
Capítulo 2

Políticas públicas y pobreza en el Perú de los noventa

← Pedro Francke *

Introducción

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

Este balance suele hacerse bajo distintos enfoques. Uno de ellos resalta que la situación de los pobres ha mejorado respecto de 1990, y que por lo tanto la política ha sido exitosa y debe mantenerse (Dubois y Shack, 1998). Es un análisis sesgado: en 1990 la crisis era tan aguda, que era fácil mejorar. La otra postura indica que la pobreza es muy alta y que la calidad de vida es muy mala, concluyendo de ello que la política ha fracasado, y debe cambiarse. Tampoco éste resulta un punto de vista convincente, ya que problemas de este tipo son estructurales en nuestro país, y no se puede pretender una solución en una década. Intentaremos por ello un balance que primero describa la situación actual de la pobreza vista desde un enfoque integral, y luego analice los avances y limitaciones tanto en cuanto a los resultados obtenidos, como a las capacidades del estado y la sociedad para seguir avanzando.

Cuando se quiere hacer una evaluación del desarrollo social, es necesario tener una concepción sobre qué configura una situación de pobreza. La pobreza es una situación en la cual una persona o grupo social vive bajo condiciones que conside-

* Magister en Economía, Profesor del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Director de la revista *Actualidad Económica del Perú*, consultor en temas de políticas sociales y economía de la salud.

ramos inadecuadas e inaceptables para un ser humano. Así, la concepción y medición de la pobreza siguen necesariamente un patrón social, y están directamente referidas a la calidad de vida. La calidad de vida comprende diversos elementos, los cuales incorporan tanto los ingresos necesarios para acceder a los alimentos y otros bienes y servicios en el mercado, como la situación de salud y educación de la familia, el acceso a servicios básicos (agua, desagüe y luz), la seguridad y salubridad en el trabajo, y también las condiciones de participación en las decisiones sociales y familiares, e incluso cuestiones tales como la espiritualidad, la belleza y la cultura (Kanbur y Squire, 1999). Por razones de tiempo y espacio, en este artículo nos limitaremos a tratar los aspectos relativos a ingresos, salud y educación.

La situación social actual

Pobreza por ingresos

La pobreza por ingresos se ha reducido en los '90, pero es aún superior a la que prevalecía en 1985, cuando se estimaba en cerca de 40% (Escobal y Torero, 1998). Esto sucede a pesar de que la recuperación económica ha llevado a que el PBI per capita actual sea similar al de 1985. En las zonas rurales, más de dos terceras partes de la población son pobres, y cerca de la mitad vive en pobreza extrema, con ingresos menores a 80 centavos de dólar diarios per capita.

Entre inicios de la década y 1997, los estimados indican que la pobreza se redujo de casi 55% a un 50%¹. Parte de esta reducción, alrededor de 2 puntos porcentuales, se debe al reparto de alimentos. No existen cifras posteriores a 1997, pero toda la evidencia indica que la pobreza ha aumentado en los últimos dos años: cuando el crecimiento económico se detiene y la recesión llega, el empleo y los ingresos se reducen. Hay algunas cifras que nos ayudan a constatar esto: de fines de 1997 a octubre de 1999, el empleo en las empresas urbanas de más de 10 trabajadores, es decir, el empleo en el sector capitalista de la economía, se ha reducido en 7%. Como la población en edad de trabajar aumenta a un ritmo del 2% anual, esto es aún más grave. Por su parte, los salarios reales en Lima entre 1997 y 1999 han caído en este mismo periodo un 6% (los sueldos de empleados y ejecutivos han aumentado, pero estos grupos en general no se encuentran en situación de pobreza).

En 1999 la pobreza debe haber aumentado respecto de 1997 un 50%. Lo que es seguro es que, puntos más, puntos menos, la mitad de la población peruana es actualmente pobre. En otras palabras, en diez años no se ha podido recuperar lo que se perdió con la crisis y la hiperinflación de 1988/90. Sigue habiendo entre 12 y 13 millones de peruanos pobres. Este desempeño es decepcionante, sobre todo si lo comparamos con el de Chile, que en un lapso similar redujo la pobreza de 39% a 22%.

Educación

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

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

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

i) Una tasa de analfabetismo sumamente elevada aún, del orden del 10%, que se concentra en las zonas rurales y en las mujeres mayores de 40 años. Una encuesta reciente muestra que incluso en zonas rurales muy pobres el analfabetismo entre mujeres jóvenes, de 15 a 25 años, es prácticamente inexistente, del orden del 2% (PROPAL-GTZ, 1999). Ello permite ser optimista respecto de la futura reducción del analfabetismo, pero no debe llevarnos a la inacción respecto de las mujeres mayores. Existe además la preocupación de que el analfabetismo funcional, es decir, la pérdida de habilidades de lectoescritura, pueda ser importante en el país, y que por lo tanto el porcentaje de la población que está realmente impedido de leer y escribir a un nivel razonable sea bastante mayor.

ii) Una baja cobertura de la educación pre-escolar. Se estima que alrededor de la mitad de los niños de 3 a 5 años actualmente asiste a algún tipo de educación pre-escolar, incluyendo a quienes asisten a PRONOEI (centros comunitarios dirigidos por animadoras). Aún cuando ha habido avances en este sentido, falta mucho por hacer, incluyendo el logro de una mejor calidad de la educación pre-escolar.

iii) Una alta tasa de repitencia y deserción, que lleva a una baja matrícula secundaria: 20% de los niños no terminan la primaria.

iv) La calidad de la educación peruana parece ser bastante baja. No hay cifras publicadas, pero nuestra experiencia diaria nos muestra cómo incluso egresados de la secundaria escriben muy mal y tienen habilidades muy limitadas. "La desigualdad de los resultados del aprendizaje es un tema clave en educación, al ser la desviación estándar muy amplia" (Banco Mundial, 1999[b]).

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

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

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

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

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

Salud

En cuanto a la salud, ha habido avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil (de 60 a 43 por mil entre 1991 y 1996), y el Ministerio de Salud ha ampliado sustancialmente su oferta de atención primaria, lo que ha elevado la cobertura de consultas de salud en 60% (Banco Mundial, 1999[c]).

Los principales problemas de salud actualmente existentes son:

i) La Tasa de Mortalidad infantil sigue siendo muy alta, de 43 por mil, bastante mayor que la que corresponde a un país de nuestro nivel de desarrollo (en Colombia es de 25 por mil y en Costa Rica de 12 mil, para no hablar de Chile y Cuba, que se encuentran entre los líderes regionales). La mortalidad infantil se ha reducido en los últimos años, sobre todo por el control de las diarreas y en menor medida de las infecciones respiratorias agudas, pero ha bajado muy poco la mortalidad neo-natal, hasta el primer mes de nacido, que responde hoy por cerca de la mitad de la mortalidad infantil.

ii) Otro problema de salud severo es que el 30% de los niños de 3 y 4 años está desnutrido en forma crónica, a pesar del avance que también se ha registrado en este campo (esta tasa era de 49% en 1992). Hay también elevados niveles de anemia y serias deficiencias de vitamina A (INEI – DHS - Macro internacional, 1997; Presidencia de la República, 1998).

iii) La inequidad en salud es también enorme. La mortalidad infantil varía entre los grupos más pobres y los más ricos de 100 a 20 por mil.

iv) Otro problema serio de salud es la mortalidad materna, que es la segunda más alta de Latinoamérica, con una tasa de 260 por cien mil. Apenas la mitad de los partos en el Perú recibe atención por parte de profesionales o técnicos de salud.

v) Otros problemas principales de salud incluyen la re-emergencia de la malaria, enfermedad que reporta 250 mil casos al año; la tuberculosis, que con cerca de 50 mil casos registra la tasa de incidencia mayor de América Latina; y el SIDA, que se estima en 10 mil casos y 70 mil infectados con el VIH.

vi) Se mantienen problemas de falta de acceso de la población a los servicios de salud, que se deben en su mayor parte a los cobros que se realizan. Una cesárea en el Hospital de Andahuaylas, una de las provincias más pobres del Perú, puede costar más de 300 soles, ya que la gestante no sólo debe pagar por la atención médica, la sala de partos y la anestesia, sino además comprar los insumos y medicinas requeridas: 80% de las personas enfermas que no se atienden afirma que ello se debe a razones económicas.

vii) Otros problemas son una insuficiente oferta, sobre todo en zonas rurales dispersas, servicios que no son adaptados a la cultura de la población rural, y una mala calidad por personal no calificado – aunque puede tener título- y equipos sin mantenimiento.

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

ix) El aseguramiento de la salud se ha reducido durante la década, de 38% en 1994 a 24% (Petrera y Cordero, 1999).

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

i) Infraestructura, equipamiento y contratación de personal para centros y puestos de salud, así como entrega de insumos para programas prioritarios de salud.

ii) Abastecimiento de medicinas en establecimientos del Ministerio de Salud mediante un sistema de fondo rotatorio.

iii) Desarrollo de los Comités Locales de Administración de Salud, con niveles de descentralización y participación comunitaria en la gestión, en cerca de 8% de los establecimientos de primer nivel de atención.

La recuperación y ampliación de la salud primaria ha permitido aumentar sustancialmente la cobertura de servicios básicos de salud, con logros sobre todo en la morbilidad infantil. Sin embargo, servicios medianamente complejos -como la atención de partos- aún son de acceso restringido; se han levantado nuevas barreras económicas al acceso con el cobro de tarifas, insumos y medicinas; y no se han resuelto las barreras geográficas y culturales en las zonas rurales.

Síntesis

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

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

Modelo económico y pobreza

Crecimiento económico, empleo y pobreza

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

Una razón de ello estriba en los sectores privilegiados por la inversión extranjera y la política estatal, como la minería y los servicios modernos (telecomunicaciones), que generan poco empleo. El auge de la construcción alivió estos problemas durante las épocas de fuerte inversión, pero durante la crisis ese impulso se ha perdido. El desarrollo de sectores permanentemente más dinámicos en términos de crecimiento del empleo, como la industria, ha sido menor o ha tenido un sesgo poco creador de trabajo (Banco Mundial, 1999[a]: p. 34).

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

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

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

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

Gasto social e impuestos

Paradójicamente, mientras el discurso neoliberal afirmaba que la pobreza debía resolverse a través del mercado, los mayores resultados se han obtenido por la acción del gobierno. La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, agua y electricidad, así como las mejoras registradas en la infraestructura educa-

tiva y el impacto de los programas alimentarios, resultan ser bastante más importantes que los efectos logrados a través de la creación de puestos de trabajo.

Dadas las enormes necesidades, la profundidad de la pobreza y la fuerza de la desigualdad, es claro que los esfuerzos realizados en el área social son muy insuficientes. En los '90 se registra un aumento importante del gasto social, sobre todo entre 1993 y 1996, cuando hay un auge económico permitido por el aumento de la recaudación propio de la recuperación económica y del reinicio de préstamos de organismos internacionales (BID y Banco Mundial), que en esta década han dado más prioridad al área social que anteriormente². Apesar de ello, el gasto en sectores como educación y salud en el Perú de los '90 es bastante menor al de la década de los '70, y menor también al promedio de los países latinoamericanos. En salud, por ejemplo, se gasta 4,1% del PBI, dos terceras partes del promedio latinoamericano. En educación el gasto público es 2,4% del PBI, un tercio menor al de los países latinoamericanos de similar nivel económico.

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

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

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

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

La política respecto de los servicios básicos

Un segundo elemento de balance se relaciona con la organización del Estado y la sociedad para el combate contra la pobreza.

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

Las reformas de segunda generación en el área social

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

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

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

El hecho de que las reformas recién se estén implementando en salud y educación restringe su evaluación a un análisis ex-ante, siendo la reforma del sistema de jubilación la que se puede evaluar mejor. El régimen de jubilación peruano luego de la reforma se caracteriza por la coexistencia competitiva de dos sistemas, el público –sistema de reparto – y el privado. Los trabajadores pueden optar entre ambos, pero quien opta por el privado ya no puede regresar al público. El sistema privado de pensiones (en adelante SPP) opera con una cotización fija del 8% de la remuneración para la cuenta individual de jubilación, la cual es invertida por una empresa privada llamada Administradora de Fondos de Pensiones (AFP); la pensión se fija de acuerdo al monto acumulado en esta cuenta al momento de la jubi-

lación, establecido por ley en 65 años. Hay además otra cotización para un seguro de invalidez y sobrevivencia que se fija por cada AFP, y que actualmente es superior al 2%. Por sus servicios, las AFP cobran una comisión que actualmente fluctúa en el 2% de la remuneración. Las AFP son reguladas por la Superintendencia de AFP, que establece un rango para la composición de cartera entre distintos activos, y supervisa la calidad de riesgo de los mismos. Aunque la ley lo manda, no hay una pensión mínima. El sistema público funciona con pensiones predefinidas de acuerdo a los años de cotización y a los últimos salarios, pero con un tope fijado por el gobierno, que hoy es equivalente a 170 dólares.

Un balance de la introducción del SPP indica que: no se ha avanzado en ampliar la cobertura de la seguridad social en jubilación hacia los pobres e informales; la introducción del SPP ha llevado a una reducción de las contribuciones al Sistema Nacional de Pensiones, lo que ha demandado recursos del presupuesto público y ha llevado a que se mantengan las pensiones en niveles muy reducidos; los costos operativos del sistema privado son muy elevados, de manera tal que la rentabilidad neta³ de los fondos es prácticamente nula o negativa; las posibilidades de elección y la competencia son bastante limitadas debido al diseño del sistema⁴, problemas de información⁵ y el tamaño restringido del mercado (sólo quedan 4 AFP en la actualidad). Como efecto positivo puede encontrarse una captación de un monto de fondos importante (casi USD 2 mil millones), que ha ampliado los recursos financieros al alcance de las empresas.

La reforma de la seguridad social en salud introduce las Empresas Prestadoras de Salud (EPS). En virtud de esta reforma, los asegurados pueden decidir trasladar la cuarta parte de su cotización de seguridad social – actualmente 9% del salario – a la EPS de su preferencia, estando ésta obligada solamente a prestarles la llamada “capa simple” de atención de salud. La “capa compleja” se mantiene bajo responsabilidad de la institución pública de la seguridad social (hoy llamada EsSalud, antes IPSS). Los trabajadores también pueden optar por mantener su atención de capa simple en EsSalud, entregando a ésta toda la cotización. La decisión de optar por una EPS se toma colectivamente a nivel del centro de trabajo, y no individualmente. La ley obliga a las EPS a tener capacidad instalada propia para atender a un 30% de su demanda, impidiendo así que sean empresas dedicadas exclusivamente al aseguramiento e intermediación del financiamiento de salud. Sin embargo, en la práctica no se viene cumpliendo esta disposición.

Esta reforma, aprobada legalmente en 1997, recién se ha iniciado realmente en 1999, y las EPS –hay 3 de ellas en operación– tienen aún pocos afiliados. Se estima que el sistema no atraerá sino a una pequeña parte de la población, debido a que la cotización disponible para contratar un seguro privado de salud es muy baja, a pesar de que éste sólo cubre la capa simple (dados un salario promedio de algo más de 200 dólares mensuales y un sueldo promedio de menos de 700 dólares mensuales, la cotización para las EPS sería de 4,5 y 16 dólares mensua-

les respectivamente, bastante menos de lo que cuesta un seguro privado de salud en la actualidad). Así, lo más probable es que las EPS capten casi exclusivamente a los trabajadores de empresas de punta, que en su mayoría ya tienen un seguro particular de salud, y que no conforman más de 3% de la PEA.

Los objetivos de la reforma parecen ser la introducción de niveles de competencia en los sistemas públicos de salud, que se limitan a la atención ambulatoria donde EsSalud tiene mayores dificultades para atender a la demanda y resulta más difícil la contratación de proveedores privados de los servicios. A su vez, el sistema de aseguramiento por centro de trabajo limita sustancialmente los problemas de riesgo moral, selección adversa y selección de riesgos que son comunes en los sistemas de aseguramiento con elección individual, y que traen consigo graves consecuencias en equidad y eficiencia.

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

El bachillerato pretende reorganizar los niveles educativos en el Perú, introduciendo un nuevo nivel de 2 años que se ubica después de la secundaria, al mismo tiempo que reduce los años de secundaria de 5 a 4. En este caso, la reforma no implica un cambio de reglas respecto de la interacción entre el Estado y las familias, aunque una de las razones aducidas a favor del cambio es que por ser algo nuevo haría más fácil la introducción de nuevas formas de gestión en el sistema educativo. También se espera que el sector privado tenga un rol más importante en el bachillerato que en la educación secundaria, de la misma manera que en la educación superior hay una proporción mucho mayor de matrícula privada que en la secundaria. Por otro lado, se sostiene que la creación del bachillerato permitiría atender mejor la dinámica y necesidades propias de este sector de jóvenes, adaptando la enseñanza a su desarrollo personal y teniendo como objetivo prepararlos tanto para un nivel de educación superior como para el mundo del trabajo.

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

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

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

Una hipótesis para explicar esta enorme diferencia tiene que ver con las fuerzas sociales que apoyan y se resisten a la reforma. En el caso de la jubilación⁷, el nuevo sistema es muy beneficioso para el capital financiero, que pasa a administrar los fondos, así como para las grandes empresas que pueden tener mayor acceso a financiamiento. Estarían afectados los jubilados, que lamentablemente tienen muy poco peso político. El balance político favorece nítidamente a la reforma. Lo contrario sucede en salud y educación: no hay claros grupos beneficiados, o los beneficios son bastante menores, como en el caso de salud, mientras que los trabajadores de esos sectores – maestros, médicos y trabajadores de salud – siguen siendo de los grupos más organizados y fuertes en el debilitado panorama sindical del Perú actual. Además, se ha evidenciado lo sensible que es la opinión pública respecto de estos temas, en particular la educación.

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

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

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

La institucionalidad estatal

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

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

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

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

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

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

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

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

Descentralización y participación

Luego de una década en la que ha habido muy pocos avances sobre este tema, el anuncio presidencial del traspaso de los servicios de salud y educación a las municipalidades ha cambiado el panorama. Dado lo poco que se conoce de las decisiones gubernamentales al respecto, y puesto que se trata de cuestiones que

se van a hacer realidad en el año 2000, restringiremos nuestro análisis a las experiencias realmente existentes en esta década.

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

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

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

Por su parte, la experiencia de FONCODES consiste en financiar a comunidades para que éstas ejecuten los proyectos que han solicitado, dentro de un menú de posibilidades establecido. En principio, las propias comunidades nombran a su Núcleo Ejecutor, escogen el proyecto de su preferencia, contratan al proyec-

tista, contratan al inspector –que hace las veces de un jefe de obra-, contratan a los trabajadores, y compran los materiales requeridos. En la realidad, muchos de estos procesos están fuertemente influidos por profesionales que tienen una mayor o menor vinculación con FONCODES. Las evaluaciones realizadas, sin embargo, muestran que los principales problemas de FONCODES no se encuentran en una baja apropiación de la comunidad de los proyectos, sino más bien en la insuficiencia de los sistemas de apoyo que permitan: i) que los proyectos se enmarquen y sirvan a un proceso de desarrollo de la comunidad y región¹¹; ii) que las obras sean técnicamente bien realizadas, problema particularmente serio en las obras de saneamiento que han sido privilegiadas en el último lustro, iii) que cuenten con la capacitación y los elementos complementarios para su máximo impacto sobre las condiciones de vida (vg.: que el agua de riego sea bien usada, que la población use adecuadamente el agua potable para su higiene, etc); iv) que las obras sean sostenibles, contando con el mantenimiento adecuado.

La gran ventaja de FONCODES ha sido: llegar a centros rurales poblados muy alejados, muchos de los cuales nunca antes habían sido alcanzados por el estado; focalizar adecuadamente sus inversiones; y realizar las inversiones sociales de manera ágil y rápida.

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

El problema laboral en salud y educación

Uno de los temas que no han sido abordados adecuadamente en esta década ha sido el de la gestión de recursos humanos en los sectores de salud y educación, entendiendo por ello la formación, selección, contratación, remuneración y promoción de los trabajadores, técnicos y profesionales. Es interesante notar que, además de lo que puede considerarse como política laboral en una empresa privada u otros sectores económicos, estamos incluyendo también la formación de recursos humanos, dado que es una tarea principalmente a cargo de institutos y universidades estatales, y que el principal demandante de mano de obra en estos sectores es el propio estado.

Los cambios en la década de los '90 se han reducido a: i) establecer un sistema de contratación paralelo para los nuevos trabajadores mediante contratos a plazo fijo (educación) o contratos de servicios no personales (Programa Salud Básica para Todos); ii) en educación, establecer un mecanismo de concurso para los nuevos contratos; iii) en salud, bajo el PSBPT, establecer pagos diferenciados con remuneraciones sustancialmente más altas para zonas rurales y de frontera. Paralelamente se ha mantenido un nivel de sueldos bastante bajo tanto en comparación con

décadas anteriores como con otros países latinoamericanos, que es el principal factor que ha permitido que el gasto público en estos sectores se mantenga reducido.

El nuevo sistema de contratación de personal ha generado un régimen dual, con los elementos de inequidad y de conflicto que ello implica¹². El antiguo mantiene todos los vicios de un sistema donde hay estabilidad prácticamente absoluta, y donde además el hecho de que los cargos directivos sean nombrados entre los mismos profesionales y con alta rotación entre ellos, hace que se conformen grupos cerrados donde nadie está dispuesto a enfrentarse a la mediocridad y la corrupción. El nuevo no ha logrado superar estas deficiencias, entre otras cosas debido a que la permanencia en el puesto o el ascenso no están vinculados al desempeño; no existe ningún sistema para medir ni siquiera los aspectos más elementales del desempeño del trabajo, como la asistencia o el cumplimiento del horario, o mantener un archivo con la historia laboral de los trabajadores. El asunto llega a tal extremo que recién en estos momentos el Ministerio de Educación está desarrollando un esfuerzo para ordenar y estandarizar sus planillas.

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

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

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

Servicios básicos en áreas rurales

Uno de los problemas persistentes en cuanto a los servicios básicos en el Perú es el referido al acceso a los mismos en las áreas rurales¹³. Luego de décadas

de expansión, la educación primaria y la salud básica han logrado llegar a la mayoría de las áreas rurales. Persisten, sin embargo, problemas en: i) la expansión de estos servicios básicos en áreas rurales de población dispersa, particularmente en algunas provincias de la sierra y la selva; ii) la expansión de la educación secundaria y superior, y la salud de mediana y alta complejidad, en la mayoría de las áreas rurales. Estos problemas no son exclusivos de la educación y la salud. Otros servicios, como los de saneamiento y electricidad, enfrentan problemas similares a los señalados.

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

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

A modo de conclusión

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

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

La actuación directa del estado, que ha seguido siendo preponderante en salud y educación, ha logrado un aumento de la cobertura en salud y ha otorgado

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

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

Bibliografía

- Altobelli, Laura 1998 *Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Peru* (Washington DC: BID).
- Banco Interamericano de Desarrollo 1996 *Progreso Económico y Social en América Latina 1996. Cómo organizar con éxito los servicios sociales* (Washington DC).
- Banco Mundial 1999[a] *Poverty and social developments in Peru, 1994-97* (Washington DC).
- Banco Mundial 1999[b] *Estudio sectorial sobre financiamiento educativo y educación rural en el Perú* (Washington DC).
- Banco Mundial 1999[c] *Peru: Improving health care for the poor* (Washington DC).
- Banco Mundial 1997 *El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997* (Washington DC).
- Cortez, Rafael 1998 *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS* (Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico).
- Dubois, Fritz y Nelson, Shack 1999 “Balance y perspectivas en la lucha contra la pobreza en el Perú 1995-2000”, en *Diálogo sobre experiencias y retos en la lucha contra la pobreza* (Lima: Banco Mundial-Comisión Europea-Presidencia del Consejo de Ministros-USAID).
- INEI – DHS – Macro Internacional 1997 *Encuesta nacional de demografía y salud 1996* (Lima).
- Kanbur, Ravi y Lyn Squire 1999 *The evolution of thinking about poverty: exploring the interactions* (Banco Mundial).
- Petretta, Margarita y Luis Cordero 1999 “El aseguramiento público en salud: factores que intervienen en la elección del proveedor”, en R. Webb y M. Ventocilla *Pobreza y Economía Social* (Instituto Cuánto-UNICEF, Lima).
- Presidencia de la República 1998 Plan Nacional de Nutrición y Alimentación “Nutrición al alcance de todos” 1998-2000 (Lima).
- PROPAL-GTZ 1999 *Análisis de la línea de base de Huancavelica* (PROPAL-GTZ, Lima).
- Rojas, Jorge 1998 *La rentabilidad del Sistema Privado de Pensiones en el Perú: 1993-1997*. Documento de Trabajo del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Lima) N° 160.

Notas

1 Existen diversas estimaciones y fuentes al respecto (Escobal y Torero, 1998; Instituto Cuánto, 1994 y 1997; Banco Mundial, 1999[a]), las cuales no carecen de problemas metodológicos; en particular, no existen una serie oficial ni ningún cálculo bajo una metodología que permita una comparación de la pobreza en la década. Un aspecto de particular importancia es que no se considera que el progreso social eleva naturalmente los estándares de vida que consideramos como los mínimos aceptables.

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

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

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

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

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

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

8 FONCODES es la sigla del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social, nombre del fondo de inversión social peruano.

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

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

11 Algunos intentos realizados por sugerencia de la cooperación internacional (Predes, Profines) para enmarcar esta estrategia dentro de planes distrita-

les o provinciales concertados, han terminado desmantelados por resistencias políticas del gobierno, que siente que pierde control sobre el proceso.

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

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