad, y la innovación pedagógica. Asimismo, en el sistema público no existen mecanismos de evaluación del rendimiento que generen un espacio en el que los maestros puedan dar cuenta de su desempeño a las autoridades o a los padres de familia. Todo lo contrario ocurre en el régimen privado, en el cual, si bien la escuela privada está regulada en el aspecto educativo por el Ministerio de Educación, no lo está así en

el ámbito laboral. A través de disposiciones internas, los propietarios y/o directores pueden adoptar políticas de incentivos, estímulos y sanciones que permiten un seguimiento y evaluación continuos del desempeño.

La actual política del gobierno con el magisterio comprende tanto la elevación del nivel salarial de los docentes, sobre la base del incremento de la recaudación tributaria, como el desarrollo de un Programa de Capacitación totalmente renovado. Esto se basa en el “Pacto de Compromisos Recíprocos por la Educación” y en las políticas del Acuerdo Nacional. Sin embargo, no se han propuesto medidas concretas para atar estos incrementos al mejoramiento de la calidad de la enseñanza, y menos para permitir la evaluación de los maestros. Más aún, el SUTEP tiene una posición abiertamente contraria a estas evaluaciones¹⁶⁴.

Luego de tres sucesivos incrementos salariales: 50 soles en el 2001, 100 soles en el 2003 y 115 soles en el 2004, los docentes han visto incrementar su nivel salarial en un equivalente a US\$ 80. No obstante, aún no se está cerca de la meta de duplicar la remuneración magisterial. En términos de *remuneración bruta*, los docentes del nivel más bajo del escalafón (nivel E, de los maestros no titulados) percibirán, a partir de agosto del 2004, un equivalente salario de 41 por ciento superior al que recibían en el 2001; en cambio, los docentes del nivel más alto (nivel V, de los maestros titulados) tendrá un incremento de sus ingresos del orden del 30 por ciento.

En cambio, si tomamos en cuenta las *remuneraciones netas*, el incremento salarial es mayor en un ratio de 36 a 42 por ciento para un docente con título, y llega a alcanzar un 49 por ciento para un docente no titulado. Dado que se trata de un incremento homogéneo para todos los maestros, independientemente del nivel en el que se encuentren en el escalafón, los docentes de menor categoría se benefician más. Peor aún, los docentes que tienen el peor rendimiento se benefician por igual que aquellos buenos docentes que trabajan, se esfuerzan y, a pesar de las limitaciones impuestas por el sistema, logran sacar adelante a sus alumnos en algunos centros educativos estatales.

4.5.3 Obsolescencia del marco normativo

Por último, el tercer aspecto que se debe resaltar, y que está en estrecha relación con los dos primeros previamente descritos, es la obsolescencia de la Ley del Magisterio. Dicha Ley, vigente al día de hoy, fue promulgada en 1984, durante el último año de gobierno de Fernando Belaúnde, y modificada en el año final del gobierno de Alan García. En ambos casos, dichas modificaciones crearon significativos beneficios para el magisterio que debían ser atendidos recién por el gobierno entrante, por lo que en ambos casos se ofrecieron concesiones que difícilmente hubieran dado al inicio de sus respectivos periodos. Por su parte, el gobierno de

¹⁶⁴ No obstante, el sindicato se muestra de acuerdo con evaluar a los docentes con el fin de proceder en el ascenso por el escalafón magisterial, “siempre y cuando el SUTEP diga dónde evaluar, cuándo, cómo y qué materias serían evaluadas”.

Alberto Fujimori la ignoró en la práctica por once años y recién en el gobierno actual, con una huelga de por medio, el SUTEP logró arrancarle la promesa de que esta ley sería cumplida (Trahtemberg, 2004).

El cumplimiento de dicha ley, con todas sus modificaciones, no es factible tanto desde el punto de vista económico (dada las restricciones de recursos) y técnicos, por cuanto contiene una serie de normas que están diseñadas expresamente para sobreproteger la plaza del maestro. Mencionamos algunas características de esta ley:

- Establece la *estabilidad laboral absoluta* del profesor nombrado. El despido procede únicamente por “causa justa” previo proceso administrativo que puede durar años, durante los cuales el profesor puede seguir cobrando una remuneración e, incluso, ser trasladado para desempeñar labores administrativas en los órganos intermedios, tal como se consigna en la sección 4.2.2.
- Se impide la creación de incentivos basados en el desempeño. Los ascensos proceden únicamente sobre la base de la antigüedad del docente en el centro educativo o en el ejercicio de su carrera. La ley no permite establecer diferencias remunerativas basadas en la calidad del docente, en el desempeño o en su vocación para el estudio y la actualización.
- Asimismo, dicha ley no admite la posibilidad de que haya profesores de mal desempeño¹⁶⁵. Únicamente se admiten evaluaciones a los docentes para subir en el escalafón y ganar más. No es factible que un mal profesor que no se supere deba dejar el puesto a un nuevo profesor que se desempeñe mejor.
- No permite la movilidad de los maestros de acuerdo con las necesidades del sistema y con las potestades disciplinarias del director.
- Un docente puede ser “nombrado”¹⁶⁶ únicamente si posee título profesional en la carrera de educación. Al margen de la escala remunerativa, esto constituye un claro desincentivo para el acceso de profesionales de otras carreras al magisterio público.

Recuadro 4.3. El caso de Fe y Alegría

El caso de los colegios de Fe y Alegría es relevante en la discusión de propuestas para salvar al sector educativo, por cuanto sus resultados son bastantes favorables respecto del resto de colegios públicos. Dichos colegios pertenecen a una organización educativa internacional, pero se encuentran limitados por el marco institucional del sector público: sus docentes reciben los mismos salarios que los del resto del sector, y se rigen por la Ley de Profesorado.

En cada uno de los países en que opera el sistema FyA, éste se ha identificado como educación pública y opera en el marco del sistema público de cada país. Los acuerdos entre los gobiernos y FyA le han permitido a éste último gozar de cierta autonomía (por ejemplo, para la selección de docentes en el caso peruano). A cambio, FyA tiene la obligación de generar o recabar recursos (donaciones a nivel nacional o internacional), especialmente para cubrir los gastos de infraestructura, equipo e implementación de programas educativos innovadores.

¹⁶⁵ “Todo profesor titulado es bueno por definición. Si se desempeña mal, es por culpa del Estado que no lo remunera, capacita o incentiva adecuadamente” (Trahtemberg 2004, p. 202).

¹⁶⁶ Al igual que en el caso del sector salud, esto implica una estabilidad laboral casi absoluta.

Recuadro 4.3. El caso de Fe y Alegría

1. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE LOS COLEGIOS DE FyA

La principales características comunes a todos los colegios manejados por FyA son:

- Derecho a elegir los equipos directos y profesores.
- Gratuidad en las mismas condiciones de los colegios estatales
- Activa colaboración de los padres de familia (mediante un compromiso previo y explícito al momento de aceptar al alumno).
- Integridad de la propuesta educativa.

2. COMPARACIÓN DE INDICADORES

(i) Indicadores de eficiencia interna anual: escolaridad y cobertura

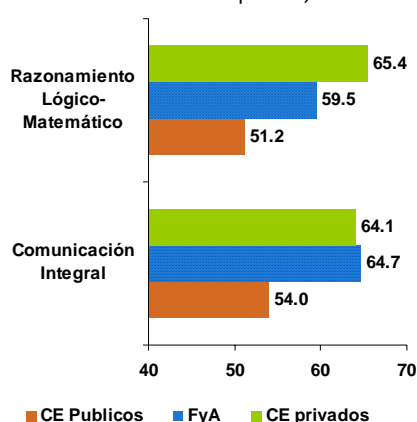
- Los centros de FyA obtienen mejores resultados, tanto en el nivel de escuela primaria como secundaria
- Asimismo, se observa una mejor tasa de asistencia con extraedad (menor desajuste en caso FyA). Las escuelas logran atraer a niños con menor edad al inicio de la escuela.
- Mejores tasas de conclusión (y por lo tanto de retiro).

Los resultados de la permanencia podrían responder al hecho de que algunos de los colegios FyA mantienen programas de incentivos económicos, directos o indirectos, para que los padres mantengan a sus hijos en la escuela: programas de alimentación gratuita en la escuela, pago de gastos de transporte, uniformes, o provisión gratuita de textos.

(ii) Indicadores de rendimiento educativo

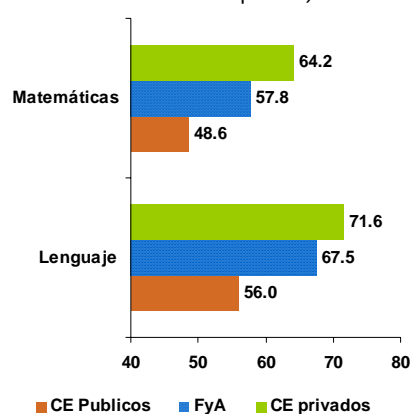
- Los centros de FyA muestran un mejor promedio en las pruebas de 4to y 6to grado en lenguaje y matemáticas respecto de escuelas públicas. Asimismo, se observa una menor brecha que estas últimas respecto de escuelas privadas.
- Esto se podría explicar por mejores insumos con que cuentan los colegios (dado que gozan de donaciones), aunque el principal factor sería las diferencias en la gestión y la mayor motivación de los profesores. También dependen de las características de los padres y alumnos: dado que los colegios FyA tienen reputación y demandan mayor dedicación de los padres, se podría decir que atraen familias más responsables.

Pruebas de rendimiento a alumnos de 4to de primaria¹
(aciertos como porcentaje del total de puntos de cada prueba)



1/ Resultados de la prueba de rendimiento CRECER para 1998, Apoyo (2001)
Fuente: Alcázar y Cieza (2002)

Pruebas de rendimiento a alumnos de 6to de primaria¹
(aciertos como porcentaje del total de puntos de cada prueba)



1/ Resultados de la prueba de rendimiento CRECER para 1998, Apoyo (2001)
Fuente: Alcázar y Cieza (2002)

3. SOBRE DOCENTES

La conclusión principal del trabajo de Alcázar (2002), acerca de los docentes que trabajan en los colegios de FyA, es que

Recuadro 4.3. El caso de Fe y Alegría

éstos son mejores que los que trabajan en los colegios públicos regulares: tienen un mejor desempeño, están más capacitados, y están más motivados. Los docentes de Fe y Alegría se consideran *mejores* que los demás maestros del sistema educativo público, a pesar de no recibir una remuneración mayor y de estar sujetos a la normatividad vigente para maestros de escuelas de gestión estatal.

La reputación del sistema de Fe Y Alegría cuenta bastante: la mayoría de docentes indica que prefiere trabajar para centros de FyA porque "tienen mejores posibilidad de desarrollo profesional", y porque esto les representan cierto prestigio frente a la sociedad. Esta mayor motivación se expresa en el hecho de que el docente de fe y Alegría dedica un mayor número de horas a la enseñanza y dedica un menor número de horas a trabajos adicionales, a pesar de tener igual ingreso que un docente del sistema estatal regular.

Una de los aspectos que explica esta motivación de los docentes es que la gestión de los colegios de FyA permite otorgar mayor libertad al docente para desarrollar su trabajo y para innovar. Asimismo, otorga particular importancia al reconocimiento del desempeño del docente, sin que esto se traduzca necesariamente en un mayor incentivo pecuniario. De este modo, se logra que el docente se sienta ampliamente comprometido con su labor.

4. RECURSOS Y MATERIALES EDUCATIVOS

FyA recibe recursos adicionales de los escasos que recibe del MINEDU: donaciones y fondos recaudados a partir de las rifas que realiza la institución a nivel nacional. Dichos recursos son invertidos en capacitaciones para los docentes, para el mantenimiento de la escuela y para pagar un poco más al director (debido a que hace doble turno y recibe únicamente un sueldo), mobiliario, material educativo, biblioteca, entre otros. Asimismo, al igual que centros de gestión estatal, los colegios de FyA obtienen recursos propios a partir de actividades promovidas por las Asociaciones de Padres de Familia.

Finalmente, cabe señalar la importancia de la introducción de incentivos a los docentes, ya sea sobre la base de una escala remunerativa que premie el desempeño, así como mediante otros mecanismos no necesariamente monetarios que estén orientados a reconocer su labor frente a las autoridades del colegio y los padres de familia. En la actualidad, como revelan Saavedra y Díaz (1998) así como Rivero (2003), la actividad docente está muy devaluada, incluso entre los mismos profesores. La introducción de incentivos a los docentes es uno de los aspectos prioritarios que cualquier reforma del sistema educativo peruano debe tomar en cuenta con urgencia. La importancia de tener docentes motivados y bien capacitados es crucial para mejorar la calidad de la enseñanza y, por ende, el rendimiento de los alumnos, y se puede ver verificar al analizar la experiencia de los colegios de Fe y Alegría. Al margen de las demás características de estos centros educativos de gestión mixta, que son igualmente importantes, la motivación no-monetaria de los profesores a través del reconocimiento de su labor, es uno de los principales factores que determina la mejor performance de estos colegios respecto del resto de colegios de gestión estatal (ver recuadro 4.3).

4.6 La situación de la educación superior

La oferta de educación superior en el Perú proviene de dos niveles educativos: la educación técnico-ocupacional y la educación universitaria. La educación técnica-ocupacional está compuesta por aquella que se brinda en los *Institutos Superiores Tecnológicos* (IST), públicos y privados, en sus modalidades de técnica y profesional técnico, la denominada capacitación para el trabajo y la que se imparte en los Centros de Educación Ocupacional.

En los últimos veinte años se ha producido un acelerado crecimiento de la oferta de educación superior, tanto universitaria como no universitaria. Sin embargo, el sistema educativo peruano no está en capacidad de generar una oferta adecuada de profesionales y técnicos. En particular, Alcázar (2003) identifica dos problemas críticos que afectan a este nivel educativo. Por un lado, existe la percepción generalizada de que se ha producido en las últimas décadas una proliferación de instituciones de dudosa calidad que no han contribuido de manera significativa al desarrollo del país ni al bienestar de sus propios estudiantes. Por otro lado, no existe una adecuada articulación entre la composición y características de la oferta de educación superior y la demanda de las empresas por personal calificado.

La relación entre el sector empresarial y la educación es bastante imperfecta. El sector educativo no entrega la cantidad ni la calidad de profesionales y técnicos que las empresas necesitan y, por su parte, las empresas no dan señales adecuadas para que el sector educativo se ajuste a sus necesidades¹⁶⁷. De esta manera, algunas carreras han sido sobre-explotadas, a tal punto que existe actualmente un serio problema de sobreoferta de profesionales y técnicos de las mismas, que en muchos casos sigue creciendo conforme pasan los años¹⁶⁸. A diferencia de muchos países desarrollados, en el Perú prácticamente no existen canales de información entre empresas y entidades educativas, sean institutos superiores, *Centros de Educación Ocupacional* (CEO), o universidades.

Existe, asimismo, un serio problema en la calidad y en la falta de evaluación y monitoreo de la calidad de la educación impartida por los ISTs y por las universidades. En el caso de la educación técnica, al ser el MINEDU la entidad encargada de las autorizaciones para el funcionamiento de los ISTs está obligado a supervisar regularmente la infraestructura de los locales y el currículum de los cursos que se imparten. Sin embargo, en la práctica esta evaluación no se da, ya que, en la mayor parte de los casos, únicamente se supervisa el cumplimiento de procesos burocráticos y, en otros, las visitas de los inspectores del MINEDU se producen al momento de la renovación de las licencias de funcionamiento.

¹⁶⁷ En algunos casos, las mismas empresas crean centros de capacitación (no necesariamente específica) para nuevos trabajadores.

¹⁶⁸ Por ejemplo, en los últimos años la matrícula de las carreras de contabilidad, enfermería técnica y computación e informática representan casi el 50 por ciento de la matrícula total en los ISTs.

En el caso de la educación universitaria, la entidad encargada de la supervisión y evaluación de las instituciones educativas es la *Asociación Nacional de Rectores* (ANR). Sin embargo, es cuestionable que una entidad conformada por representantes de las mismas universidades sea la encargada de muchas de las funciones concernientes a la regulación de las universidades (la ANR se encarga de autorizar el funcionamiento de las universidades, de ver los asuntos contenciosos y de acreditar el funcionamiento adecuado de las mismas; es decir, se regula asimismo).

Por otra parte, existen serios problemas de financiamiento de la educación superior de gestión estatal. En el caso de la educación técnica, los recursos públicos asignados únicamente cubren los sueldos de los docentes, de manera que se requieren recursos propios y /o el apoyo de las familias para hacer frente a gastos de mobiliario y equipamiento. La mayoría de centros de formación profesional y técnica cuentan con equipos obsoletos y sin el mantenimiento adecuado, e incluso muchas veces en estado de abandono.

Por el lado de las universidades públicas, los recursos asignados por el gobierno son reducidos e insuficientes. En términos de la asignación por alumno, éste se encuentra alrededor de US\$ 2,500 y US\$ 3,000, mientras que Chile invierte alrededor de US\$ 9,000 y en países desarrollados esta asignación puede incluso superar los US\$ 30,000 al año. En el Perú no existen mecanismos que hagan que la asignación presupuestal a las universidades públicas guarde relación con los proyectos que se desarrollan ni con los resultados alcanzados. Por último, cabe señalar el problema que existe con la extensión de la gratuidad de la enseñanza al nivel universitario, ya que esta característica implica un serio problema de inequidad por cuanto la subvención del presupuesto asignado a cada universidad se reparte entre todos los alumnos por igual. De este modo, el Estado subvenciona a estudiantes que provienen de familias de ingresos medio y alto, que provienen de colegios privados, y que estarían en capacidad de acceder a programas similares en universidades privadas.

4.7 Comentarios finales

El deterioro del sistema educativo peruano no es un fenómeno reciente, sino que data de varios años y de varios gobiernos, e involucra tanto al sector público como al sector privado. En el caso de la educación provista por el Estado, es indudable que éste último ha fracasado en su papel de proveedor, regulador y encargado del financiamiento de la educación: la gestión estatal de los centros y programas educativos peruanos, en todos los niveles educativos, es un excelente ejemplo de la ineficiencia del Estado para asignar adecuadamente los recursos y para asegurar el acceso a la educación.

La situación en la que la educación peruana llega al nuevo siglo es, de esta manera, caótica y endeble. Si bien es cierto que parte del repaso que se hizo en esta sección acerca de las

principales características e indicadores del sector parecerían mostrar una cierta mejoría y adecuación del acceso, el principal problema en el Perú es, y ha sido siempre, la baja calidad de la educación impartida. Los peruanos que acceden a la educación mediante el sistema educativo no logran desarrollar las competencias y habilidades que deberían, sobre la base de los años que han pasado en el sistema educativo. El considerable esfuerzo que realizan las familias peruanas por conseguir que sus hijos accedan a la educación en todos sus niveles no está siendo correspondido por los resultados del sistema educativo peruano. Las pruebas nacionales e internacionales aplicadas a alumnos de primaria y secundaria en el Perú indican que existen serios problemas de equidad y de atraso entre aquellos que asisten a una escuela pública respecto de los que lo hacen a una escuela privada; y, dentro de los centros de gestión estatal, de los que se encuentran en zonas rurales y alejadas, respecto de los que residen en zonas urbanas. Tras 11 o más años en niveles de inicial, primaria y secundaria los estudiantes peruanos no salen con las habilidades elementales de comunicación y cálculo que les permitan proseguir con éxito en educación de nivel superior, y siquiera proseguir con actividades regulares de su vida diaria.

Así, a pesar de ciertos logros parciales en determinados aspectos (como la universalización de la educación primaria), la educación en el Perú ha venido mostrando un progresivo deterioro desde la segunda mitad del siglo XX, en un proceso que no puede ser de ninguna manera sostenible en el tiempo. El país no puede seguir produciendo estudiantes que se encuentren en la cola del mundo en habilidades básicas: no se puede esperar que se produzca un verdadero colapso, sino que se debe anticipar y reformar el sistema educativo de raíz y de manera radical. La necesidad de diseñar una reforma que implique prácticamente una reconstrucción del sistema es evidente y precisa de un liderazgo y de voluntad política.

5 Lineamientos generales para la reforma

En este capítulo se realiza una breve exposición acerca de los lineamientos que se deberían considerar para una reforma efectiva de los programas sociales, del sistema de salud y del sistema educativo. Cabe señalar que, como el título del capítulo lo indica, esta sección no pretende presentar una propuesta detallada sobre todos los aspectos que deberían comprender una reforma integral de estos sectores.

En principio, los programas sociales no constituyen, salvo honrosas excepciones, una efectiva inversión que permita a la población en situación de pobreza salir de esta. Así, se pretende unificar las acciones del Estado en materia de educación, salud y nutrición a través de transferencias condicionadas de dinero. Lo que se intenta es inducir un cambio en el comportamiento de las familias, a través del “empoderamiento” de las madres de familia, para que éstas realicen ciertas acciones en los ámbitos antes mencionados y que permitan que la acción del Estado se constituya en una real inversión en capital humano.

Por otro lado, los lineamientos de reforma que se proponen en las secciones de salud y educación buscan un profundo cambio en ambos sistemas. Así, el pilar de la reforma en estos sectores debe ser el cambio de énfasis en el rol del Estado, haciendo que este se centre en el financiamiento y regulación de los servicios, y deje de lado su rol como proveedor de servicios. En el debate académico de políticas sociales se argumenta, cada vez con mayor insistencia, la conveniencia de dar preferencia a subsidios a la demanda sobre el tradicional subsidio a la oferta, como un medio para introducir cambios en el rol del Estado y lograr una mayor equidad en la asignación de recursos.

En efecto, el objetivo de subsidiar a la demanda en vez de la oferta implica hacer que el Estado participe en el financiamiento de un determinado producto o servicio, sin, necesariamente, participar en su producción (Aedo y Sapelli, 2001). De esta forma, se permite la introducción de la competencia, siendo ésta, junto con la transparencia, dos elementos claves para cualquier reforma. Así, la situación actual no puede continuar, puesto que el Estado ha demostrado históricamente ser un ineficiente proveedor de servicios públicos en general, además de realizar una asignación claramente inequitativa de los recursos.

5.1 Programas sociales

Respecto de las reformas en materia social efectuadas durante la década pasada, un documento reciente del CIAS (2004) señala que durante ésta *“(...) hubo importantes esfuerzos para combatir la pobreza, pero su viabilidad se vio limitada por el escaso compromiso del gobierno de implementar las estrategias de lucha contra la pobreza que se habían propuesto, hecho que no contribuyó a que el quehacer público tuviera una visión común, así como, que convocase la participación ciudadana, a los gobiernos locales y a la población en*

situación de pobreza, en el esfuerzo de atacar la pobreza de manera integral y concertada". En la presente década, los esfuerzos para superar estos problemas se han quedado en el papel, como se reconoce en el propio documento del CIAS: "(...) *los documentos quedan en papel y no llegan a implementarse de manera efectiva por la falta de visión estratégica*", o mejor dicho, por la falta de voluntad política, concluyéndose que *"no hay una política social clara y se sigue haciendo lo mismo desde hace una década"*. Por ello, esta nueva etapa puede ser calificada como la de la *"no reforma"* o *"parálisis hiperactiva"*.

En este sentido, la propuesta del gobierno de rediseñar, fusionar o suprimir los programas fue dejada en el olvido, optándose por una "partidarización" del manejo de estos programas. Así, los programas sociales han sido burocratizados en los últimos años, incrementándose en 126 por ciento el gasto en personal y obligaciones de los programas alimentarios y nutricionales entre el 2001 y el 2003; mientras que, en el caso de FONCODES, el aumento del gasto administrativo entre los mismos años ha sido de 310 por ciento. Sin embargo, no sólo la burocracia está aumentando, sino que los recursos destinados simplemente no llegan a los hogares beneficiarios. En el caso del Vaso de Leche, casi un 30 por ciento de los recursos se pierde entre los Comités y los hogares. Asimismo, diversos son los estudios que demuestran que el gasto en programas no tiene impacto sobre los niveles de ingreso de la población, con la excepción de los programas de inversión social y productiva; más aún, éstos no cumplen el objetivo para el que fueron creados. El caso de los programas alimentarios y nutricionales es el más preocupante, puesto que, a pesar de que éstos representan una cuarta parte del gasto en programas de lucha contra la pobreza, los resultados sobre el nivel de desnutrición infantil han sido nulos.

Considerando esta realidad, se debe analizar los grandes rubros de gasto en programas sociales con el objeto de señalar cuáles son las acciones prioritarias que se deberían de tomar en cada caso. Así, el gasto en programas de lucha contra la pobreza tiene, mayoritariamente, un componente asistencial, donde los programas alimentarios y nutricionales son los más importantes, un componente de inversión social y productiva y un componente orientado a la protección social a través de la creación de empleo temporal. Sin lugar a dudas, el primer tipo de programas es el que requiere de cambios significativos, puesto que, como se ha mencionado, estos programas son los que representan el mayor gasto y realmente no constituyen una verdadera inversión. En relación con los programas de inversión social y productiva, se hace necesario una fusión de estos, en particular, tomando como base la exitosa experiencia inicial de FONCODES. En el último caso, se hace necesario evaluar la pertinencia y la magnitud de los recursos asignados a este tipo de programas, considerando el contexto en el que se ejecutan y los pobres resultados obtenidos a la fecha.

5.1.1 Constitución de un fondo único de lucha contra la pobreza

Como ya se ha mencionado, el CIAS y el gobierno han reconocido la necesidad de realizar cambios institucionales, para lo cual propusieron (y no ejecutaron) la creación de tres fondos: un fondo para inversión local, otro destinado a la protección de la niñez y grupos vulnerables, y un tercer fondo de asistencia familiar. Así, el planteamiento de dos fondos diferentes que atiendan a la misma población (niñez y asistencia familiar) implicaría una falta de integralidad en la atención de estos grupos, además de la posibilidad de generar importantes duplicaciones, como las que hoy existen. En este sentido, la constitución de un fondo único sería una opción más adecuada. Además, un manejo único permitiría establecer una combinación más adecuada entre lo que es inversión social y productiva, inversión en capital humano y protección social. De este modo, se evitaría situaciones como las registradas entre 1998 y el 2003, en las que, ante restricciones fiscales, la inversión social y productiva fue la que sufrió el mayor recorte presupuestal, siendo ésta el único tipo de gasto que ha demostrado tener un impacto significativo en los niveles de vida.

Cuando se habla de lograr una mejor combinación de recursos, no se señala que todas las decisiones de gasto queden centralizadas. Así, “(...) *los fondos son los instrumentos institucionales y de gestión que aseguran esta coherencia en la medida que financiarán con prioridad las iniciativas de los gobiernos locales y regionales orientados a la superación de la pobreza, el desarrollo rural y la descentralización. Los niveles de financiamiento serán más altos, cuanto mayor sea el nivel de pobreza de la zona o la vulnerabilidad de los grupos sociales a beneficiar y, correspondientemente, menores los niveles exigibles de contraparte financiera local o regional*”¹⁶⁹. De la misma forma, no sólo se priorizarán recursos según las características propias de las localidades, como el nivel de pobreza, sino también en función del contexto en el que se realizan las intervenciones. Carece de sentido que se siga invirtiendo importantes recursos en programas de empleo temporal, particularmente en periodos de crecimiento económico y de bajos niveles de desempleo.

De esta forma, se plantea que la creación de este fondo se realice bajo la forma de una entidad constitucionalmente autónoma de segundo piso, cuya función sea básicamente la de canalizar y priorizar recursos, así como de realizar un monitoreo y evaluación de los programas que se financian. Para lograr un correcto funcionamiento del fondo, se plantea el establecimiento de un Directorio elegido por periodos que no coincidan con el ciclo electoral y conformado por representantes de donantes (organizaciones internacionales), gobiernos regionales y locales, poder ejecutivo, así como por la sociedad civil (ONGs, universidades, centros de investigación, entre otros)¹⁷⁰.

¹⁶⁹ CIAS (2004).

¹⁷⁰ Junto con el establecimiento de un directorio, para garantizar la transparencia en el manejo de recursos, por ejemplo, se deberían de hacer públicas las minutas de las reuniones de directorio.

En relación con la asignación de recursos, ésta debería de estar en función de criterios claramente establecidos. En el caso de la focalización de la inversión social y productiva, los actuales mecanismos de focalización utilizados por FONCODES han mostrado ser efectivos (primero focalización geográfica a través de mapas de pobreza y luego focalización a través de mecanismos de autoselección – salarios suficiente bajos), por lo que no sería necesario realizar cambios importantes en los mecanismos de focalización. Sin embargo, en el ámbito de la transferencia de recursos, ésta debería de responder a un conjunto de metas preestablecidas con los ejecutores del gasto (acuerdos de gestión), ya sean autoridades locales o las unidades ejecutoras del gasto de los programas establecidos. No obstante, para el caso de la inversión en capital humano, sí sería necesaria la constitución de un único mecanismo de identificación de usuarios, para lo cual la participación de la comunidad en la selección de los beneficiarios es clave. Como se señala en la sección correspondiente a Salud, para el caso de las zonas rurales y urbano-marginales, los CLAS se podrían constituir en los centros a partir de los cuales se construya este sistema de identificación de usuarios.

Finalmente, un fondo de estas características sería de vital importancia, considerando que existen recursos externos (donaciones, créditos vinculados a proyectos y algunas operaciones de canje de deuda) que podrían ser canalizados hacia el país¹⁷¹ pero que, ante la falta de contrapartidas, simplemente no se hacen efectivos. Asimismo, el fondo podría servir de palanca a gobiernos locales, ONGs y a la sociedad organizada para la ejecución de proyectos sociales. Por ejemplo, en el caso del fondo chileno (FOSIS), por cada peso invertido por el fondo, la empresa privada o los propios ejecutores colocan uno adicional. Otros aspectos importantes serían los relacionados al establecimiento de un tope de gastos administrativos, por ejemplo, no más del 5 por ciento del presupuesto anual del fondo. El establecimiento de un Directorio autónomo, así como este tope, evitaría penosas situaciones como las experimentadas en los últimos años, donde los programas sociales se han convertido en agencias de empleo y los gastos administrativos han aumentado explosivamente.

5.1.2 Inversión en capital humano en vez de programas asistenciales

Junto con el establecimiento de una autoridad social, una de las interrogantes más importantes en materia de política social es qué hacer con los actuales programas de carácter asistencial, en particular con los programas alimentarios y nutricionales. Mientras el gobierno planteó, sin resultado alguno, el ordenamiento o fusión de los programas alimentarios, se debe considerar que la experiencia internacional ha avanzado hacia un cambio mucho más radical en el manejo de los programas sociales, con resultados claramente positivos. En este sentido, muchos países han optado por unificar sus intervenciones en materia de educación, salud y nutrición, dejando

¹⁷¹ Para ello habría que recordar el caso de la “Mesa de Donantes de Madrid”, donde los principales países y organismos internacionales cooperantes comprometieron alrededor de US\$ 1,800 millones de dólares para la ejecución de proyectos en el Perú; sin embargo, la falta de contrapartidas y proyectos han hecho que las transferencias hayan sido moderadas.

atrás los viejos programas de transferencias en especies por transferencias condicionadas de dinero.

Las transferencias condicionadas de dinero bridan, como su nombre lo dice, asignaciones monetarias a las familias pobres; siempre y cuando éstas cumplan una serie de obligaciones tales como mandar a los niños a la escuela o llevarlos a los establecimientos de salud de manera regular. Estas obligaciones aseguran que los recursos destinados al programa se constituyan en una efectiva inversión en capital humano. Por ello, mediante las transferencias condicionadas se logra romper los círculos intergeneracionales de pobreza extrema, asociados con los altos niveles de mortalidad y desnutrición infantil, así como las elevadas tasas de deserción escolar que presentan los países en vías de desarrollo.

A diferencia de los programas tradicionales de lucha contra la pobreza, éstos se diferencian por la transparencia, integridad y eficiencia para llegar a los más pobres; ya que, entre otras cosas, buscan minimizar la erosión de las transferencias entre la burocracia o los proveedores intermediarios. En América Latina, existen diversos programas dirigidos a mejorar la educación, salud y nutrición, entre los que se encuentran el *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) en México, denominado *Oportunidades* desde inicios de 2002; el programa colombiano *Familias en Acción* (FA); y otros en países como Ecuador, Bolivia, Chile, Honduras, Jamaica y Nicaragua. Por otro lado, en Brasil se han establecido programas de este tipo, pero con objetivos específicos. Así, existen algunos que sólo tienen objetivos educativos, mientras que hay otros que están relacionados al ámbito de la salud y nutrición (Rawlings 2004).

Adicionalmente, un punto muy importante en el diseño de estos programas es que la transferencia de dinero se entrega directamente a la madre. En este sentido, programas como el ejecutado en México han permitido un verdadero “empoderamiento” de la mujer, en particular a través de cinco aspectos¹⁷²: (i) aumento de los recursos que las mujeres manejan; (ii) incremento de su confianza y su autoestima; (iii) aprendizaje, a través de pláticas, de temas como salud e higiene; (iv) formación de una red de co-beneficiarias con quienes compartir experiencias a través de reuniones regulares; y (v) promoción de la educación de las niñas, con lo que se mejorará la situación de las mujeres en el futuro.

En relación con el papel de la mujer, la introducción de transferencias condicionadas de dinero generaría, en una primera etapa, resistencias por parte de algunas de las dirigentas de los Comedores o de otros programas de asistencia alimentaria¹⁷³. En principio, no se puede

¹⁷² La Rosa (2004). Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género.

¹⁷³ Como se reseñó en el primer capítulo, Tanaka y Trivelli (2002) señalan que, en muchos casos, se trata de “grupos de interés”.

desconocer el importante papel que estas mujeres han tenido durante las últimas dos décadas como respuesta ante la crisis social; sin embargo, estos programas no están teniendo algún efecto relevante sobre los beneficiarios, ni tampoco ofrece a las madres una oportunidad para salir de la condición de pobreza. En este sentido, las transferencias condicionadas de dinero podrían permitir a las madres dedicarse a otras actividades que les permitan generar ingresos, por ejemplo, insertándose en el mercado laboral o desarrollando algún tipo de actividad empresarial; sin dejar de lado su responsabilidad ante aspectos como la nutrición, educación y salud de sus hijos.

Considerando que debe existir un proceso de transición gradual para la implementación de un programa de esta naturaleza, se hace necesaria la orientación de recursos hacia estas mujeres que dedicaron años a la asistencia social y que, en muchos casos, hoy se han organizado de una manera cuasi empresarial. Esta canalización de recursos se daría a través de capital semilla o mediante programas de capacitación, con el objeto de lograr una efectiva integración de estas mujeres al mercado.

Características de los programas de transferencias condicionadas de dinero

Este tipo de programas generalmente tienen dos componentes fundamentales: uno educativo y otro relacionado con la salud y la nutrición. En el caso educativo, se trata de becas educativas (en dinero y/o materiales) dirigidas a niños de primaria o secundaria, que están condicionadas a la matrícula de los niños así como a un nivel mínimo de asistencia regular (entre 80 y 85 por ciento de los días hábiles). En el caso mexicano, el valor de las becas incluye tanto el costo directo (matrícula educativa, materiales, costos de transporte, etc.) como el costo de oportunidad de los niños que asisten a la escuela; es decir, el dinero que muchos niños dejarían de ganar por no trabajar y sólo asistir a la escuela. En los casos mexicano y colombiano, las becas son mayores para los niños que asisten a secundaria, hecho que refleja la relación positiva entre el costo de oportunidad y la edad del niño (niños de mayor edad reciben mayores ingresos por su trabajo). De la misma forma, las becas son más altas en el caso de las niñas en México, como resultado de las diferencias de género en la asistencia escolar (hay menos niñas que niños en las escuelas).

En relación con las transferencias condicionadas para el caso de la salud y nutrición, éstas están dirigidas a los niños desde su nacimiento hasta los 2 o 3 años y, en algunos casos, hasta la edad en que ingresan a la escuela. En México, también las madres que se encuentran en la etapa de gestación y lactancia son beneficiarias del programa. En algunos casos, se define un paquete de atención básica de la salud para los miembros de las familias beneficiarias. En este último caso, las transferencias están condicionadas a un número determinado de visitas a los establecimientos de salud. Para el caso de las madres y niños, las visitas a los centros de salud están relacionadas a un monitoreo del crecimiento de los niños, así como a un calendario de atenciones específicas (por ejemplo suplementos nutricionales, vacunas, entre otros).

Recuadro 5.1. Transferencias condicionadas de dinero: el caso de PROGRESA en México

Entre los distintos programas de transferencias condicionadas, el caso de PROGRESA en México es el más emblemático. El programa surgió para reemplazar una serie de programas desarticulados de ayuda alimentaria, educación, salud y otros programas sociales. PROGRESA se inició en 1997 con una población objetivo de 300 mil familias beneficiadas, ampliando paulatinamente su cobertura hasta alcanzar los 4.2 millones de familias en el 2003, casi el 20% de la población de dicho país. El costo del programa en el 2002 alcanzó los US\$ 1,800 millones. Los resultados del programa son positivos en todos los aspectos. En principio, se solucionó los graves problemas de filtración registrados en el programa de alimentos que existía antes que PROGRESA, puesto que el porcentaje de los beneficiarios que pertenecían a la población objetivo se incrementó de 14.4 por ciento en 1991 a 67.4% en 1999. Este porcentaje alcanzado es claramente superior a los de otros programas similares en América Latina, donde hacia 1994 un promedio de 30 programas focalizados tenían un ratio de población objetivo – beneficiarios igual al 37.9 por ciento (Scott 1999). Asimismo, esta cifra alcanzada por el programa mexicano es superior a los resultados encontrados para el principal programa de asistencia alimentaria en Perú (Vaso de Leche) en el 2003, donde del total de beneficiarios, sólo el 56.0 por ciento se encontraban en situación de pobreza y pertenecían a la población objetivo. Sin embargo, la situación del programa peruano es aún más caótica, si consideramos que, del total de recursos asignados, sólo el 30 por ciento llega efectivamente a la población objetivo (Alcázar *et al.* 2003)

Impactos de PROGRESA en Educación, Salud y Nutrición

Educación		Situación previa	Impacto	
Cobertura de	Mujeres	90 - 94%	0.96 - 1.45%	
Escuela Primaria	Hombres		0.74 - 1.07%	
Cobertura	Mujeres	67%	7.2 - 9.3%	
Escuela Secundaria	Hombres	73%	3.5 - 5.8%	
Salud		Situación previa	Impacto	
Crecimiento promedio de Niños 0-2 años		0.22	0.182	
Tasa de enfermedad Niños 0-2 años		0.40-0.41	-0.044	
Consumo		Familias de PROGRESA	Familias no beneficiarias	Impacto
Nivel promedio de consumo (pesos mexicanos, mensual por familia)		Mex \$1045	Mex \$926	13.4%
Consumo de alimentos (pesos mexicanos, mensual per cápita)		Mex \$129	Mex \$117	10.6%
Adquisición calórica (per cápita diario)		1940	1799	7.8%

Fuente: Rawlings y Rubio (2003).

PROGRESA no sólo logró llegar efectivamente a la población objetivo, sino que el impacto que tuvo sobre la población beneficiada fue significativo. En el caso de la educación, estudios señalan que el impacto neto del programa implicó un aumento de la tasa de asistencia en primaria entre 0.74 y 1.07 puntos porcentuales en el caso de los niños, y entre 0.96 y 1.45 puntos en el caso de las niñas, considerando que la situación previa de cobertura educativa alcanzaba tasas de entre 90 y 94 por ciento. Donde sí existía un serio problema de cobertura era en el caso de la educación secundaria, en la que se partía de una tasa que fluctuaba entre 67 y 73 por ciento. Allí, el impacto de PROGRESA fue mucho mayor, con incrementos de entre 7.2 y 9.3 puntos porcentuales para el caso de las niñas, y entre 3.5 y 5.8 puntos en el caso de los niños. Junto con estos mayores niveles de cobertura en secundaria, el programa redujo entre 15 y 20 por ciento la probabilidad de que niños entre 12 y 13 años trabajen. En el caso de salud y nutrición, las visitas para controles de los niños menores de 3 años que pertenecían al programa, se incrementaron entre 30 y 60 por ciento.

Recuadro 5.1. Transferencias condicionadas de dinero: el caso de PROGRESA en México

Asimismo, el impacto sobre el crecimiento de los niños ha sido significativo (incremento de 1/6 adicional en el crecimiento promedio por año), reduciendo considerablemente las probabilidades de presentar retardos en el crecimiento (Behrman y Hoddinott 2001).

Otro aspecto importante de este tipo de programas es la provisión de recursos para cubrir los costos que se generarán por los servicios adicionales de educación o salud, especialmente, los relacionados a equipos, medicinas y material. Así, no se pueden esperar mayores resultados si la comunidad no está en capacidad para enfrentar los nuevos retos impuestos. Por otro lado, se debe señalar que la focalización, el moniterio y la evaluación de estos programas han sido aspectos fundamentales del éxito de los mismos. En este sentido, las evaluaciones de los programas han estado centradas en seis aspectos¹⁷⁴: (i) la adecuación de los procesos administrativos; (ii) el nivel de focalización de los programas; (iii) los impactos esperados; (iv) los impactos no anticipados; (v) la percepción de los beneficiarios e involucrados en el programa; y el (vi) grado de costo-efectividad de los mecanismos de transferencia a los beneficiarios.

En el Perú, el MIMDES tiene planeado iniciar un programa piloto de transferencias condicionadas de dinero en marzo del año 2005¹⁷⁵. De concretarse esta experiencia, al igual que en la mayoría de países, el programa tendría un componente educativo, uno de salud y otro de nutrición. Se espera que el monto de las transferencias en el 2005 ascienda a US\$ 2 millones, y beneficie a 17 mil hogares de 40 municipios en zonas rurales. Con el establecimiento de este programa piloto, se podría realizar una comparación de este nuevo tipo de programas respecto de los actuales programas de transferencia de alimentos, los cuales ya han demostrado ser completamente inefectivos en relación con sus objetivos.

Así, no sólo se podría comparar los resultados, sino realizar los ajustes que sean necesarios para poder expandir el programa, en caso que así se considere conveniente. Lo que se puede esperar en función de las experiencias en otros países, es que el resultado de las transferencias condicionadas de dinero sea claramente superior al de los actuales programas. En este sentido, si es que se logra consolidar esta experiencia durante el 2005 y 2006, el nuevo gobierno podría comenzar a expandir el programa no mucho tiempo después de que inicie sus funciones.

¹⁷⁴ Rawlings y Rubio (2003).

¹⁷⁵ "II Taller Internacional sobre Programas de Transferencias Condicionadas de Dinero", 26-29 Abril del 2004.

Inversión requerida

Un último aspecto que se debe considerar es el costo de este nuevo programa¹⁷⁶. Así, si se quisiera incluir en el programa a toda la población en situación de pobreza, una estimación preliminar de la inversión requerida debería de incluir dos de los tres componentes del mismo; esto es, educación y complementación alimentaria, puesto que los gastos para las atenciones de salud serían cubiertos por el *Seguro Integral de Salud* (SIS). En principio, la inversión destinada a la complementación alimentaria podría mantenerse en el orden de los US\$ 200 millones. Esto implicaría un aumento efectivo de los recursos que, efectivamente, llegan los hogares; puesto que, como ya se señaló, un 30% del total de recursos en el caso del Vaso de Leche se “pierden en el camino”¹⁷⁷ (Alcázar *et al.* 2003).

En relación con el costo de las becas educativas para la población en situación de pobreza, lo mínimo que éstas deberían de cubrir es el costo en el que incurren las familias para educar a sus hijos¹⁷⁸. Adicionalmente, deberían de cubrir el costo de oportunidad que representa para los niños ir a la escuela; es decir, lo que éstos dejarían de percibir en caso de que estos trabajaran. En principio, una estimación más precisa debería poder calcular este costo de oportunidad como de otros aspectos¹⁷⁹. Por otro lado, se podría tomar como referencia del valor máximo de las becas educativas el gasto en educación de las familias no pobres, el cual casi triplica el gasto de las familias pobres en el caso de primaria, y duplica este mismo costo para el caso de secundaria¹⁸⁰. Considerando ambos aspectos, el costo total del componente educativo del programa para los alumnos que se encuentran en situación de pobreza se encontraría en un rango que fluctúa entre los US\$ 160 y US\$ 370 millones.

Considerando estas cifras preliminares, entre US\$ 360 y US\$ 570 millones, el financiamiento del programa sería completamente viable¹⁸¹. Sin embargo, los resultados que se podrían alcanzar a través de un esquema de inversión en capital humano de estas características, serían claramente superiores a los magros resultados provenientes de los esfuerzos dispersos que hoy realiza el Estado, todos ellos de carácter básicamente asistencial.

5.2 Salud

Durante los últimos años, no se ha dado avances en relación con la reforma del sistema de salud. El único cambio importante por el que se ha optado es el inicio del proceso de descentralización; el cual, como ya se ha señalado, en la práctica ya se ha hecho efectivo con la

¹⁷⁶ El Banco Mundial (2002) realizó estimaciones gruesas considerando los costos de PROGRESA en México, US\$ 80 per cápita, y señala que la inversión para atender a toda la población pobre rural del país (4.5 millones) alcanzaría los US\$ 360 millones, aproximadamente un 40% del gasto en programas de lucha contra la pobreza extrema.

¹⁷⁷ Este 30% corresponde principalmente a las fugas existentes entre los Comités del Vaso de Leche y los hogares.

¹⁷⁸ US\$ 30 por alumno en el caso de primaria y US\$ 60 en el caso de secundaria aproximadamente.

¹⁷⁹ Diferencias en el valor de la beca, como pueden ser entre alumnos de primaria y secundaria, o diferencias por género.

¹⁸⁰ US\$ 80 por alumno en el caso de primaria y US\$ 110 en el caso de secundaria aproximadamente.

¹⁸¹ Anualmente, el Estado gasta US\$ 900 millones en programas de lucha contra la pobreza.

transferencia de recursos a los gobiernos regionales. Sin embargo, como advierten Londoño y Frenk (1997) respecto de los procesos de descentralización de la salud en América Latina, “(...) *si las reformas se limitan a la descentralización de los servicios sin modificar los mecanismos de financiamiento, los incentivos o los criterios para establecer prioridades, es muy probable que lo único que se consiga sea multiplicar los problemas del sistema previamente centralizado*”. A pesar de que aún es muy temprano para señalar cuáles serán las acciones que se tomarán en los aspectos mencionados, la casi nula capacidad del gobierno para emprender reformas no augura un balance positivo para el proceso de descentralización de la salud.

Más allá de lo que pueda deparar el proceso de descentralización de los servicios de salud, lo cierto es que en los últimos años se ha registrado un deterioro en algunos de los indicadores. Así, mientras que en el año 2001 un 41 por ciento de la población que se declaró enferma no tuvo acceso a una consulta, en el año 2003 este mismo porcentaje se incrementó a 55 por ciento. De estos últimos, aproximadamente 2.2 millones de personas declararon no tener acceso a los servicios de salud debido a la falta de recursos económicos. En este contexto, a fines del 2001 la creación del *Seguro Integral de Salud* (SIS) prometía constituirse en el instrumento del gobierno para reducir esta falta de acceso; sin embargo, nuevamente los resultados no han sido los esperados. Tomando en cuenta el número de afiliados del SIS, la transición desde los seguros públicos de la década pasada (*Seguro Materno Infantil* - SMI y *Seguro Escolar Gratuito* - SEG) hacia lo que hoy es el SIS, ha significado una disminución del número de asegurados. Mientras que solamente los afiliados al SEG representaban un 24.4 por ciento de la población total en el 2001, el SIS hoy presenta una cobertura que alcanza al 20.0 por ciento de la población.

Adicionalmente, se siguen arrastrando desde la década anterior los problemas inherentes del actual sistema de salud (fuertes inequidades, falta de incentivos para mejorar la calidad de los servicios, subsidios cruzados, entre otros), derivadas de la importante fragmentación existente. Para una mejor comprensión de este último aspecto, a continuación se realiza una breve descripción de los sistemas de salud existentes en América Latina.

5.2.1 Sistemas de Salud en América Latina

Existen diversos modelos de sistemas de salud en la región, existiendo en principio, dos modelos antagónicos, así como distintos modelos intermedios entre éstos. Estos dos modelos opuestos son el modelo público unificado y el modelo privado atomizado. El primer modelo solo existe en Cuba, donde el Estado financia y suministra los servicios a través del monopolio estatal, estando prohibida la oferta de servicios de salud por parte de instituciones privadas. Así, este modelo priva a los usuarios de su capacidad de elección, mientras que el monopolio estatal no tiene incentivos para la mejora de la calidad de los servicios. Por otro lado, Paraguay se presenta como el mejor ejemplo del modelo privado atomizado, puesto que el 87.5 por ciento del financiamiento en salud proviene de las familias (Govindaraj, Murray y Chellaraj,

1994). Si bien los usuarios tienen capacidad de elección bajo este esquema, el problema radica en que las diferencias en la capacidad de pago llevan a grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Entre estos dos modelos antagónicos existen modelos intermedios, entre los cuales el más común es el segmentado, como es el caso del Perú. En este modelo, los sistemas de salud presentan tres segmentos, los cuales corresponden a tres grupos sociales. En principio, está la población con capacidad de pago que pertenece al sector formal de la economía, la cual se atiende en la seguridad social y en algunos casos en las instituciones privadas. En segundo lugar, están los que tienen mayores ingresos y no están cubiertos por la seguridad social, los cuales se atienden principalmente en el sector privado. Finalmente, se tiene a la población en situación de pobreza, la cual acude a los establecimientos de los ministerios de salud.

Este modelo, por estar segmentado, presenta, por lo general, grandes diferencias en la calidad de los servicios entre los distintos segmentos, derivada de la falta de competencia entre estos¹⁸². Asimismo, la presencia de distintos segmentos hace que se presenten las desventajas de los modelos antagónicos, en especial la del modelo público unificado, donde los pobres que se atienden en los establecimientos de los ministerios tienen que acceder a servicios de baja calidad. Adicionalmente, en el modelo segmentado usualmente se presentan importantes subsidios cruzados, ya que una proporción de los afiliados a la seguridad social o los no afiliados de mayores ingresos utiliza los servicios de los ministerios, desviando recursos que los ministerios deberían de focalizar exclusivamente hacia los pobres. Adicionalmente, el afiliado pierde la prima que ya pagó a la seguridad social, puesto que ésta no es transferida a los establecimientos de los ministerios.

5.2.2 Elementos de la reforma del sector

A diferencia de los lineamientos generales de las reformas de los programas sociales y de la educación, existe un consenso relativamente importante en la sociedad civil respecto de los grandes lineamientos que se deben de dar para emprender una reforma del sector salud. En este sentido, los lineamientos están en concordancia con varios de los planteamientos ya formulados¹⁸³: (i) la separación de funciones dentro del sistema como base de la reforma; (ii) la libre elección de los usuarios de los establecimientos de salud; (iii) el establecimiento de un seguro universal; (iv) el subsidio del Estado para los pobres; y (v) la participación de la comunidad en la administración de los establecimientos de salud de atención primaria.

En relación con la separación de funciones dentro del sistema, se debería de establecer claramente la separación de funciones relacionadas a la rectoría, financiamiento, prestación y

¹⁸² Londoño y Frenk (1997).

¹⁸³ MEF (2002), Güezmes (2003), Guzmán (2003), ForoSalud (2004).

regulación de servicios. En principio, la rectoría del sistema estaría a cargo del MINSA, el cual fijaría las políticas del sector, establecería la normatividad y los incentivos, para que el sistema alcance un funcionamiento equilibrado, eficiente y equitativo. Adicionalmente, se encargaría de supervisar, controlar y evaluar las políticas, normas e incentivos establecidos. Ello significaría un cambio importante en las labores del MINSA, puesto que dejaría de ser un prestador de servicios de salud.

Respecto del financiamiento del sistema, se establecería un sistema similar al modelo colombiano. En principio, existe la necesidad de crear un plan de beneficios esenciales, a manera de un seguro público (similar al SIS), que cubriría las patologías más frecuentes y costo efectivas. Este plan incluiría un conjunto de intervenciones a las que toda persona debería de tener acceso, independientemente de su nivel de ingreso; por lo que, en este sentido, se trataría de un seguro universal¹⁸⁴. En relación con el paquete de beneficios, éste debería ser elaborado sobre la base de las experiencias del *Seguro Público de Salud* (SPS¹⁸⁵) y del SIS, realizando los ajustes necesarios para asegurar su viabilidad financiera en el largo plazo. Asimismo, el plan sería financiado con recursos públicos para el caso de las personas en situación de pobreza, mientras que podría constituirse en una opción viable debido a su bajo costo, para la población de ingresos medios del sector informal de la economía, o del formal, pero que no tiene acceso a ESSALUD.

En relación con el costo de este paquete de beneficios esenciales, el SPS, propuesto durante el Gobierno de Transición, tenía un plan de beneficios que implicaba un costo de entre US\$ 15 y 20 per cápita al año¹⁸⁶. En este sentido, si se quisiera subsidiar completamente a toda la población en situación de pobreza, las necesidades de financiamiento bordearían los US\$ 300 millones; lo que representada más de tres veces el actual presupuesto del SIS.

Por otro lado, se ha mencionado la importancia de constituir uno o varios fondos, los cuales deberían de tener las mismas características de autonomía y transparencia que el fondo correspondiente a los programas sociales, como se describió en la sección 5.1.2¹⁸⁷. Así, mediante la constitución de un fondo, se busca diversificar el riesgo, generando subsidios cruzados desde aquellos que tienen una baja probabilidad de enfermarse hacia aquellos que

¹⁸⁴ Esta concepción de universalidad difiere de la mal entendida universalidad en la prestación de los servicios; es decir, que el seguro brinde todos los servicios para cualquier afiliado. Estos esquemas han fracasado por su inviabilidad financiera, incluso en los países desarrollados.

¹⁸⁵ Como se mencionó en la sección 3.2, el SPS se creó durante el gobierno de transición como resultado de la fusión del SEG y el SMI. Posteriormente, el nuevo gobierno distorsionó el SPS y creó el SIS, cometiendo una serie de errores en su diseño: (i) se eliminó toda posibilidad de que haya un subsidio parcial para la población de ingresos medios, (ii) se introdujo una serie de beneficios que no eran costo-efectivos y que atentan contra la viabilidad financiera del seguro, y (iii) permitió que se filtraran poblaciones que no debían ser priorizadas (comités de los programas sociales, lustrabotas, entre otros).

¹⁸⁶ Guzmán (2003).

¹⁸⁷ En relación con la administración de un fondo de estas características, Guzmán (2003) plantea que la administración del mismo sea entregada bajo concurso público internacional.

presentan un mayor riesgo. Además, la agrupación de recursos a través de un porcentaje fijo de los ingresos de los afiliados, como en el caso de ESSALUD, no sólo permite que se realicen subsidios cruzados entre personas de distintos niveles de riesgo, sino que se pueden realizar subsidios desde aquellos que tienen mayores ingresos hacia los de menores niveles.

Considerando la situación actual, un primer paso para la constitución de un fondo es integrar los recursos del MINSA, del SIS, y de otros fondos correspondientes a distintos programas en una cuenta del fondo. De esta manera, se constituiría un gran fondo con cuatro sub-cuentas: una correspondiente a las Fuerzas Armadas y Policiales, otra a ESSALUD, una para el fondo planteado que integra los recursos del MINSA, y una final para las EPS. Los recursos serían manejados de manera independiente dentro de cada sub-cuenta¹⁸⁸. De la misma forma, los rendimientos financieros serían incorporados a cada una de las sub-cuentas. La función básica del fondo sería la redistribución de recursos per cápita (por afiliado) ajustados por riesgo¹⁸⁹.

En principio, los recursos per cápita que se transferirían a la población en situación de pobreza, corresponderían al plan de beneficios esenciales antes mencionado. Estos recursos serían administrados por instituciones públicas autónomas (por ejemplo sobre la base del SIS) o privadas (como las EPS) que competirían por la incorporación de afiliados. Lo mismo ocurriría en el caso de las personas del sector informal o de ingresos medios que deseen acogerse a este plan. En este sentido, para que esta población se interese efectivamente por la adquisición de un seguro, o plan de beneficios como este, el MINSA deberá de dejar de representar un “seguro implícito” para esta población. Esto se daría porque el subsidio estatal no se daría en cada establecimiento del MINSA a través de menores tarifas, sino a través de un sistema de seguro o plan de beneficios. Así, la población que no se encuentra en situación de pobreza y tampoco tiene seguro, carecería de incentivos para acudir a los establecimientos de salud, puesto que las tarifas ya no estarían subsidiadas.

En el caso de los afiliados a ESSALUD, se debería de conformar un plan de beneficios distinto al que se ha estado haciendo referencia, el cual se establecería considerando los beneficios actuales de los afiliados y la viabilidad financiera de este paquete, en la medida que sea necesario introducir ajustes para asegurar su viabilidad financiera. En este caso, la transferencia per cápita ajustada por riesgo que realizaría el fondo correspondería a este nuevo plan, y de la misma manera, serían instituciones públicas o privadas las que captarían estos recursos. Sin embargo, en una primera etapa de la reforma, ESSALUD se constituiría como una institución que mantendría sus afiliados, recibiendo las transferencias per cápita de este fondo. En una

¹⁸⁸ Asimismo, se podría evaluar la introducción de mecanismos para realizar subsidios cruzados entre las cuentas del fondo. Así, en el caso del Fosyga en Colombia, un punto de las cotizaciones del régimen contributivo (12% para los trabajadores formales), constituyen recursos que son destinados a un fondo de solidaridad, el cual sirve de aporte para el régimen subsidiado (atención de la población en situación de pobreza).

¹⁸⁹ Para el establecimiento de un sistema efectivo de competencia por seguros (evitar comportamientos de selección de riesgo), se hace necesario introducir mecanismos de ajuste de riesgo (Baeza y Cabezas 1999).

segunda etapa, los afiliados podrían optar por cambiar de institución, ya sea pública (como el SIS) o privada (EPS). De esta forma, se dejaría el actual sistema de financiamiento de la oferta, y se pasaría a un sistema basado en la demanda¹⁹⁰.

Otro aspecto importante es el relacionado con la creación de un sistema único de identificación de usuarios, el mismo que sería utilizado para el caso de cualquier acción social emprendida por el gobierno. Con la constitución de este sistema, se podrá identificar efectivamente a la población que será beneficiada con el subsidio público, la cual podrá acudir a las instituciones públicas o privadas encargadas de la afiliación de la población. Se debe señalar que, para el caso de las zonas rurales y urbano-marginales, los CLAS podrían constituirse en el nexo efectivo entre las comunidades y los programas del Estado o las instituciones encargadas de la afiliación para la identificación de las poblaciones realmente necesitadas.

En relación con la provisión de servicios, los afiliados podrían optar por atenderse en instituciones públicas y privadas, las cuales podrán integrarse en redes, constituidas a partir de hospitales, centros y puestos de salud¹⁹¹. Esta capacidad de elección de los usuarios respecto del establecimiento al cual accederían, llevaría a los prestadores a elevar la calidad de sus servicios, con el objeto de asegurar la permanencia de los usuarios. En este caso, la transferencia de recursos se realizaría desde las instituciones que se dedican a la afiliación, hacia los propios prestadores. Adicionalmente al plan de beneficios esenciales establecido, se podrán acordar planes complementarios, los cuales serán ofertados por las instituciones que realizan la afiliación.

Asimismo, ya se ha mencionado que el MINSA dejaría de administrar sus establecimientos de salud. Lo mismo debería de ocurrir en el caso de ESSALUD. Así, los establecimientos firmarían acuerdos de gestión con el MINSA o con los gobiernos regionales, en caso de que los establecimientos sean transferidos, de la misma manera como ocurre hoy con los CLAS. En este sentido, los acuerdos de gestión establecerían los objetivos que el establecimiento debería de alcanzar en términos de indicadores de salud, cobertura, gestión y calidad del servicio. Para el caso de los establecimientos de salud de atención primaria, el modelo CLAS debe ser universalizado¹⁹². Debido a que en las zonas rurales no se puede presentar competencia como en las zonas urbanas, será el control de la comunidad sobre los establecimientos de salud el que permita que la calidad de los servicios no se deteriore.

¹⁹⁰ Al igual que en el caso colombiano, deberá de existir una transición gradual en el esquema de financiamiento, aumentando los recursos que se asignan a través de mecanismos de demanda, mientras que se reducen los correspondientes a la oferta.

¹⁹¹ Sin embargo, se debe señalar que estas redes deben dejar de lado el nivel de complejidad más alto, el cual está referido a patologías especializadas que se tratarían en institutos nacionales u hospitales nacionales. Asimismo, se hace necesaria la implementación de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia (ver sección 3.3), con el objeto de lograr eficiencia en el sistema.

¹⁹² Ya se ha hecho referencia a las ventajas de este modelo en la sección 3.3.1.

Finalmente, un último aspecto que se debe considerar es el de la regulación. Así, el órgano regulador se establecería sobre la base de lo que hoy es la *Superintendencia de Entidades de Prestadores de Salud* (SEPS), el cual podría estar adscrito a un órgano regulador autónomo que comprenda otros ámbitos¹⁹³. A diferencia de la actual SEPS, su ámbito de acción incluiría la autorización, regulación y supervisión de todas las entidades de salud públicas y privadas; es decir, los establecimientos de ESSALUD, MINSA, Fuerzas Armadas y Policiales, así como de los establecimientos privados.

5.3 Educación

La situación de deterioro a la que ha llegado el sistema educativo peruano conlleva a que se requiera implementar una reforma integral y radical. La razón es que el grueso de los problemas que aquejan a la educación en el Perú data de varias décadas y se han convertido en estructurales, por lo que es necesario implementar cambios de raíz. La mala asignación del gasto, el deplorable rendimiento de los alumnos, la deficiente gestión de los centros educativos y del sector en general, la poca adecuación de la formación de los jóvenes egresados del sistema educativo a las necesidades del mercado laboral, entre otros factores que se han descrito en el capítulo 4, requieren de una agenda de medidas que no planteen reformas o programas de modernización de la educación al estilo tradicional, con simples reacomodos y reajustes del sistema, sino que más bien propongan una suerte de *shock* o reforma drástica.

Mención aparte merece el problema de los docentes en el Perú. El profundo sindicalismo arraigado en el profesorado peruano se constituye en el principal enemigo de los mismo docentes, al impedir la diferenciación de sus remuneraciones sobre la base del desempeño, promoviendo la desvalorización del magisterio ante la ausencia incentivos que permitan recompensar a los buenos docentes, así como penalizar (o por lo menos no premiar) a los malos. Más aún, el marco normativo de la carrera docente está expresamente diseñado para proteger los intereses de los maestros en su calidad de “empleados públicos especiales”, en desmedro de los intereses de los alumnos, quienes deberían de ser la prioridad número uno de todo sistema educativo.

Por estas razones, y por las conclusiones que se pueden extraer del capítulo 4, es fundamental plantear una reforma integral y completa de la educación en el Perú. Más aún, no es exagerado plantear esta reforma como una *reconstrucción* del sistema educativo público peruano en todos sus aspectos.

¹⁹³ Si bien no es materia del documento, no se puede dejar de señalar que, en los últimos años, se ha presentado la necesidad de pasar de un enfoque de varios reguladores específicos para cada sector a un enfoque de un solo regulador multisectorial. Para este caso, se trataría de un Regulador Multisectorial del Sistema Financiero, el cual incluya a todo el sistema bancario y financiero, al sistema de seguros en general, al mercado de capitales y fondo de pensiones.

5.3.1 Modelos educativos

La reforma propuesta implica un cambio de modelo de gestión educativa. Gonzáles *et. al* (2002) establece que se puede resumir en dos los modelos educativos existentes¹⁹⁴, a partir de los cuales se establecen variaciones con características de uno y otro. El tradicional es un modelo centralizado-efectivo, encabezado por un Ministerio de Educación como entidad responsable tanto de definir las políticas como de proveer la enseñanza, y que a su vez inhibe u obstaculiza la participación privada, por lo que la mayor parte de la población se educa en los colegios públicos. El modelo opuesto es un sistema descentralizado de mercado, donde el Estado entrega recursos vía un subsidio para que las familias adquieran los servicios educativos en los establecimientos (públicos o privados) de su elección. Evidentemente, hay sistemas intermedios donde la educación tiene aspectos de los dos modelos descritos, donde la provisión del servicio educativo se da tanto por agentes públicos como privados, y donde existen diversos esquemas de incentivos (desde la autoridad hacia agentes descentralizados). El caso colombiano, en donde coexiste un sistema de subsidios a la demanda para la educación secundaria con el manejo centralizado de la educación en los niveles inicial y primario es un claro ejemplo de un modelo intermedio.

El modelo centralizado-efectivo parte de la premisa de que la autoridad central (usualmente, el Ministerio de Educación o su equivalente) conoce bien los insumos y las políticas que inciden en los resultados educativos, por lo que tiene la capacidad de implementar estas políticas y hacer una asignación eficiente de los recursos con los que cuenta. En cambio, un modelo de mercado (en su versión pura) considera que son los propios agentes los que conocen mejor sus propias necesidades, por lo que será el mercado y la competencia que se genera alrededor de éste los factores que guiarán a los distintos agentes a tomar decisiones más adecuadas.

5.3.2 Elementos de la reforma del sistema público

La reforma propuesta consiste en introducir elementos de mercado, tomando como referencias al modelo chileno de descentralización y de financiamiento de la educación, aplicado desde 1980, así como a la experiencia del programa EDUCO aplicado por el gobierno de El Salvador en zonas rurales. Ello implica cambiar el modelo en el cual se ha basado la educación pública en el Perú de uno más pegado al modelo centralizado-efectivo hacia uno donde primen características del modelo de mercado. Evidentemente se debe tener en cuenta la máxima cantidad de información acerca del resto de experiencias en otras ciudades y países¹⁹⁵, así como del intento local de introducir elementos de mercado en el sistema educativo peruano llevada a cabo a inicios de los noventa (ver sección 4.1.1).

¹⁹⁴ Esta descripción se basa en Gonzales, P. *et.al* (2002). Ver además a Aedo y Sapelli (2001) y Donoso y Schmal (2002).

¹⁹⁵ Los casos más referidos de la aplicación de *vouchers* educacionales son Chile (1980) con una aplicación a nivel nacional; Colombia (1991) para escuelas de nivel secundaria; la ciudad de Milwaukee (Illinois, EE.UU, 1990) con una participación de cerca de 11 mil estudiantes en el año 2002; la ciudad de Cleveland. (Ohio, EE.UU 1995) con cerca de 5 mil estudiantes beneficiados; asimismo hay referencias a experiencias piloto en las ciudades norteamericanas de Nueva York y Washington.

Son tres los aspectos generales que debe incluir esta propuesta: la descentralización de la gestión educativa, a través de una autonomía efectiva de los centros educativos con amplio protagonismo de la comunidad en la gestión; la reforma del financiamiento público a la educación, del esquema actual de subsidio a la oferta, a un esquema de subsidio a la demanda aplicado por alumno; y, finalmente, una serie de reformas complementarias, pero igualmente necesarias, que fortalezcan el cambio planteado, en especial un nuevo marco normativo para los docentes con el fin de establecer una cultura meritocrática que permita garantizar profesores competentes a todos los estudiantes.

(i) Descentralización de la gestión educativa

Se propone reforzar la descentralización de la gestión educativa a nivel del centro educativo. En la actualidad, el proceso de descentralización iniciado en el 2003 contempla la *regionalización* de la gestión educativa como una primera etapa del proceso, lo que presenta el riesgo de que en última instancia se genere una reconcentración del poder de un nivel nacional a un nivel regional (Benavides, 2004). Para ello, es necesario ampliar el protagonismo de la comunidad organizada en la gestión de cada centro educativo, profundizando aún más lo que se consigna en la nueva Ley General de Educación (LGE). Así, se debe asegurar la suficiente autonomía de gestión para cada centro, con el fin de que las decisiones de cuántos profesores contratar, qué materiales adquirir, cómo adecuar el año escolar a cada localidad sobre la base de sus condiciones particulares, entre otros aspectos, sean adoptadas considerando las verdaderas necesidades de cada unidad.

Se ha generalizado en todo el mundo la tendencia a otorgar una mayor autonomía de gestión a los centros educativos, con el fin de mejorar el desempeño de las mismas y su responsabilidad de los resultados. Esto parte de la premisa de que la propia comunidad está en mejor capacidad de conocer las verdaderas necesidades del centro educativo y de hacer un uso más eficiente de los recursos escasos que se les asigna. Así, en algunos países como Colombia, se ha otorgado mayor autoridad a los directores de las escuelas y, luego, a través de una diversidad de mecanismos, se los ha hecho responsables directos del desempeño de los centros que dirigen

En particular, la reforma del sector educativo debe considerar la activa participación de los padres de familia, de los directores de los centros educativos, así como de representantes del MINEDU y de los gobiernos locales, estos últimos incluidos con el fin de incentivar el interés de las municipalidades en una propuesta educativa integral. Esto sería factible reforzando la figura de los *Consejos Educativos Institucionales* planteados por la LGE¹⁹⁶, que cuenta con la participación del director, de los padres de familia, de representantes de la comunidad y del

¹⁹⁶ La Nueva Ley General de Educación crea como primera instancia de gestión educativa a la institución educativa (que es todo centro, programa o instituto educativo).

gobierno local. Se propone llevar estos Consejos a un esquema similar a los CLAS en el sector educación, en la forma de un contrato de gestión que incluya el seguimiento de ciertos objetivos y metas, en la cual esta organización tiene injerencia en el manejo de recursos de cada centro educativo, y asuman la responsabilidad por la educación a dicho nivel.

Gradualidad

La descentralización no puede convertir a los directores de las escuelas, acostumbrados a seguir pasivamente los lineamientos que provienen de los ministerios, en líderes de la gestión educativa de un día para otro. Se debe tener en consideración que, en muchos casos, será necesario hacer cambios por personas más idóneas para liderar un centro educativo, tanto en la parte pedagógica, como en aspectos de gestión de los recursos.

En este sentido, la descentralización permite implementar procesos transparentes y competitivos de selección y evaluación de los directores de centros educativos, que permita buscar a las personas más capaces y con liderazgo. Por ejemplo, en la ciudad de Minas Gerais (Brasil) el proceso de descentralización incluyó (i) un proceso para certificar a los candidatos calificados para concursar por los cargos de directores de escuelas, (ii) exigió que los candidatos presentaran sus propuestas de mejoramiento de las escuelas como parte del concurso, y (iii) otorgó autoridad a las juntas escolares para que efectuaran la selección final del director de la escuela.

(ii) Reforma del financiamiento: del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda

El pilar fundamental de la reforma integral propuesta será la introducción de mecanismos de subsidio a la demanda, en la forma de transferencias (mensuales o trimestrales) per cápita a los centros educativos a los que asiste el alumno. La reforma del financiamiento de la educación va de la mano con todo un cambio radical aplicado al sector en diversos aspectos, con el fin de atacar los problemas estructurales a los cuales está sujeto: cambios en la carrera docente, en el currículum impartido, en la gestión de los centros educativos, entre otros.

En el caso de las zonas urbanas, el financiamiento a los centros educativos debe tomar la forma de un *subsidio per cápita* que “sigue al alumno”, con el fin de permitir a los padres de familia elegir la educación de sus hijos en centros públicos (con activa participación de la comunidad), en centros de gestión mixta (subvencionados por el Estado pero gestionados por alguna entidad privada¹⁹⁷), y posteriormente en centros privados. La característica fundamental de esta modalidad en zonas urbanas es la introducción de elementos de competencia: se asegura una cantidad fija de recursos a cada alumno, la misma que “lo sigue” al centro educativo de su elección (que podría ser privado, siempre que éste participe del sistema) de

¹⁹⁷ Colegios parroquiales o los gestionados por Fe y Alegría.

manera que se incentive a centros públicos y no públicos a mejorar el servicio prestado con el fin de atraer la mayor cantidad posible de alumnos. Las transferencias del subsidio per cápita a los centros educativos deberían hacerse sobre la base de la asistencia promedio que registra cada centro, en un periodo determinado (mensual o trimestral), para lo cual es necesario desarrollar un sistema de monitoreo previamente establecido¹⁹⁸.

La introducción de elementos de competencia entre centros educativos de zonas urbanas permitirá introducir una serie de incentivos y mecanismos que refuercen el sistema educativo peruano, y permitan superar diversos problemas de calidad que están estrechamente asociados a una deficiente gestión. Así, al atar los recursos de los centros educativos a la asistencia de los alumnos, éstos tendrán necesariamente que asegurar una mejor calidad de la educación, así como otros factores que incentiven a los padres de familia a mantener a sus hijos en éstos: por ejemplo, programas extra-curriculares (deportivos, artísticos, de formación laboral etc.), una mejor infraestructura y materiales (por ejemplo, computadoras), entre otros aspectos. Para ello, por ejemplo, es fundamental reformular el marco normativo de la carrera docente, para permitir flexibilidad a los centros educativos para la evaluación, contratación y despido de docentes sobre la base de factores elementales, como la calidad de la enseñanza y el consiguiente rendimiento de los alumnos.

Recuadro 5.3. Beneficios y riesgos de un sistema de subsidios per cápita en la educación

El sistema de subsidios a la demanda en educación, o *vouchers* educativos, fue inicialmente propuesto en 1955 por Milton Friedman, bajo tres argumentos principales:

(i) **La promoción de libertad de elección de los padres de familia.** Dado que los padres de familia usualmente eligen los centros educativos a los cuales asistirán sus hijos, son ellos los verdaderos agentes decisores del consumo del servicio educativo. Bajo el sistema de subsidios a la demanda o *vouchers*, el gobierno provee de recursos a los padres de familia (demanda) en vez de a los centros educativos (la oferta).

Cada padre de familia “recibe” un *voucher* que puede ser utilizado para pagar total o parcialmente la mensualidad de cualquier escuela elegible (dependiendo del diseño). La entrega física es poco común en esquemas de subsidios (salvo en el caso de cupones o *vouchers* alimentarios). En el caso del sector educación, el voucher se da en forma de subvención que sigue al alumno (el Estado entrega un monto por alumno, sobre la base de la asistencia).

(ii) **Para introducir elementos de competencia entre los colegios.** Al crear un subsidio que “sigue” al alumno, se asegura la competencia de los centros educativos por atraer y mantener a sus alumnos. Dada la superior eficiencia del mercado en producir bienes y servicios, este sistema es más atractivo que un “monopolio” de centros estatales regulado por el gobierno y con resultados poco eficientes. Evidentemente, para que el sistema tenga mayor sentido, es necesario incluir a los centros educativos privados, de manera que la competencia sea entre éstos y los de gestión pública.

(iii) **Para permitir a estudiantes que provienen de familias de bajos ingresos el acceso a la educación privada.** Actualmente, los estudiantes de familias de bajos ingresos están confinados a los centros educativos que se encuentran en las cercanías de su vivienda, y que suelen ser centros públicos de baja calidad. Siempre y

¹⁹⁸ Por ejemplo, en el caso chileno el subsidio se determina sobre la asistencia promedio que se obtiene de los reportes emitidos por los mismos centros educativos, los cuales se contrastan con los reportes que se emiten en inspecciones aleatorias por parte de la autoridad intermedia. La ley chilena establece una serie de rangos para considerar el descuento de la subvención por alumno, en caso que se produzcan divergencias en estos registros.

Recuadro 5.3. Beneficios y riesgos de un sistema de subsidios per cápita en la educación

cuando el diseño del mecanismo incluya a los centros educativos privados o a los de financiamiento mixto (por ejemplo, a los centros parroquiales que actualmente reciben una subvención del Estado), el sistema de *vouchers* permite que las familias pobres puedan también acceder a la educación privada, ya sea con el subsidio que otorga el Estado, o complementando éste con sus propios recursos; o con los que recibirían a partir de programas específicamente designados, como los de transferencias condicionadas de dinero (ver sección 5.1).

Si bien no existe evidencia contundente acerca de efectos negativos que se hayan formado a partir del establecimiento de un sistema de *vouchers* en los países que implementaron este sistema, los argumentos comúnmente utilizados por los detractores del sistema son los siguientes:

(i) **Los padres de familia no son necesariamente buenos agentes decisores.** En algunos casos, los padres de familia pueden proceder a formular la elección del centro educativo al cual asistirán sus hijos no necesariamente sobre la base de cualidades relevantes de éste. Es difícil impedir que los padres o apoderados se vean influenciados por características de los centros educativos de escaso contenido educativo, tales como símbolos de estatus, uniformes especiales o nombres en inglés.

(ii) Asimismo, los **grupos familiares más pobres tienen la desventaja de carecer de acceso a la información** que les permita conocer las posibilidades que el sistema les brinda. De este modo, existe el factor de movilidad que se constituye en un importante impedimento para que las familias de menores ingresos puedan elegir centros educativos que se encuentren fuera de su área de residencia.

(iii) La **transferencia de los estudiantes a colegios fuera de sus localidades** de residencia depende del costo del transporte. Si bien el sistema permite esta movilidad, ésta puede estar restringida tanto por **limitaciones al traslado** del alumno (costo del pasaje) como a problemas de **estigmatización** (rechazo) en el centro privado ante la mezcla con estudiantes de mayores ingresos. En el primer caso, los programas de transferencia condicionadas de dinero que se proponen en la sección 5.1 podrían ser una solución.

(iv) **El sistema atenta contra el rol social integrador que debería cumplir la educación.** El sistema puede **promover la segregación de estudiantes.** Dado que el esquema teórico establece una subvención plana, se critica el hecho de que se pueda promover el confinamiento de los estudiantes provenientes de familias de escasos recursos en determinados centros. De aquí se tiene la necesidad que todo sistema de subvenciones deba considerar medidas que premien la integración y limiten o prohíban la discriminación. Sin desestimar esta crítica, Gonzáles et al (2002) establece dos consideraciones que debilitan esta posición. En primer lugar, la segregación es un fenómeno que no sólo afecta la educación, sino que también juega un rol importante la distribución geográfica de las ciudades; y, en segundo término, la hipótesis de que la educación juega un rol integrador es una falacia en ciudades socialmente fragmentadas, como la mayoría de ciudades latinoamericanas.

(v) Finalmente, el sistema puede **promover prácticas de discriminación de los alumnos “malos” o con problemas de aprendizaje**, otorgando preferencia a los mejores estudiantes. Esta práctica, denominada *descreme*¹⁹⁹, se podría dar debido a que es más “caro” educar a alumnos con problemas que a alumnos buenos, por lo que resultaría más atractivo a los centros educativos quedarse con la mayor proporción de estos últimos.

Cabe señalar que una de las modificaciones que se discute en la actualidad en el sistema chileno es la posibilidad de aplicar subvenciones diferenciadas por nivel socioeconómico. Esta reforma se sustenta en el hecho de que una subvención pareja como la que aplica Chile discrimina contra los alumnos de menores recursos, debido a que por sus mismas limitaciones es más difícil, y por ende más costoso, educar a los niños que provienen de hogares de menor nivel socioeconómico. Adicionalmente, la aplicación de una subvención homogénea tiene el efecto de agravar la desigualdad de oportunidades, dado que el financiamiento de la educación se complementa con recursos que provienen de las familias, los cuales están en relación directa con los ingresos de los hogares. En este sentido, se debe evaluar aplicar un sistema de becas o ayudas adicionales a alumnos de rendimiento general sobresaliente, así como a aquellos alumnos de bajo rendimiento que logren mejoras sustantivas dentro de su propio record.

¹⁹⁹ Del inglés *cream –skimming* usado en microeconomía, hace alusión a la práctica de un monopolio de concentrarse únicamente con los segmentos de mercados más rentables.

De esta manera, los **mejores centros atraerán a una mayor cantidad de alumnos**, dentro de su propia capacidad y sobre la base de las regulaciones impuestas por el MINEDU. Por ejemplo, se podría contemplar la implementación de mecanismos de sorteo cuando haya una fuerte demanda sobre un mismo centro educativo²⁰⁰, de tal forma que se asegure un flujo adecuado de fondos y se evite que determinados colegios concentren únicamente a alumnos de buen desempeño académico. Aquellos centros que no logren un buen desempeño entonces verán una migración de alumnos hacia otros centros mejores, de manera que se tenga un fuerte incentivo para mejorar²⁰¹. En caso de no lograr proveer un servicio adecuado e idóneo, estos centros deberían desaparecer en el mediano plazo.

Por otra parte, en las zonas rurales, el énfasis debe estar en reforzar la entrega de la gestión de los centros educativos a la comunidad organizada, siguiendo el exitoso modelo salvadoreño (programa EDUCO), por cuanto en dichas zonas no es posible desarrollar un sistema de competencia dado que existen restricciones de tipo geográfico (largas distancias), culturales (especificidad de elementos culturales de la educación impartida en la zona de residencia del individuo) y pedagógicas (la mayoría de centros educativos de zonas rurales son multigrado y unidocentes). No obstante, en este caso también se debería buscar adecuar el concepto del subsidio gubernamental sobre la base de la demanda, y no en función de la oferta. Para ello, también podría considerarse que el subsidio también esté en función de la matrícula, y no en función a otros criterios, tales como el número de profesores, que pueden llevar a distorsiones en la asignación de recursos.

(iii) Reformas complementarias

Los dos reformas principales, descritas en los párrafos precedentes, no podrían ser implementadas si es que no se complementan con dos reformas adicionales, aunque no menos importantes. En primer lugar, es necesaria una **completa reformulación del marco normativo de la carrera docente**. Se debe apuntar a un marco normativo que favorezca los intereses de los alumnos en vez de los de los profesores, toda vez que el fin último de todo sistema educativo es asegurar una educación de calidad. En la actualidad, como ya se ha descrito en la sección 4.5, la actual Ley del Profesorado, y las demás leyes que atañen a la carrera docente, está diseñada expresamente para asegurar los intereses de los docentes (asegurándoles un puesto seguro, y casi vitalicio en el caso de los docentes “nombrados”) y no se determinan en función de los intereses de los alumnos.

²⁰⁰ Un modelo de *vouchers* educativos alternativo al propuesto por Friedman es propuesto por Christopher Jencks, en el cual se estipula que un mecanismo para evitar la selección de alumnos por parte de las escuelas participantes consiste en que un porcentaje significativo de las plazas sea asignado por sorteo. Ver Jencks, C. (1970). “Giving Parents Money to Pay for Schooling: Education Vouchers.” *The New Republic* 163: 1 (4 July 1970): 19-21.

²⁰¹ Para ello, por ejemplo se podría optar por cambiar al director del centro educativo en caso no se logren ciertas metas. Asimismo, estas acciones requieren de tener un marco flexible para poder cambiar a aquellos docentes que mejoren su desempeño.

Así, se debe eliminar el sistema de nombramientos, asimilando la carrera docente al régimen laboral privado, de manera que, dentro de la autonomía de cada centro educativo, se permita expandir y reducir las plazas docentes de acuerdo con las necesidades de los alumnos. Asimismo, con estas medidas se aseguraría el cambio de enfoque de la carrera docente, del esquema “plano” actual hacia una carrera “de excelencia”, permitiendo la recompensa de aquellos maestros que muestren un desempeño sobresaliente. Asegurar una verdadera flexibilidad para la contratación y despido de docentes es la única manera en que el esquema de competencia entre centros educativos pueda funcionar, por cuanto les otorga un margen de maniobra para adaptarse a las condiciones impuestas por el mercado, así como permite introducir el incentivo para que los docentes muestren un esfuerzo efectivo por mejorar la calidad de su enseñanza.

En segundo lugar se requiere la creación de un **sistema de evaluación nacional continuo, autónomo, y confiable**, con el fin de brindar una adecuada información respecto del rendimiento de los alumnos en cada uno de los centros educativos que participan de la subvención del Estado. Una posibilidad es tercerizar este sistema, sobre la base de la contratación de una entidad privada (nacional o extranjera) que se dedique a este tipo de actividades, como ocurre por ejemplo en los EE.UU.

Asimismo, se debe promover y facilitar el acceso a los padres de familia a esta y otras fuentes de información, con el fin de que les sirva de insumos para la toma de decisiones que afectarán la elección de determinado centro educativo en zonas urbanas. Evidentemente es necesario establecer una serie de regulaciones que permitan un adecuado funcionamiento de este sistema, y que debe necesariamente nutrirse de la experiencia de otros países en la aplicación de esquemas similares.

5.2.2 Elementos que deben ser considerados para un sistema de subsidios a la demanda aplicados a las zonas urbanas del Perú

Como se ha visto en la sección 4, no es la primera vez que se intenta introducir un sistema de subsidios a la demanda en el caso de la educación pública en el Perú. En general, este sistema se ha implementado en pocos países del mundo; en particular en Latinoamérica la experiencia de subsidios educativos o *vouchers* se limita únicamente a 3 países: Chile, Colombia, y El Salvador. De este modo, se debe aprender de la experiencia de estos países, así como de los factores que impidieron la creación de los COMUNED a inicios de los noventa.

Muchos de los aspectos que deben ser considerados ya han sido mencionados líneas arriba. Sin embargo, una lista un poco más precisa debe considerar lo siguiente:

- (i) El valor del subsidio per cápita debe ser fijado **inicialmente de tal manera que cubra *por lo menos* el pago a los docentes de cada colegio**. Para ello es necesario la reasignación y

racionalización del personal docente de los centros estatales de manera que se obtengan ratios promedios de alumnos por docente que sean adecuados a los estándares internacionales. El presupuesto de cada centro educativo deberá complementarse con transferencias del gobierno central o desde el gobierno regional, de manera que se asegure la cobertura de los gastos de material educativo y de inversión, por lo menos en la etapa inicial de implementación de la propuesta.

En el caso chileno, el diseño del mecanismo de *voucher* implica el cálculo de un factor denominado *Unidad de Subvención Educacional* (USE), sobre la base del cual se determina la subvención por alumno, para cada nivel educativo. A dicho valor se le aplican una serie de factores que corrigen la subvención, incrementándola sobre la base de aspectos tales como el tipo de establecimiento (público o privado subvencionado²⁰²), la extensión de la jornada educativa²⁰³, o condición de ruralidad, desempeño, entre otros.

Donoso y Schmal (2002) indican que, en un inicio, la USE se determinó sobre la base de los costos totales del sistema educativo sin considerar los costos correspondientes a la administración del Ministerio de Educación, divididos por el número total de alumnos matriculados. Posteriormente, en 1995 dicho factor fue corregido con información proveniente de estudios de costos de distintos tipos de escuelas, al determinar los valores de subvención que se necesitaban para cubrirlos, dado el número de alumnos y su asistencia, lo que no modificó la USE sino los factores correctores de la subvención que la modifican²⁰⁴. El grueso de los recursos se determina por el tipo de establecimiento, y marginalmente, por los otros correctores. Desde 1992, la USE se reajusta en igual porcentaje y oportunidad que las remuneraciones del sector público chileno.

En el caso colombiano, los *vouchers* aplicados a la educación secundaria se determinan sobre la base del costo de la educación en centros privados de ingresos medio-bajo de las tres ciudades más grandes del país: Bogotá, Cali y Medellín. De esta manera, se espera que la subvención tenga un valor relativo más alto en otras regiones donde el pago de pensiones en centros privados son más bajos. De acuerdo a PREAL (2000), a dicho año, el valor del aporte anual promedio era de US\$ 143, financiado en un 80 por ciento por el gobierno central y en un 20 por ciento por el gobierno local.

En el caso peruano, la subvención por alumno debería establecerse de manera similar a como se implementó inicialmente en Chile, considerando el gasto total por alumno para cada nivel

²⁰² En Chile la escuela privada no participa del sistema de *vouchers*. La competencia se da entre las escuelas municipales (públicas) y los centros privados subvencionados (que ofrecen educación gratuita).

²⁰³ En el sistema chileno existen dos tipos de jornada: convencional y completa. La jornada completa tiene una extensión mayor, y se aplica con la intención de que los estudiantes pasen mayor tiempo en el centro educativo.

²⁰⁴ Por ejemplo, se determinó que toda escuela con menos de 35 alumnos recibiría una subvención correspondiente a 35 alumnos atendidos regularmente.

educativo, sujeto a posteriores estudios técnicos que determinen el costo unitario, considerando aspectos tales como las economías de escala, y el número mínimo de alumnos necesario para cubrir satisfactoriamente los costos de los centros educativos. De esta manera, considerando el gasto del 2003 (ver sección 4.4, inicialmente la subvención base anual por alumno debería estar alrededor de US\$ 170 para inicial y primaria, y US\$ 250 para secundaria.

(ii) El subsidio per cápita debería buscar **ser diferenciado** sobre la base del nivel de ingreso de la familia. En una primera etapa de la implementación de la subvención a la demanda, puede no ser factible diferenciar el subsidio del Estado, puesto que para ello es necesario el diseño de un sistema de registro de las familias de menores ingresos que permita focalizar adecuadamente la subvención (mediante un sistema único de identificación de usuarios, como el que se propone en la sección 5.1). Sin embargo, es fundamental considerar canalizar mayores recursos hacia los estudiantes de menores ingresos, con el fin de asegurar la equidad del sistema.

(iii) El sistema debe, necesariamente, **incorporar a la educación privada** mediante esquemas de financiamiento mixto, permitiendo que las familias puedan complementar el subsidio estatal en el caso en que el costo de la educación peruana sea mayor que éste. La posibilidad de que las familias puedan elegir entre poner a sus hijos en un colegio público (gratuito) y un colegio privado es indispensable para asegurar que exista competencia, así como para hacer posible que una mayor proporción de familias de bajos ingresos puedan acceder a la educación privada²⁰⁵. La participación de centros privados debe ser voluntaria, y para ello es necesario establecer los requisitos para que un centro pueda acogerse al sistema. Sin embargo, la inclusión de centros privados debe ser **gradual**, dejando un lapso de por lo menos un año para que el sistema funcione inicialmente en centros estatales.

(iv) Finalmente, las **remuneraciones de los docentes deben estar necesariamente en función a su rendimiento**. Una posibilidad es brindar dos tipos de bonificaciones pecuniarias a los docentes por excelencia a la enseñanza. En primer lugar, se realizaría sobre la base de ajustes hacia arriba del valor del subsidio a aquellos centros educativos que obtengan mejor *performance* en las pruebas de evaluación nacional, diferenciando por ubicación geográfica y por nivel socioeconómico. Asimismo, sería recomendable **premiar la mejora del centro educativo** sobre la base de su mismo desempeño anterior; así los docentes de los centros que registren mejoras significativas serían estimulados a proseguir con la mejora en la calidad de la enseñanza. De esta manera, se tendría un incentivo muy poderoso para mejorar la calidad de los docentes, y para incentivar un monitoreo por parte de los encargados de la gestión de los centros educativos.

²⁰⁵ El esquema chileno establece que, en el caso de elegirse un centro privado, el subsidio sea descontado progresivamente sobre la base del costo de la pensión que allí se cobra. De esta manera, se asegura una mayor proporción de recursos para la subvención a aquellas familias que no están en capacidad de asumir una educación privada para sus hijos.

6 Referencias bibliográficas

- [1] Aedo, C. y C. Sapelli (2001), “El sistema de vouchers en la educación: una revisión de la teoría y la evidencia empírica para Chile”. Pontificia Universidad Católica de Chile. Mimeo.
- [2] Alarcón, J. (2003). “Perú: El perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud”. Partners for Health Reform plus. Mimeo.
- [3] Alcázar, L. y R. Andrade (1999). “Transparencia y rendición de cuentas en hospitales públicos: el caso peruano”. Documento de Trabajo R-383. Banco Interamericano de Desarrollo.
- [4] Alcázar, L. y E. Wachtenheim (2001). “Determinantes del Funcionamiento de los Proyectos del FONCODES”. Instituto APOYO y Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [5] Alcázar, L. y R. Balcázar (2001). “Oferta y demanda de la profesión docente en el Perú”. Instituto APOYO y Programa Especial de Mejoramiento de la Calida de la Educación Peruana (MECEP).
- [6] Alcázar, L. y N. Cieza (2002). “Hacia una mejor gestión de los centros educativos en el Perú: el caso de Fe y Alegría”. Instituto Apoyo – Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).
- [7] Alcazar, L., J. López-Calix y E. Wachtenheim (2003). “Las pérdidas en el camino. Fugas en el gasto público: transferencias municipales, vaso de leche y educación”. Instituto Apoyo.
- [8] Alcazar, L. (2003). “Recursos humanos y mercado laboral: sector educación”. Instituto Apoyo. Documento preparado para el Foro Nacional de Competitividad.
- [9] Altobelli, L. (2000). “Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud en Perú”. IESE y Banco Mundial.
- [10] Altobelli, L. (2002). “Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS”. En “La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política”. Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID – Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y Proyecto POLICY.
- [11] Arroyo, J. (2001). “La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud”. En “Políticas de Salud 2001-2006”. Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [12] Baeza y Cabezas (1999). “Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en competencia en Latinoamérica”. Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud.
- [13] Banco Mundial (1993). “Peru: Poverty Assessment and Social Policies and Programs for the Poor”. Report N° 11191-PE
- [14] Banco Mundial (1997). “Colombia’s targeted education voucher program: features, coverage and participation”. Working Paper Series on Impact evaluation of educating reforms, paper no. 3.
- [15] Banco Mundial (1999a). “Poverty and Social Developments in Peru, 1994-1997”. Washington, D.C.
- [16] Banco Mundial (1999b). “Improving Health Care for the Poor Peru”. Washington, D.C.
- [17] Banco Mundial (2001). “Peruvian education at a crossroads. Challenges and opportunities for the 21st century”. Washington, D.C. Report N° 22357.
- [18] Banco Mundial (2002). “Peru. Restoring Fiscal Discipline for Poverty Reduction: a public expenditure review”. Washington, D.C. Report N° 24286.

- [19] Behrman, J. y J. Hoddinott (2001). "An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Pre-school Child Height". Discussion Paper N° 104. International Food Policy Research Institute. Washington, DC.
- [20] Benavides, M. (2004). "Informe del Progreso Educativo. Perú 2003". Documento elaborado por el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) para el Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL).
- [21] Caballero, V. (2004). "El presupuesto 2005 y la transferencia de los programas sociales". Participa Perú. Mimeo
- [22] Caro, D. (2003). "Una aproximación a la alfabetización lectora de los estudiantes peruanos de 15 años. Primeros resultados de la evaluación internacional PISA". Unidad de Medición de la Calidad (UMC). Ministerio de Educación.
- [23] Castro, J. (2004). "Descentralización en Salud: Construir un camino hacia la Democratización Sanitaria". Mimeo.
- [24] Centro de Investigación Parlamentaria (2004). "Institucionalidad Democrática y Concertación Social en la Lucha Contra la Pobreza". Congreso de la República del Perú.
- [25] CEPAL (2003). "Panorama social de América Latina 2002-2003". Santiago de Chile.
- [26] Chacaltana, J. (2001). "Más allá de la focalización. Riesgos de la lucha contra la pobreza en el Perú". Grupo de Análisis para el Desarrollo y Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [27] Chacaltana, J. (2003). "El Impacto del Programa "A Trabajar Urbano": Ganancias de ingreso y utilidad de las obras". Consorcio de Investigación Económica y Social y Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación.
- [28] Chacaltana, J. (2004). "La pobreza no es como la imaginábamos". Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación.
- [29] Chong, A., J. Hentschel y J. Saavedra (2003). "Bundling of services and household welfare in developing countries: the case of Perú". Working Paper N° 3310, Banco Mundial.
- [30] CIAS (2001). "Propuesta de Lineamientos de Política y Estrategia Nacional de Alimentación y Nutrición". Mimeo.
- [31] CIAS (2002). "Bases para la Estrategia de Superación de la Pobreza y Oportunidades Económicas para los Pobres". Mimeo.
- [32] CIAS (2004a). "Autoridad social y la institucionalidad de la política social en el Perú". Documento de Trabajo N° 5, Seminario Regional "Mejoramiento de la institucionalidad de la política social y constitución de una Autoridad Social". Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- [33] CIAS (2004b). "Plan Nacional para la superación de la pobreza 2004-2006". Mimeo.
- [34] Conterno, E. (1999). "Evaluación de estrategias de lucha contra la pobreza en el Perú: análisis a nivel de programas y proyectos". En Vásquez, Enrique (ed.), ¿Cómo reducir la pobreza y la inequidad en América Latina?. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, International Development Research Centre y Programa Latinoamericano de Políticas Sociales. Lima, Perú.
- [35] Cortez, R. (1998). "Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.
- [36] Cotler, A. (2001). "La gobernabilidad en el Perú: entre el autoritarismo y la democracia". En "El fujimorismo: ascenso y caída de un régimen autoritario". Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Perú.

- [37] Cuánto (2000). “Perú: Informe Final de Evaluación del Proyecto de Caminos Rurales”. Reporte preparado para la Dirección de Caminos Rurales. Lima: Ministerio de Transporte, Comunicaciones, Vivienda y Construcción.
- [38] Cuenca, R. (2001) “El Compromiso de la Sociedad Civil con la Educación. Sistematización del Plan Nacional de Capacitación Docente (PLANCAD)”. Ministerio de Educación, GTZ y KfW (Cooperación Técnica).
- [39] Cueto, S., M. Chinen, I. Montes, F. Andrade y M. Staeheli (2000). “Educational impact of a school breakfast program in rural Peru”. American educational research Association Conference, New Orleans.
- [40] Di Gropello, E. y R. Cominetti (1998). “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”.
- [41] Díaz, H. (2000). “La reforma del mercado educativo”. En Abusada, R. et al. “La Reforma Incompleta”. Instituto Peruano de Economía y Universidad del Pacífico, 2000.
- [42] Díaz, H. y J. Saavedra (2002). “Perú: sobran regulaciones, faltan estímulos”. En Navarro, J. (editor) “¿Quiénes son los maestros? Carreras e incentivos docentes en América Latina”. Red de Centros de Investigación, Banco Interamericano de Desarrollo.
- [43] Donoso, S. y R. Schmal (2002). “Los modelos de financiamiento de la educación pública en Chile y sus requerimientos de adecuación”. Revista Electrónica de Investigación Educativa. Vol. 4 No. 2. Universidad de Talca, Chile.
- [44] Escalante, G. (2001). “Los recursos humanos en salud”. En “Políticas de Salud 2001-2006”. Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [45] Escobal, J. y C. Ponce (2002). “El beneficio de los caminos rurales: ampliando oportunidades de ingreso para los pobres”. Documento de Trabajo N° 40. Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- [46] Escobal, J. y M. Torero (2000). “¿Cómo Enfrentar Una Geografía Adversa?: el rol de los activos públicos y privados”. Documento de Trabajo N° 29. Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- [47] Feres, J. y X. Mancero (2001). “El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- [48] ForoSalud (2004). “La Reforma del Sector para el logro del Derecho a Salud”. II Conferencia Nacional de Salud. Lima, Perú.
- [49] Francke, P. (1998). “Focalización del gasto público en salud en el Perú: situación y alternativas”. Documento de Trabajo N° 155. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- [50] Francke, P. (2001). “Políticas sociales: balance y propuestas”. Documento de Trabajo N° 194. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- [51] Francke, P. (2002). “Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003 en Programas Sociales”. Proyecto Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003. Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [52] Francke, P. (2004). “Las políticas sociales y la descentralización”. Mimeo.
- [53] Francke, P. y J. Espino (2001). “Programas de inversión social y generación de empleo: el caso de Foncodes”. Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [54] Gajate G. y M. Inurritegui (2003). “El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del “Propensity Score Matching”. Grupo de Análisis para el Desarrollo y Consorcio de Investigación Económica y Social.

- [55] Gonzales, P., A. Mizala y P. Romaguera (2002). "Recursos diferenciados a la educación subvencionada en Chile". Serie Economía N° 150. Centro de Economía Aplicada. Universidad de Chile.
- [56] Govindaraj, R., C. Murray y G. Chellaraj (1994). "Health Expenditures in Latin America". Banco Mundial. Mimeo.
- [57] Grosh, M. y J. Baker (1995). "Proxy Means Tests: Simulations and Speculation for Social Programs". Working Paper No. 118, Banco Mundial.
- [58] Grupo de Bioingeniería y Telemedicina (1997). "Estudio de necesidades de comunicación y acceso a información médica del personal sanitario rural del Ministerio de Salud". Universidad Politécnica de Madrid. Mimeo.
- [59] Guadalupe, C. (2002). "La educación peruana a inicios del nuevo siglo". Ministerio de Educación, Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Peruana (MECEP).
- [60] Gúezmes, A. (2003). "Políticas de reforma del sector salud. Desafíos para la investigación". Observatorio del Derecho a la Salud. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).
- [61] Guzmán, A. (2001). "Atención en el primer nivel". En "Políticas de Salud 2001-2006". Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [62] Guzmán, A. (2003). "Análisis comparativo de modelos de aseguramiento público y propuesta de un sistema solidario de seguridad social en salud". ForoSalud y Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [63] Herrera, J. (2001). "Nuevas estimaciones de la pobreza en el Perú, 1997-2000". Instituto Nacional de Estadística e Informática, Consorcio de Investigación Económica y Social, y Institut de Recherche Pour le Développement.
- [64] Herrera, J. (2003). "La pobreza en el Perú, 2002". Instituto Nacional de Estadística e Institut de Recherche Pour le Développement.
- [65] INEI (2002). "Condiciones de Vida en el Perú: Evolución 1997-2001". Lima, Mimeo.
- [66] Instituto Peruano de Economía (2003). "La brecha en infraestructura. Servicios públicos, productividad y crecimiento en el Perú". Lima, Perú.
- [67] Jalan, J. y M. Ravallion (1999). "Income Gains to the Poor from Workfare: Estimates for Argentina's Trabajar Program". Working Paper N° 2149, Banco Mundial.
- [68] Jalan, J. y M. Ravallion (2002). "Geographic poverty traps? A micro econometric model of consumption growth in rural China". Journal of Applied Econometrics, 17(4), 329-346.
- [69] Jaramillo, M. e I. Arteaga (2003), "La inversión pública en educación: proceso de asignación y determinantes de la distribución del gasto por alumno". Instituto Apoyo.
- [70] Jaramillo, M. (2004). "La Regulación del Mercado Laboral en Perú". Grupo de Análisis para el Desarrollo. Mimeo.
- [71] King, E. y P. Orazem (1999). "Evaluating education reforms: four cases in developing countries". The World Bank Economic Review, Sep 1999; 13, 2.
- [72] La Rosa, L. (2004). "Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género". Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- [73] Lardé, A. Et. Al. (1998). "Administración Educativa Descentralizada: El caso de El Salvador"
- [74] Lee, V. y E. Wong, "Education voucher system". Research and Library Service Division, Legislative Council Secretariat of Hong Kong.

- [75] Lizarzaburu, P. (2003). "Apreciación Del Proyecto Per/01/033 Implementación Del Programa "A Trabajar Urbano" Primer Año De Ejecución". Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mimeo.
- [76] Londoño, J. L. y J. Frenk (1997). "Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina". Documento de Trabajo N° 353, Banco Interamericano de Desarrollo.
- [77] Madueño, M. (2003). "Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados, ¿existe una demanda potencial en el Perú?". Consorcio de Investigación Económica y Social y Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- [78] Madueño, M. y C. Sanabria (2003). "Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020". Partners for Health Reform plus. Mimeo.
- [79] Maximice y Cuánto (2003). "Evaluación de Impacto del Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo". Mimeo.
- [80] Ministerio de Economía y Finanzas (2002). "Bases para la reforma del sector salud". Mimeo.
- [81] Ministerio de Economía y Finanzas (2004). "Exposición de motivos del Presupuesto General de la República 2005". Lima, Perú.
- [82] Ministerio de Educación (2001). "Plan Estratégico Sectorial Multianual 2002 – 2006".
- [83] Ministerio de Educación (2004). "Programa Nacional de Emergencia Educativa 2004". Suplemento publicado en diarios locales (disponible en web del Ministerio).
- [84] Ministerio de Educación (2004). "La situación de la educación en el Perú: panorama crítico", presentación del Ministro de Educación Javier Sota Nadal. Agosto del 2004.
- [85] Ministerio de Educación, "Boletín UMC", varios números.
- [86] Ministerio de la Presidencia (1996). "Elements of the focalized strategy to combat extreme poverty 1996-2000". Lima, Mimeo.
- [87] Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2004). "El estado del empleo en el Perú 2003". Mimeo.
- [88] Navarro, J. (2002) "Y sin embargo, se mueve: educación de financiamiento público y gestión privada en el Perú". En Wolff, L. et al. (2002). "Educación privada y política publica en América Latina".
- [89] O'Brien, E. (2002). "Informe Programas Sociales". Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Lima, Mimeo.
- [90] O'Brien, E. y J. Oroza (2002). "Bases para la reestructuración de los programas de alimentación y nutrición en el Perú". Comisión Interministerial de Asuntos Económicos y Sociales. Lima, Mimeo.
- [91] OECD (2003). "Literacy Skills for the World of Tomorrow - Further Results from PISA 2000". Coeditado por la Unesco Institute for Statistics (UIS).
- [92] OMS (2000). "The World Health Report 2000". Mimeo.
- [93] OPS (2002). "Situación de Salud en Perú 2002". Mimeo.
- [94] OPS (2003). "Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú". Ministerio de Salud de la República del Perú. Mimeo.

- [95] Ortiz de Zevallos, G., G. Pollarolo, H. Eyzaguirre y R. M. Palacios (1999). “La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud y pensiones”. Documento de Trabajo R-348, Banco Interamericano de Desarrollo.
- [96] Ortiz de Zevallos, G. y P. Pollarolo, editores (2000) “Educación”. Serie de Task Forces, “Agenda para la primera década”. Instituto Apoyo – USAID.
- [97] PREAL (2000), “Nuevas formas de financiamiento de la educación”. Boletín “Formas y reformas de la educación. Serie Mejores Prácticas”. Año 2, N° 4.
- [98] Petrera, M. (2002). “Financiamiento en salud”. En “La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política”. Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID – Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y Proyecto POLICY.
- [99] Pichihua, J. (2002). “Evaluación del salario pagado a brigadistas del PESP Rural”. Ministerio de Economía y Finanzas. Lima, Perú.
- [100] Pollarolo, P. (2000). “La reforma del sector salud”. En “La Reforma Incompleta”. Instituto Peruano de Economía y Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.
- [101] Portocarrero Grados, A. (2000). “Redistribución del Gasto Público en salud: 1995-1998”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- [102] Ramírez, E. (2004). “Estudio sobre la educación para la población rural en el Perú”. Mimeo
- [103] Rawlings, L. y G. Rubio (2003). “Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs: Lessons from Latin America”. Banco Mundial.
- [104] Rawlings, L. (2004). “A New Approach to Social Assistance: Latin America’s Experience with Conditional Cash Transfers Programs”. Social Protection Discussion Paper Series N° 4016. Banco Mundial.
- [105] Rebaza, H. (2002). “Para una política hospitalaria”. En “La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política”. Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID – Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y Proyecto POLICY.
- [106] Ricse, C. (2000) “Análisis Sobre la Situación de los Recursos Humanos”. Documento Técnico N° 2. OPS/MINSA.
- [107] Rivero, J. (2003) “Nueva docencia en el Perú”. Ministerio de Educación.
- [108] Rodríguez, E. y G. Rebosio (2001). “Ingreso Campesino en el Perú y Compras Estatales de Alimentos en el Perú”. Consorcio de Investigación Económica y Social y Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación.
- [109] Saavedra, J y P Suárez (2002), “El financiamiento de la educación pública en el Perú: el rol de las familias”. Documento de trabajo 38. Grupo de Análisis para el Desarrollo GRADE.
- [110] Saavedra, J. y A. Pascó-Font (2001). “Reformas estructurales y bienestar”. Grupo de Análisis para el Desarrollo. Lima, Perú.
- [111] Saavedra, J. y E. Maruyama (1999). “Evaluación de la situación de la pobreza en el Perú y de los programas y políticas de lucha contra la pobreza.” Grupo de Análisis para el Desarrollo. Mimeo.
- [112] Saavedra, J. y E. Nakasone (2003). “Una Nota sobre la Informalidad y el Autoempleo en Lima Metropolitana 1985 –2000”. Grupo de Análisis para el Desarrollo. Mimeo.
- [113] Schady, N. (1999). “Seeking Votes: The Political Economy of Expenditures by the Peruvian Social Fund (FONCODES), 1991-95”. Documento de Trabajo N° 2166, Banco Mundial.
- [114] Schady, N. y C. Paxson (1999). “Do school facilities matter? The case of the Peruvian Social Fund (FONCODES)”. Working Paper N° 2229, Banco Mundial.

- [115] Scott, J. (1999). "Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA): México". Food and Agriculture Organization of the United Nations y Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. Mimeo.
- [116] Shack, N. (2000). "La estrategia de lucha contra la pobreza". En "La Reforma Incompleta". Instituto Peruano de Economía y Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.
- [117] Stifel, D. y H. Alderman (2003). "The "Glass of Milk" Subsidy Program and Malnutrition in Peru". Policy Research Working Paper N° 3089, Banco Mundial.
- [118] Tanaka, M. y C. Trivelli (2002). "Las trampas de la focalización y la participación. Pobreza y políticas sociales en el Perú durante la década de Fujimori". Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Perú.
- [119] Trahtemberg, L. (2004), "La educación peruana en emergencia". Editorial Bruño.
- [120] Thorp, R. (1995). "Desafíos para alcanzar la paz. Hacia un desarrollo social sostenible en el Perú". Informe de la Misión Piloto del Programa Reforma Social del Banco Interamericano de Desarrollo.
- [121] Valdivia M. y A. Dammert (2001). "Focalizando las Transferencias Públicas en el Perú: Evaluando Instrumentos de Identificación del Nivel Socio Económico de los Individuos / Hogares". Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [122] Valdivia, M. (2004). "Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children". Grupo de Análisis para el Desarrollo. Mimeo.
- [123] Vásquez, E. (2000). "Programas nutricionales y alimenticios". En Plan Estratégico Social. Lima, Mimeo.
- [124] Vásquez, E. (2004). "Los niños... primero? Volumen II". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y Save the Children. Lima, Perú.
- [125] Vásquez, E., R. Cortez y G. Riesco (2000). "Inversión social para un buen gobierno en el Perú". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.
- [126] Vásquez, E. y E. Mendizábal (2002). "Los niños... primero? El gasto público social focalizado en niños y niñas en el Perú 1990-2000". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y Save the Children. Lima, Perú.
- [127] Vásquez, E. y J. Porras (2004). "Los niños... primero? Volumen II". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico - Save the Children. Lima, Perú.
- [128] Vásquez, E., R. Cortez y G. Riesco (2000). "Inversión social para un buen gobierno en el Perú". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú.
- [129] Vásquez, E. y E. Mendizábal (1998). "Los niños... primero? Volumen I". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico - Save the Children. Lima, Perú.
- [130] Vera, J. (2003). "Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú". ForoSalud y Consorcio de Investigación Económica y Social.
- [131] World Bank Institute (2001). "Voices of the Misgoverned and Misruled: An Empirical Diagnostic Study on Governance, Rule of Law and Corruption for Peru."