



# "AGENDA PENDIENTE DE REFORMAS EN EL PERÚ"

PROYECTO  
"ADVOCATING FOR ECONOMIC REFORM IN PERU"

CONFIEP  
[www.confiep.org.pe](http://www.confiep.org.pe)

INSTITUTO APOYO  
[www.apoyo.com](http://www.apoyo.com)

CIPE  
[www.cipe.org](http://www.cipe.org)

**Elaboración del documento base:**  
LORENA ALCÁZAR, Economista,  
Investigadora principal del Grupo  
de Análisis para el Desarrollo, GRADE

# POLÍTICAS SOCIALES



ANA CECILIA GONZALES VIGIL

Tenemos el importante reto de lograr que los beneficios del crecimiento económico lleguen de manera significativa a las personas más necesitadas del país.

Las políticas sociales incluyen servicios básicos como la educación, la salud, la administración de justicia, los programas alimentarios, el apoyo productivo a la población pobre, la formación de capital social (capacidades de la población como conjunto para enfrentar constructiva y colectivamente sus problemas), e incluso aspectos culturales. Resulta fundamental que se aborden estos temas con un criterio de conjunto e interdependencia, aunque existan organismos estatales que tengan sus propias reglas de juego, objetivos y metas, dado que dicha interacción es vital para lograr el desarrollo humano, que es la razón de ser de las políticas sociales. El presente documento ofrece un breve diagnóstico de los principales programas que se han desarrollado en el país respecto de lucha contra la pobreza, con especial énfasis en los programas alimentarios y de lucha contra la desnutrición, y las reformas pendientes en el campo de salud.

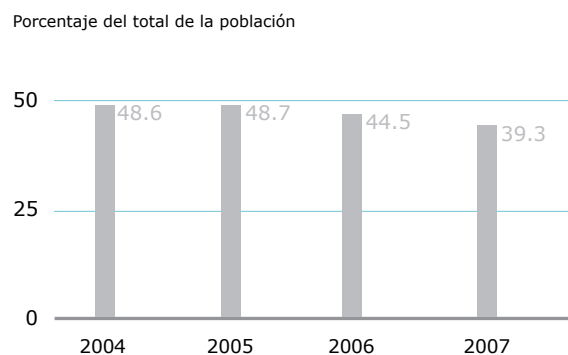
## La pobreza en el Perú

Entre 1991 y 2004, prácticamente no se logró avances significativos y sostenibles en la lucha contra la pobreza. Durante esos años, la pobreza alcanzó entre el 50% y el 58% de la población y la extrema pobreza al 20%. Si bien la economía peruana empezó a crecer significativamente a par-

tir del año 2001, es recién con la acumulación del crecimiento y su diversificación por sectores que la evolución de la pobreza muestra un panorama más alentador.

Así, según las últimas cifras del INEI la pobreza en el Perú durante el 2007 afectó al 48,6% de la población, experimentando una reducción con respecto al 2005 y 2006, cuando afectó al 48,7% (la cifra para el 2004 es de 48,6%) y 44,5% respectivamente. La pobreza extrema también experimentó una reducción significativa en los mismos años, pasando de 16,1% en el 2006 a 13,7% en el 2007.

**Gráfico 1. Perú: Evolución de la incidencia de la pobreza, 2004 - 2007**



Fuentes: INEI.- Encuesta Nacional de Hogares (EN AHO): 2004-2007.

Sin embargo, siguen vigentes las grandes diferencias que aún existen al interior del país. A nivel de regiones, la pobreza alcanza un 22,6% en la costa, pero a un 60,1% en la sierra y un 48,4% en la selva. Las diferencias son aun mayores entre departamentos. En el 2007, departamentos como Lima, Ica, Arequipa, Tumbes, Tacna y Madre de Dios presentaron cifras de pobreza por debajo del 25%, mientras que los departamentos de Huanuco, Puno, Pasco, Apurímac, Ayacucho y Cajamarca enfrentaron cifras mayores al 60%. Cabe destacar con preocupación el caso de Huancavelica, donde la pobreza alcanzó al 86% de la población.

Si bien la disminución de la pobreza de los últimos años se ha dado en todos los dominios geográficos, ha estado concentrada mayoritariamente en zonas urbanas, en las que la pobreza pasó de 36,8% en el 2005 a 31,2% en el 2006, y a 25,7% en el 2007. Mientras en las áreas rurales, se ha reducido de 70,9% en el 2005 a 64,6% en el 2007. Está pendiente entonces el importante reto de lograr que los beneficios del crecimiento económico alcancen de manera significativa a las zonas rurales y más necesitadas del país, como Huancavelica, donde los porcentajes de pobreza son elevados y donde la pobreza es estructuralmente más difícil de superar, al estar condicionada por un conjunto de factores (nutrición, educación, niveles de productividad, acceso a mercados, capacidades de gestión de gobiernos locales, etcétera).

JOAQUÍN LEGUÍA



Es fundamental identificar los temas críticos sobre los que hay que trabajar para que todos los peruanos accedan a un vida digna, saludable y con oportunidades.

#### Cuadro 1. Perú: Incidencia de la pobreza según ámbitos geográficos, 2004 - 2007

Porcentaje del total de la población

| Ámbitos Geográficos  | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------------|------|------|------|------|
| Total                | 48,6 | 48,7 | 44,5 | 39,3 |
| Área de Residencia   |      |      |      |      |
| Urbano               | 37,1 | 36,8 | 31,2 | 25,7 |
| Rural                | 69,8 | 70,9 | 69,3 | 64,6 |
| Región Natural       |      |      |      |      |
| Costa                | 35,1 | 34,2 | 28,7 | 22,6 |
| Sierra               | 64,7 | 65,6 | 63,4 | 60,1 |
| Selva                | 57,7 | 60,3 | 56,6 | 48,4 |
| Dominios Geográficos |      |      |      |      |
| Costa Urbana         | 37,1 | 32,2 | 29,9 | 25,1 |
| Costa Rural          | 51,2 | 50,0 | 49,0 | 38,1 |
| Sierra Urbana        | 44,8 | 44,4 | 40,2 | 36,3 |
| Sierra Rural         | 75,8 | 77,3 | 76,5 | 73,3 |
| Selva Urbana         | 50,4 | 53,9 | 49,9 | 40,3 |
| Selva Rural          | 63,8 | 65,6 | 62,3 | 55,3 |
| Lima Metropolitana   | 30,9 | 32,6 | 24,2 | 18,5 |

Fuentes: INEI.- Encuesta Nacional de Hogares (EN AHO): 2004-2007.

## Los programas de lucha contra la pobreza

En la década de 1990, junto con el programa económico de estabilización y ajuste estructural, se iniciaron una serie de programas para la lucha contra la pobreza. Así, por ejemplo, en el año 1991 se creó el Fondo de Compensación y Desarrollo Social – Foncodes, que durante algunos años fue la principal institución dedicada al tema de la pobreza. Posteriormente, en 1996, se creó el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), que paulatinamente fue concentrando la responsabilidad de estos programas. Luego surgieron programas alimentarios y nutricionales, como el Programa Nacional de Apoyo Alimentario (PRONAA) que reconoció oficialmente a los comedores populares, y el de Desayunos Escolares.

El gobierno peruano asumió en el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en las áreas de reducción de la pobreza, hambre, educación, salud y otros aspectos del desarrollo, fijándose metas cuantitativas para el 2015. Lo importante respecto de estas metas, que fueron planteadas de manera general para los países, no es verlas desde la perspectiva de los promedios nacionales, sino de las enormes desigualdades regionales que deben ser superadas con políticas consistentes y una visión de mediano y largo plazo. A nivel nacional, las distintas organizaciones representadas en el Acuerdo Nacional se comprometieron a desarrollar esfuerzos para reducir la pobreza, promover la igualdad de oportunidades, mejorar el acceso a la educación, a los servicios de salud y a la seguridad social, entre otros, de manera progresiva y sostenida.

En ese sentido, es destacable que los sucesivos gobiernos hayan aprovechado experiencias y programas básicamente exitosos como FONCODES, primero, y Juntos, después, como parte de sus estrategias, sin aplicar borrón y cuenta nueva. Sin embargo, como se detallará más adelante, se han acumulado un conjunto de programas sociales sin una visión y estrategia de conjunto. Por ello resulta vital que se busque articular todos los programas sociales dentro de una visión y estrategia común. Los retos de conseguir una mejor focalización, efectividad en la prestación de servicios y medición de resultados siguen presentes y requieren del esfuerzo permanente del sector público (y del sector privado en lo que corresponde).

A pesar de estos esfuerzos, el gasto social en el país es todavía bajo. El gasto total del sector social ha sido de alrededor de 8,5% del PBI desde los

noventa hasta el 2005. De este porcentaje, alrededor del 3% corresponde a educación, poco menos de 1,5% a salud y el resto, 4%, a protección social. Sin embargo, más del 85% de este último rubro se destina al pago de pensiones, quedando menos del 1% del PBI como gasto destinado a programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social.

El gasto del Perú de los tres sectores sociales (salud, educación y protección social) es, además, bajo en comparación con otros países y menos de la mitad del promedio de América Latina (de acuerdo con cifras del 2005 estimadas por el Banco Mundial). La diferencia más grande se da en el caso del gasto en la red de protección social: mientras el Perú gastó 0,76% del PBI en el 2004, América Latina gastó en promedio 1,3% y, como referencia, los países de la OECD, 2,2%.

La red de programas sociales está compuesta por tres principales grupos: 1) los programas de asistencia alimentaria, 2) los fondos sociales, FONCODES y el Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos - PRONAMACHCS, y 3) los programas de empleo temporal. Más recientemente, se suma a estos el programa de transferencias condicionadas JUNTOS.

Lo importante es que dichos compromisos internacionales y el Acuerdo Nacional se reflejen en políticas serias, consistentes y que puedan ser evaluadas para reducir la pobreza progresiva y sostenidamente. En ese sentido, es destacable que los sucesivos gobiernos hayan aprovechado experiencias y programas básicamente exitosos como Foncodes, primero, y Juntos, después, como parte de sus estrategias, sin aplicar borrón y cuenta nueva. Sin embargo, como se detallará más adelante, se acumuló un conjunto de programas sociales sin una visión y estrategia de conjunto. Por ello, resulta vital que se articulen todos los programas sociales dentro de una visión y estrategia común. Los retos de conseguir una mejor focalización, efectividad en la prestación de servicios y medición de resultados siguen presentes y requieren del esfuerzo permanente del sector público (y del sector privado en lo que corresponde).

A pesar de estos esfuerzos, el gasto social en el país es todavía bajo y no ha aumentado significativamente, aunque se partía de niveles muy bajos. El gasto total del sector social ha sido de alrededor de 8.5% del PBI desde la década de 1990 hasta el 2005. De este porcentaje, alrededor de 3% corresponde a educación, poco menos de 1.5% a salud y el resto, 4%, a protección social. Sin em-

bargo, más de 85% de este porcentaje se destina al pago de pensiones, quedando menos de 1% del PBI como gasto en protección social (destinado a programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social).

El gasto del Perú (incluyendo los tres sectores sociales: salud, educación y protección social) es, además, bajo en comparación con otros países: menos de la mitad del promedio de América Latina (según cifras del 2005 estimadas por el Banco Mundial). La diferencia más grande se da en el caso del gasto en la red de protección social. Mientras el Perú gastó 0.76% del PBI en el 2004, América Latina gastó en promedio 1.3% y los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) 2.2%.

La red de programas sociales está compuesta por tres principales grupos: 1) los programas de asistencia alimentaria, 2) los fondos sociales, Foncodes y Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (Pronamachcs), y 3) los programas de empleo temporal. Más recientemente, se suman a estos, el programa de transferencias condicionadas "Juntos".

Los principales programas de lucha contra la pobreza que se han desarrollado son:

- Programa Nacional de Asistencia Alimentaria – PRONAA (MIMDES) que tiene a sus cargo los siguientes subprogramas: Programa de Comedores Populares, transferido a las municipalidades provinciales; Programa Integral Nutricional Escolar, antes Programa de Desayunos Escolares; y otros programas de menor alcance en términos de cobertura y recursos, como el Programa Integral de Nutrición Infantil (PIN, antes PACFO y PANFAR).
- Programa del Vaso de Leche, que es administrado por los gobiernos locales (municipios distritales y provinciales) y que se financia con transferencias directas del Ministerio de Economía y Finanzas - MEF. Si bien beneficia a aproximadamente 3,3 millones de personas, es en el que se han detectado las mayores filtraciones (atención a grupos no pobres).
- Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (Foncodes) del Mimdes. Este tiene a su cargo los siguientes programas principales: A Trabajar Rural (programa de empleo temporal y obras de infraestructura local); A Producir (programa que financia proyectos productivos); y Mejorando tu Vida, programa que financia pro-

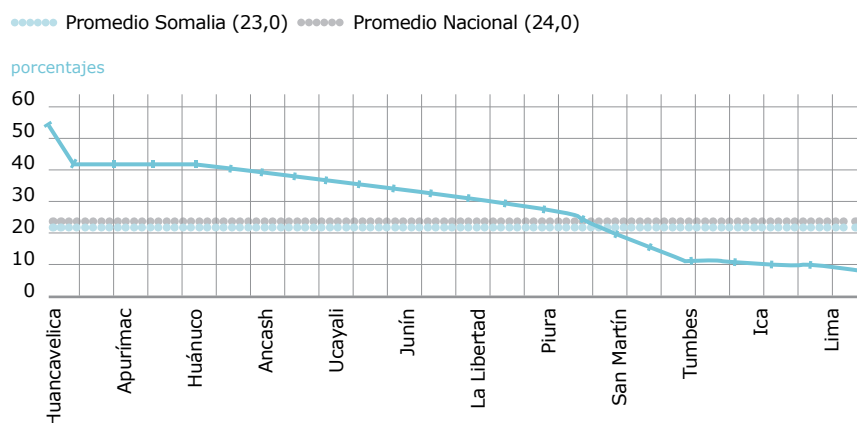
yectos de infraestructura social y económica, y que ya fue transferido a los gobiernos distritales.

- Programa A Trabajar Urbano, administrado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE).
- Provías Rural, programa a cargo del Ministerio de Transporte y Comunicaciones (MTC), que tiene como objetivo mejorar la red vial terciaria (caminos vecinales, rurales, entre otros)
- Proyecto Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos (PRO-NAMACHS), que depende del Ministerio de Agricultura (MINAG).
- Juntos (Presidencia del Consejo de Ministros): programas de transferencias condicionadas iniciado en el 2003, el cual viene creciendo.

Los problemas y las dificultades de estos programas datan de hace varios años, son diversos y han sido constatados en diversos estudios. Como ya se señaló, el gasto social es aún bajo y los aumentos de los últimos años se han dado principalmente para cubrir mayores gastos salariales en los sectores de educación y salud, sin reflejarse en mayores niveles de inversión social. En segundo lugar, la ejecución de los programas sociales muestra significativas ineficiencias (altos niveles de gastos administrativos), problemas de diseño, de focalización y filtraciones y ausencia de sistemas de monitoreo.

El ejemplo más claro de estos problemas se da en el caso de los programas alimentarios y su bajo impacto en términos del combate a la desnutrición, problema que afecta a una gran cantidad de la población infantil pobre y que tiene efectos permanentes sobre el desarrollo de sus capacidades futuras.

Alrededor del 55% del gasto en programas sociales se destina a programas alimentarios y nutricionales. Como consecuencia de este énfasis en programas alimentarios, se tiene que por lo menos un miembro de la familia del 45% de los hogares del país y un 75% de los hogares pobres accede a por lo menos un programa alimentario o nutricional. Sin embargo, este grupo de programas no logra resultados sistemáticos en términos de reducción de nivel de pobreza, pobreza extrema o desnutrición crónica. Como se puede apreciar en el Gráfico 3, varias regiones presentan tasas muy altas de desnutrición de niños de 0 a 5 años, tasas incluso más altas que las de Somalia.

**Gráfico 2. Tasa de desnutrición de niños de 0 a 5 años**

Fuente: ENDES 2000 (INEI), UNICEF

Si bien existen 27 programas alimentarios y nutricionales, solo los programas del Vaso de Leche, desayunos escolares y comedores populares explican algo más del 75% del total de los recursos destinados a estos programas. Algunos de los programas alimentarios más importantes se caracterizan, además, porque su implementación descansa fuertemente en organizaciones sociales de base (comités de Vaso de Leche y comedores populares), las cuales han constituido una enorme red social a nivel nacional.

Algunas de las principales deficiencias de los programas alimentarios son las siguientes:

- No es posible lograr efectos significativos debido a que se transfiere muy poco, tanto en términos de valor como de contenido nutricional (con excepción tal vez del programa PACFO). El programa del Vaso de Leche, por ejemplo, transfiere alrededor de 6 soles mensuales por beneficiario y los productos no cubren ni el 15% de sus requerimientos nutricionales. En general, la incidencia relativa promedio de los programas alimentarios es de menos de 2% del consumo total del hogar.
- Existen múltiples programas con objetivos y poblaciones objetivo superpuestos que limitan su eficiencia y efectividad (el caso más claro es el del Vaso de Leche que se cruza en porcentajes significativos con los programas de desayunos escolares, comedores infantiles y varios otros). Ello genera un evidente desperdicio de recursos así como la coordinación y complementación entre las mismas instituciones del Estado.
- Los programas tienen problemas de diseño que se resumen principalmente en que confunden

objetivos nutricionales con objetivos de alivio de pobreza, de seguridad alimentaria e incluso de fomento a la producción local. En algunos casos ni siquiera existe un diseño técnico claro, puesto que surgieron como respuestas políticas a problemas sociales. En los casos en que hay una mayor claridad con respecto al objetivo nutricional, los programas no están articulados con los componentes de salud y educación, y muestran serias debilidades y falta de capacitación de las familias beneficiarias.

ANA CECILIA GONZALES-VIGIL



La estrategia contra la desnutrición debe ser multisectorial y abordar el problema desde el embarazo, además de evitar las enfermedades respiratorias e intestinales que debilitan a los niños.

**Cuadro 2. Niveles de filtración de grupos de pobres no extremos**

|                      | Población Total | Población filtrada | Porcentaje |
|----------------------|-----------------|--------------------|------------|
| Vaso de leche        | 2,972,859       | 897,803            | 30.2%      |
| Alimentación escolar | 2,283,919       | 817,643            | 30.2%      |
| Comedores            | 746,13          | 337,999            | 35.8%      |
| Total                | 6,002, 912      | 2,053,445          | 45.3%      |

Equivalente a 85.2 millones de dólares

Fuente: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS)-GAN.

- El gasto asignado a los programas alimentarios no llega a las áreas o beneficiarios más necesitados. Los programas utilizan principalmente un criterio de focalización geográfica en combinación con diferentes métodos de acuerdo con el tipo de programa para la focalización individual, la mayoría de los cuales utiliza mecanismos de demanda. Es allí, a nivel de focalización individual, donde se encuentran los principales problemas debido a la falta de mecanismos e incentivos para identificar a los hogares más pobres.
- Múltiples estudios demuestran que los programas de alimentación y nutrición no llegan a la población más pobre. Es decir un número muy importante de los beneficiarios de los programas de alimentación y nutrición no son pobres extremos e incluso no son pobres. El cuadro 2 muestra un altísimo grado de filtración (definido como población no pobre extrema que accede a los programas). En general más de un tercio de los beneficios de los programas de alimentación y nutrición no llegan a los pobres extremos.
- Hay ineficiencias en el manejo de los programas, asociadas a las compras de alimentos y otros aspectos como falta de información y supervisión que se traducen en fugas en la transferencia de recursos y que determinan que una importante parte de los recursos se pierda en el camino y no llegue a los beneficiarios del programa.
- El monitoreo y evaluación de los programas es muy limitado. Las pocas evaluaciones que se han realizado se han dado de manera aislada, y han sido escasamente difundidas incluso al interior de las instituciones encargadas de los programas, por lo que sus hallazgos no han sido utilizados para retroalimentar su diseño e implementación. Más aún, la falta de información y de indicadores de la ejecución y resultados de los programas genera que su manejo se limite al cumplimiento de procesos y no permite que la sociedad civil realice una labor de vigilancia sobre el manejo de los recursos del Estado.

ANA CECILIA GONZALES-VIGIL



Las respuestas a algunos de los problemas específicos identificados son obvias: establecer claros mecanismos de graduación, de tal forma que los beneficiarios no se queden indefinidamente en los programas; juntar programas superpuestos; aumentar los mecanismos de supervisión; incluir más programas de capacitación e información sobre aspectos de salud, nutrición y hábitos de crianza e higiene, entre otros.

**En comunidades de pobreza extrema, homogéneas y aisladas de centros urbanos, el mayor riesgo es la falta de cobertura debido a las limitaciones geográficas de acceso.**

Un proceso de reestructuración integral debería, además, comprender las siguientes tareas:

- Crear una Unidad Central que comande el proceso de reestructuración, con representación de los sectores involucrados y la sociedad civil, un equipo técnico especializado y fuerte apoyo político.
- Formular un plan estratégico de la reestructuración, incluyendo los objetivos, las líneas de intervención, la división de funciones entre las instituciones participantes, las acciones y los requerimientos presupuestarios. Asimismo, diseñar, aprobar y monitorear metas, planes operativos y acuerdos de desempeño con los operadores, en particular con los municipios.
- Asignar recursos presupuestarios según prioridades y objetivos de desempeño.
- Formular un Plan Operativo que incluya la secuencia de reestructuración de los programas específicos de acuerdo con la priorización establecida. Al respecto hay acuerdo en todos los especialistas en iniciar el proceso de reestructuración del Programa de Protección Integral a los niños de menores de 5 años (PPIN).
- Implementar un Registro Nacional Único de Beneficiarios que sea la base para el sistema de seguimiento y monitoreo y evitar la superposición y duplicidad.
- Establecer un sistema de seguimiento y monitoreo para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la intervención del Estado.
- Establecer un sistema de vigilancia y participación social con mecanismos y procedimientos que aseguren la participación de la población y sus organizaciones. El sistema debe permitir la total transparencia de los programas e impedir su utilización política.

#### AVANCES RECIENTES EN LA AGENDA SOCIAL Y PRINCIPALES RETOS

Hacia inicios del año 2007, el gobierno anunció algunos cambios importantes que apuntan a enfrentar parte de la problemática mencionada líneas arriba, principalmente, a través de la publicación del Plan de Reforma de los Programas Sociales (DS 029-2007-PCM) y de la puesta en marcha de la estrategia CRECER.

El DS 029-2007-PCM ha señalado que el marco de la reforma es el de “la reorganización y reorien-

tación de los programas sociales y el desarrollo de intervenciones sociales articuladas e integrales que involucren a los grandes sectores de la administración pública (maestros, policías, empleados) y el fortalecimiento institucional del ente rector”. Como instrumentos menciona los siguientes: una cultura de planificación y fijación de metas, la gestión por resultados en la asignación presupuestal para reducir la subcobertura y la filtración, y el seguimiento y evaluación del gasto público.

En esa misma dirección, por ejemplo, el gobierno ha llevado a cabo las siguientes iniciativas:

- La creación del Fondo para la Igualdad (mediante DU 022-2006) destinado a atender las prioridades sociales con los recursos obtenidos mediante las normas de austeridad.
- La publicación del DS 080-2006-PCM, el cual encargó a la S.T. de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales actualizar el inventario de los programas sociales con la finalidad de reformar la política social en este rubro.
- La actualización de los instrumentos para focalizar y priorizar geográficamente las intervenciones (mapas distritales de pobreza del INEI y de desnutrición crónica escolar del Ministerio de Educación). También ha convocado para levantamiento de información socioeconómica de los hogares en las principales veinte ciudades del país, en el marco de la implementación del Sistema de Focalización de Hogares.
- La expansión del programa Juntos para llevar el acceso a servicios básicos de salud, nutrición, identidad e educación para niños menores y mujeres de los hogares más pobres.
- La reforma, desde el MIMDES, de estos subprogramas para orientarlos a la prevención de la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años, priorizando los menores de 3 años pertenecientes a familias en pobreza o extrema pobreza con vulnerabilidad nutricional.

Sin embargo, todavía se ha dicho muy poco sobre cómo se lograrán todos estos objetivos, dadas las múltiples limitaciones que enfrenta la gestión pública en el Perú; entre ellas, la falta de mecanismos para evaluar adecuada y sistemáticamente sus resultados y la insuficiencia de personal técnico y gerencial. Ello es más preocupante si se tiene en cuenta que los programas tienen un ritmo de gasto que crece aceleradamente.

CRECER, que será el eje de la reforma, se define

como “una estrategia articulada de lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil con un componente de desarrollo económico de las familias”. Su definición es adecuada pero los objetivos son muy ambiciosos. La implementación de esta estrategia descansa en la CIAS (Comisión Intersectorial de Asuntos Sociales) pero, ¿qué diferencia a la CIAS de otros esfuerzos que fracasaron en su intento por lograr una política social articulada? También es importante saber qué ocurrirá con los demás programas alimentarios del PRONAA o con el Vaso de Leche, programas que se cruzarían con CRECER y que absorben más de 800 millones de soles anuales.

Como se aprecia en los Cuadros 3 y 4, el gobierno se ha planteado importantes metas en materia de política social. Para lograr esos objetivos es necesario trabajar, principalmente, en dos frentes: (i) mejorar el nivel y la prioridad de las políticas sociales dentro del conjunto de las políticas del país, lo que incluye por supuesto la asignación de recursos correspondiente, y lograr una efectiva coordinación intersectorial; y (ii) evaluar, modificar y mejorar el diseño, la institucionalidad y la implementación de las políticas sociales (principalmente de salud, nutrición, educación y empleo), las cuales se encuentran en una situación de evidente debilidad e ineficiencia en el Perú.

Finalmente, la reforma de los programas sociales enfrenta otros retos. Entre ellos, el de evitar la politización de los programas (al respecto es importante vigilar el crecimiento del programa Juntos); la implementación de una gestión por resultados (anticipar, por ejemplo, qué se hará luego de un año si no se logran los avances planteados), así como la corrección de los problemas de filtraciones e ineficiencias. Adicionalmente, es necesario articular todo lo anterior con el proceso de descentralización en curso, como se detalla más adelante.

Los esfuerzos realizados desde el MEF por mejorar la eficacia del gasto público a través de la introducción del enfoque de “presupuesto por resultados” deberían ser una herramienta clave en este proceso, pero son aún incipientes. El logro de la implementación de este enfoque representa todo un reto por cuanto contempla un cambio en el proceso de planificación y programación presupuestaria; la definición de normatividad para la gestión por resultados; la implementación de

efectivos sistemas de monitoreo y la evaluación de indicadores; el fortalecimiento de la gestión institucional de las instancias involucradas de los gobiernos nacional y subnacionales; así como la introducción de efectivos sistemas de rendición social de cuentas y vigilancia.

## EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y LA TRANSFERENCIA DE PROGRAMAS SOCIALES

La descentralización de los programas sociales actualmente en curso representa una importante oportunidad, y también un grave riesgo. De hacerse cuidadosamente, podría mejorar la gestión de los programas alimentarios, fomentando una mayor participación social y la posibilidad de una reforma con resultados positivos. Sin embargo, los potenciales beneficios de la descentralización se ven actualmente limitados debido a la falta de una definición de objetivos, metas e indicadores a nivel central y la falta de claridad y aceptación de roles y funciones de los diferentes niveles de gobierno respecto de la gestión descentralizada de los programas transferidos.

Si bien el MIMDES ha desarrollado una serie de lineamientos y herramientas para este proceso<sup>1</sup>, es importante recordar que el programa del Vaso de Leche, que es municipal, tiene graves problemas de filtración, además de implicar mayores costos por desaprovechar economías de escala.

Asimismo, la transferencia a los gobiernos locales debe generar, efectivamente, niveles de participación y representación social adecuados al entorno en que se presentan los problemas de pobreza. Dada la importancia de la lucha contra la pobreza, no puede ignorarse el hecho de que las municipalidades tienen también problemas de gestión y conflictos internos, que son instituciones donde el alcalde concentra el poder por tener la mayoría del Consejo Municipal aun cuando haya ganado las elecciones con una votación pequeña, y que la Defensoría del Pueblo la ha señalado varias veces como una de las instituciones públicas que más reclamos genera de parte de la población. Todo ello lleva a concluir que la descentralización de programas sociales, si bien es la manera más natural de estar cerca de los ciudadanos que lo necesitan, no es una transferencia simple; requiere supervisión y cuidado.

<sup>1</sup>Por ejemplo: “Rol de los gobiernos locales frente a la inseguridad alimentaria” (Mimdes, 2004) y “Cómo incorporar políticas sociales en los planes de desarrollo local y presupuesto participativo” (Mimdes, 2006).

**Cuadro 3. Metas en política social, según el Marco Macroeconómico Multianual**

| Situación actual   | Meta al 2011  |
|--|---|
| Descoordinación interinstitucional, y dispersión de intervenciones. Problemas de focalización de los programas sociales.   | Lograr la operación coordinada de los programas sociales, y diseñar su proceso de descentralización.                      |
| La gestión de los problemas no está orientada a la obtención de los resultados.  |   |
| No se prioriza adecuadamente la atención del biromi o madreniño en los hogares más pobres.   | Cubrir las brechas de subcobertura de gasto social prioritario en ascenso salud, educación (alfabetización), y nutrición. |
| Los programas de asistencia alimentaria actuales no han desarrollado una estrategia adecuada de combate a la desnutrición, pues se limitan componentes alimentarios. | Combatir efectivamente la desnutrición crónica infantil a través de una estrategia integral                               |
| No se ha priorizado la radicación del analfabetismo.   | Reducir significativamente el analfabetismo   |

Marco Macroeconómico Multianual 2008-2010

**Cuadro 4. Indicadores sociales prioritarios, según el Marco Macroeconómico Multianual**

| Situación actual   | Meta al 2011  |
|--|---|
| El 72% de la población rural vive en condiciones de pobreza.                           | Reducir en 20 puntos porcentuales la pobreza rural  |
| El 39% de niños rurales menores de 5 años sufren de desnutrición crónica.              | Reducir en por lo menos 10% la desnutrición crónica rural en niños menores de 5 años.                   |
| el 42,9% de partos en área rural son atendidos por un profesional.                     | Elevar en 12,5% la cobertura rural de parto institucional.  |
| El 63,2% de hogares rurales no accede a red de agua potable.                           | Elevar en 20% la cobertura rural de agua potable.   |
| El 46,5 de los hogares rural no accede a servicios higiénicos.                         | Elevar en 10% la cobertura rural de servicios de desagüe.   |
| El 41,3% de niños rurales con menos de 6 años asiste a un centro de educación inicial. | Elevar en 20% la cobertura rural de educación inicial de niños menores de 6 años                        |
| El 16,3% de adultos jóvenes rurales (25-39 años) son analfabetos                       | Reducir a la mitad el analfabetismo rural en adultos jóvenes.   |
| El 2,5 de niños de 2do. grado de primaria comprenden lo que leen.                      | Aumentar en 20% el logro de comprensión de lectura en niños de 2do. grado de primaria en el área rural. |
| El 2,4 de niños de 2do. grado de primaria puede resolver problemas de matemática.      | Aumentar en 20% el logro de comprensión de lectura en niños de 2do. grado de primaria en el área rural. |

Marco Macroeconómico Multianual 2008-2010

Estudios relativamente recientes ayudan a identificar qué elementos son necesarios para que la participación de la población en los programas sociales se vuelva un elemento positivo y de construcción de capital social<sup>2</sup>, distinguiendo según el nivel de complejidad del entorno:

■ Entornos sociales de complejidad baja:

- Comunidades de pobreza extrema, pequeñas, homogéneas y aisladas de centros urbanos, con identidades comunales fuertes;
- Involucramiento generalizado de la población en acciones colectivas;
- Demanda por bienes públicos (lo que explica lo anterior);
- Los líderes tradicionales son importantes, pero existe poca diferencia entre los líderes y la comunidad, por lo que el rol puede rotar.

■ Entornos de complejidad media:

- Comunidades pobres, pero más grandes, heterogéneas e integradas a centros urbanos;
- Capacidad de intermediación de líderes locales entre actores externos y comunidades de base;
- Los líderes tienen más conocimiento que sus bases, pueden tener intereses propios;
- La demanda principal es por bienes semipúblicos (algunos bienes públicos).
- El liderazgo es menos influenciado por tradiciones.
- En este tipo de entornos el desafío mayor es conseguir que los líderes asuman conductas democráticas y no se conviertan en caciques, por lo que el reto es difundir y democratizar los liderazgos.

**Cuadro 5. Tareas en el proceso de aplicación de las políticas sociales**

| ANTES                   |   |
|-------------------------|---|
| Diseño                  | Identificación de beneficiarios<br>Identificación de necesidades<br>Participación de beneficiarios<br>Asimilación de experiencias |
| Aprobación              | Pertinencia y articulación<br>Coherencia (objetivo vs. acciones)<br>Costos<br>Intereses centrales vs. intereses locales           |
| Gestión                 | Modalidad de administración<br>Participación de beneficiarios<br>Capacidad de reacción  |
| DURANTE                 |   |
| Organización            | Coordinación<br>Participación de beneficiarios<br>Rigideces institucionales<br>Factores exógenos                                  |
| Provisión de Institutos | Información y costos<br>Planificación y retrasos<br>Contrapartida e imprevistos<br>Transporte                                     |
| Mano de obra            | Pertinencia<br>Calificación<br>Motivación   |
| Supervisión             | Informes<br>Verificación<br>Cumplimiento de meta<br>Corrupción  |
| DESPUÉS                 |   |
| Verificación            | Impacto<br>Seguimiento ex post  |
| Mantenimiento           | Participación de beneficiarios<br>Confinanciamiento   |

<sup>2</sup>Los tres principios de la participación son involucramiento colectivo, intermediación y pluralismo. Participación popular en las políticas sociales y los grados de complejidad social. Tanaka Martín. Instituto de Estudios Peruanos (IEP) – Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), Octubre de 2000.

<sup>3</sup> Chacaltana, Juan (2001). Más allá de la Focalización: riesgos de la lucha contra la pobreza en el Perú.

■ Entornos complejos:

■ Contextos urbanos;

Interacción plural y cooperativa de líderes sociales, que pueden tener intereses contradictorios;

■ Demanda por bienes semipúblicos y privados, con potenciales conflictos de interés o aprovechamiento por grupos de interés específicos;

■ Líderes que pueden tener significancia política y pueden distanciarse más de sus bases.

En estos entornos de mayor complejidad, el reto principal es la coordinación y el control recíproco entre múltiples líderes sociales. En ese sentido, la intervención del Estado debe reconocer la diversidad de intereses y establecer mecanismos de negociación y coordinación entre muchos actores.

Como es natural, a medida que se implementan el diseño, seguimiento, evaluación y adaptación de las políticas sociales, se hace indispensable contar con los equipos técnicos necesarios para su correcto desarrollo, más aún en un proceso que debe ver en simultáneo su ordenamiento y descentralización. Ello se vincula directamente con el diagnóstico y propuestas del documento sobre Modernización del Estado, como se puede inferir del conjunto de tareas que deben cubrirse (Ver Cuadro 5)<sup>3</sup>.

Mientras no se asegure personal técnico suficiente e idóneo para una tarea tan compleja y amplia, y no se asuman claramente las responsabilidades políticas respecto de las metas a cumplir, lo más probable es que la complejidad del proceso no permita obtener óptimos resultados de los recursos destinados a la lucha contra la pobreza.

## Salud

### ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

El sistema de salud en el Perú se organiza tal como se describe el Cuadro 6 (página siguiente).

El ente rector y regulador del sistema de salud es el Ministerio de Salud (MINSA), que a su vez financia el Seguro Integral de Salud (SIS) y las transferencias a gobiernos regionales, y presta servicios de salud en los establecimientos que dependen directamente del MINSA. De esta manera, el MINSA es, a la vez, el máximo ente que regula y norma las prestaciones, que son provistas en el sector público de

forma directa y por otras entidades públicas. En el caso de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), la Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud (SEPS, OPD adscrita al MINSA) regula también el financiamiento de las EPS). Los prestadores privados de servicios de salud son regulados por el MINSA, pero los aspectos financieros de las aseguradoras privadas se encuentran regulados por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS).

Como parte del proceso de descentralización, el Decreto Supremo 068-2006-PCM de octubre de 2006 estableció que todas las competencias y funciones fueran transferidas antes del 31 de diciembre de 2007. Asimismo, en enero de 2007 se inició el proceso de transferencia de la Gestión de Atención Primaria de Salud a los gobiernos locales. Finalmente, cabe resaltar que la infraestructura de hospitales regionales ya ha sido transferida a los gobiernos regionales correspondientes, con excepción de los casos de Lima y Callao. Esto implica un cambio fundamental en el rol que juega el MINSA dentro del sistema de salud, debido a que pierde importancia como prestador (el cual eventualmente debe desaparecer) y se potencia (o debería potenciar) el papel de rector del sistema.

MYLENE D'AURIOL



En el caso de los médicos, el promedio por 10 mil habitantes en el Perú es de 10, mientras que el promedio de América Latina es de 21.

Cuadro 6. Estructura del sector salud

|                                     | Actores   | Población Objetivo  | Alcance de cobertura   |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Subsidiados por el Estado           | Ministerio de Salud y establecimientos de salud                   | Población no asegurada con bajos recursos o jubilados         | Todas las enfermedades   |
|                                     | Regiones y Municipalidades  | Población en condición de extrema pobreza                     | Depende del nivel de complejidad del establecimiento de salud      |
|                                     | Ministerios de Defensa e Interior y sus establecimientos de salud | Oficiales activos y retirados y sus derecho-habituantes       | Algunos establecimientos se especializan en enfermedades complejas |
| Bajo el régimen de seguridad social | Essalud, establecimientos propios y privados (convenios)          | Trabajadores dependientes, pensionistas y derecho-habituantes | EsSalud: todas las enfermedades                                    |
|                                     | EPS   | Independientes con capacidad de pago                          | EPS: capa simple y planes completos                                |
|                                     | SEPS  |   |  |
|                                     | Establecimientos privados de salud                                |   |  |
| En un mercado privado               | Empresas aseguradoras   | Población no afiliada a una EPS con capacidad adquisitiva     | De acuerdo al plan que adquieran o a su capacidad adquisitiva      |
|                                     | Establecimientos privados de salud                                |   |  |
|                                     | SBS   |   |  |

### GASTO EN SALUD

El sistema de salud se financia, predominantemente, a través de los hogares (gasto en seguros privados, farmacias o establecimientos de salud), los empleadores (aportes a Essalud y EPS) y el gobierno nacional. Está asegurado solo el 60% de la población. El financiamiento de las prestaciones proviene en su mayor parte del SIS (financiado principalmente por el Estado) y EsSalud (financiado por los empleadores). El resto de la población debe financiar sus prestaciones directamente (ver Cuadro 7, página siguiente).

Por otro lado, si se considera la estructura del gasto público, el porcentaje del presupuesto destinado a la función de salud y saneamiento se ha mantenido estable entre 2001 y 2006 (8,7%). Esta cifra de gasto se traduce en 1,3% del PBI nacional, muy por debajo del promedio de América Latina que se sitúa en 2,9%.

En el ámbito de las prestaciones, el Estado, a través de los establecimientos del MINSA, EsSalud,

gobiernos regionales y gobiernos locales, es el principal prestador de servicios de Salud. Un 60% de la población que requirió servicios de salud se atendió a través del Estado en comparación con un 15% que utilizó servicios de salud privados (ver Gráfico 3).

### PROBLEMÁTICA DEL SECTOR SALUD

El sector enfrenta una serie de graves problemas que impiden una adecuada gestión de recursos y limitan el acceso de la población a servicios de salud de calidad. Los principales problemas evidenciados son los que se indican a continuación.

#### Población desatendida

Según la ENAHO, más del 22% de quienes requirieron atención no pudieron obtenerla, situación que se agrava en el quintil más pobre (63%). La principal razón fue la falta de recursos económicos, aunque a ella se suman la calidad del servicio, la lejanía del establecimiento de salud o su inexistencia.

**Cuadro 7. Población asegurada\***

| Tipo de seguro                  | Afiliados<br>(millones de personas) |                            |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Seguro Integral de Salud        | 4,76                                |                            |
| Essalud                         | 5,90                                |                            |
| FFAA y FFPP (Sanidades)         | 0,74                                |                            |
| Pólizas de seguro               | 0,16                                |                            |
| Autoseguro                      | 0,06                                | Traslape<br>con<br>Essalud |
| EPS                             | 0,25                                |                            |
| Sistema prepago institucionales | 0,09                                |                            |
| Total                           | 11,5-12,0                           |                            |

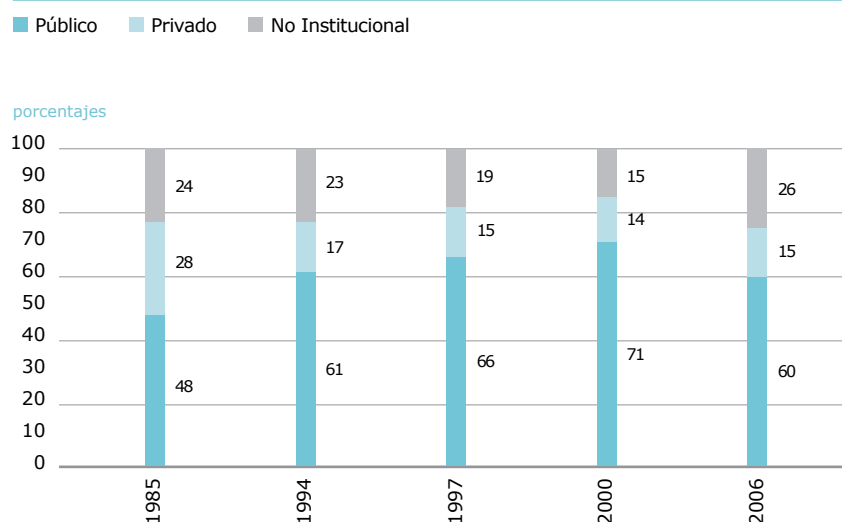
\* Propuesta de Aseguramiento Universal, SIS.

La existencia de este importante porcentaje de población desatendida se debe, principalmente, a los siguientes problemas:

**Falta de financiamiento para atender a la población en situación de pobreza.** Si bien el financiamiento de prestaciones a la población en situación de pobreza ha aumentado a través del SIS, cerca del 70% de la población en situación de extrema pobreza o pobreza no cuenta con seguro alguno. Un indicador clave es el requerimiento financiero del “Plan de Aseguramiento Universal del Primer Nivel para la Población Pobre (Extrema y no Extrema)” que asciende a casi S/. 2,9 mil millones de los cuales el SIS tiene solo S/. 254 millones<sup>4</sup>.

**Filtraciones y subsidios cruzados.** El SIS no cuenta con recursos suficientes para cubrir a su población objetivo. Esta situación se ve agravada por la inadecuada focalización de beneficiarios. Según el Anteproyecto de Ley de Aseguramiento Universal, casi el 20% de la población afiliada al SIS no se encontraba en situación de pobreza. De esta manera, los fondos del Seguro Integral de Salud no se aprovechan de manera eficiente para atender a las poblaciones más pobres. Una situación similar ocurre con los subsidios cruzados que se generan cuando afiliados a EsSalud, a las fuerzas armadas y policiales, o a seguros privados se atienden a través del MINSa sin que la entidad reciba ingresos de los aseguradores. Por ejemplo, un 30% de las consultas externas

**Gráfico 3. Tendencia de utilización de los servicios consultados (por establecimiento de salud)**



<sup>4</sup>PRAES

Muchos establecimientos no están correctamente abastecidos de medicinas, debido a una mala gestión logística y a que los medicamentos no se encuentran en el petitorio farmacológico.



y un 10% de las hospitalizaciones de afiliados a EsSalud se realizan en el MINSAs<sup>5</sup>.

- **Poblaciones dispersas y excluidas.** Existen en el país poblaciones alejadas que no tienen acceso a infraestructura y/o profesionales de salud. Debido a su dispersión, estas poblaciones requieren de modelos de atención alternativos (por ejemplo, médicos itinerantes), oferta que debe ser desarrollada y reforzada.
- **Falta de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.** En todos los casos el sistema enfrenta problemas de escasez (insuficiencia) y de mala distribución (exceso de concentración en zonas urbanas) de los recursos.
  - Perú solo supera en número de camas por mil habitantes a Paraguay y Bolivia.
  - En el caso de los médicos, el promedio por 10 mil habitantes en el Perú es de 10, mientras que el promedio de América Latina es de 21. Solo seis regiones tienen un promedio mayor a 10 médicos por 10 mil habitantes.
  - La infraestructura, equipamiento y personal se concentra básicamente en Lima y las ciudades principales, mientras que las zonas rurales tienen menos personal y servicios accesibles.
  - Adicionalmente, el personal médico se concentra en los niveles más altos de atención cuando las mayores necesidades se encuentran en el primer nivel.

- **Estado y calidad de la infraestructura y equipos.** En cuanto a la infraestructura, el Plan Nacional Concertado en Salud (PNCS) detalla que existe “obsolescencia, deficiente mantenimiento preventivo y recuperativo”. No hay una gerencia que se encargue del mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento.

### Mala calidad en la atención

- **Sistemas deficientes de atención al usuario.** El área de atención al usuario muestra una serie de deficiencias, entre las que se pueden señalar: colas excesivas, citas espaciadas, personal administrativo que no reúne las competencias necesarias para el puesto, ambientes mal distribuidos, entre otros. Además de estos problemas, aún no se cuenta con indicadores confiables de satisfacción del usuario a nivel nacional que permitan establecer de manera más concreta qué áreas requieren mejorar y medir su avance.
- **Desabastecimiento y disponibilidad de medicinas.** Muchos establecimientos no están correctamente abastecidos de medicinas por dos razones fundamentales: una mala gestión logística y el hecho de que los medicamentos no se encuentren en el petitorio farmacológico.
- **Énfasis en el aspecto recuperativo.** No hay programas agresivos de prevención.

<sup>5</sup>Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal en Salud

## Débil rectoría del sistema de salud por parte del Minsa y problemas de gestión

- ❑ **Débil ejercicio del rol rector.** El MINSA debe ser en el ente que legisla y regula en materia sanitaria. Sin embargo, existe una serie de vacíos en la normativa y regulación, tales como el establecimiento de protocolos de atención, la supervisión a las clínicas privadas (que se realiza a través de la SEPS pero no se encuentra normado), EsSalud y las fuerzas armadas y policiales.
- ❑ **Deficiencias en la estructura organizacional del Minsa.** En materia organizacional, el Ministerio de Salud no está configurado adecuadamente para cumplir sus funciones de manera eficaz y eficiente. Asimismo, existe tan solo un viceministerio a cargo tanto de las direcciones de línea (que duplican funciones) como de los órganos de asesoría y apoyo.
- ❑ **Débil supervisión y fiscalización de las prestaciones.** El Ministerio de Salud debe ser la entidad que regule, supervise y fiscalice las prestaciones de Salud, sin embargo no llega a ejercer esta función a cabalidad, ya sea de manera directa o a través de una superintendencia.
- ❑ **Deficiente gestión del sistema de salud.** En la actualidad cada prestador funciona de forma autónoma, no como una red, de manera que no se aprovechan economías de escala (en compras corporativas, por ejemplo), no se aprovecha la capacidad instalada de los distintos prestadores y se duplican inversiones por falta de coordinación. Esta situación disminuye la capacidad de la población de acceder a servicios de salud debido a que las prestaciones no se intercambian o financian entre prestadores. Asimismo, los sistemas de información se encuentran desarticulados y desactualizados lo que limita su utilidad para la coordinación y la toma de decisiones.
- ❑ **Baja ejecución de inversiones.** Según Vigila Perú, el Ministerio de Salud solo ejecutó el 33% del presupuesto asignado a inversiones en el año 2006 con relación al Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de ese año<sup>6</sup>.
- ❑ **Falta de estructura y gestión de costos.** No existe una medición de los costos y las tarifas

asociadas a los servicios médicos prestados lo que genera prestaciones ineficientes y subsidios no deseados.

## ÁREAS DE INTERVENCIÓN

### Ampliar el acceso a servicios de salud

El financiamiento de las prestaciones entre proveedores de servicios de salud es un paso importante en el uso más eficiente de la red de establecimiento de salud, pero requiere de medidas complementarias debido a que existe un porcentaje considerable de la población que no accede a estos servicios por falta de financiamiento o barreras geográficas. Por lo tanto, se debe considerar:

- ❑ **Extender la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS).** Otorgarle un mayor financiamiento e implementar un sistema de evaluación socioeconómica único a nivel nacional (el Sistema de Focalización de Hogares), para evitar filtraciones de personas que no son parte de su población objetivo. Este esfuerzo requiere una focalización adecuada para afiliar a la población según capacidad de pago, es decir, crear planes total y parcialmente subsidiados según la evaluación socioeconómica de los hogares.

MYLENE D'AURIOL



Varias de nuestras regiones presentan tasas de desnutrición incluso más altas que las de Somalia.

<sup>6</sup> Vigila Perú

- **Extender la cobertura del Seguro Social de Salud (Essalud).** La cobertura de EsSalud comprende a los trabajadores dependientes mediante los aportes de los empleadores. La ampliación de cobertura implica reforzar la labor de fiscalización de los aportes de los empleadores y a la vez desarrollar regímenes contributivos para la población que no tiene acceso a EsSalud.
- **Paquete esencial de salud.** Inclusión del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (aprobado por el SIS mediante D.S. 004-2007/SA) como mínimo indispensable en todo esquema de aseguramiento.
- **Atención de poblaciones dispersas.** Desarrollar y reforzar los esquemas existentes a poblaciones dispersas y excluidas en los casos en que no sea viable la construcción de nueva infraestructura o destacar personal médico de forma permanente.

### Atención al usuario

La calidad de la atención al usuario es un tema crucial en los servicios de salud, no solo en el ámbito de las prestaciones médicas, sino también en la atención previa. Para ello es fundamental enfocarse en las siguientes áreas:

- **Implementación de sistemas de atención.** Ordenar los procesos de atención (citas, colas, ambientes) y desarrollar soluciones que le ofrezcan una atención eficiente y oportuna al usuario. En este esfuerzo es clave operar como una red para evitar la congestión de los establecimientos de salud más grandes y que suelen ser los de mayor referencia por parte de la población.
- **Personal capacitado en atención al cliente.** En esta misma línea se requiere alinear las capacidades del personal administrativo con las funciones que cumplen y capacitarlo en los procedimientos de atención al cliente.
- **Medición de la calidad.** Como parte del proceso de atender mejor a los usuarios es clave conocer su percepción sobre la calidad del servicio prestado para poder identificar las áreas de mejora y los avances o retrocesos que se produzcan en esta materia. Para ello, se requiere implementar sistemas de medición de la calidad del servicio de forma continua y a nivel nacional.

### Modernización y optimización de la gestión

Como paso fundamental para extender la cobertura de servicios de salud e incrementar su calidad, es clave mejorar la gestión interna de cada prestador así como del Sistema de Salud en su conjunto. Los factores clave en este ámbito son:

- **Mantenimiento y reposición de infraestructura y equipos.** El estado de la infraestructura y equipos es uno de los factores principales que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud. Para ello, es fundamental contar con planes de mantenimiento y reposición de infraestructura y equipos, así como un inventario de la capacidad existente
- **Ejecución de inversiones.** Se requiere asimismo, apoyar a la formulación y ejecución de proyectos y programas de inversión pública, fortaleciendo las capacidades de formulación de proyectos y agilizando los sistemas de contrataciones y adquisiciones..
- **Compras y logística.** Es necesario fortalecer y expandir el ámbito de las compras corporativas a nivel del Sistema (no solo del Ministerio) con la finalidad de ahorrar tiempos y costos. Sin embargo, esta estrategia tiene que ir de la mano de revisión y consolidación de los procesos de logística para asegurar el abastecimiento oportuno de los centros de salud.
- **Sistemas de información.** Buscar soluciones informáticas integradas entre los diversos actores del Sistema (MINSa, EsSalud, FFAA, PNP) que permitan potenciar el funcionamiento de los prestadores públicos de salud como red y generar información útil para la toma de decisiones de gestión.
- **Gestión de recursos humanos.** El personal encargado de brindar la atención médica es el recurso fundamental del Sistema, sin embargo estos son escasos y están mal distribuidos a nivel geográfico y de establecimientos de salud. Por lo tanto, es urgente revisar y proponer políticas de recursos humanos que promuevan la atracción de personal capacitado, permitan una adecuada distribución para cubrir las zonas menos atendidas (en especial las zonas rurales) y contar con una mejor distribución de personal en la red de establecimientos de menor nivel.
- **Revisión de la estructura de costos.** Estudiar y proponer una estructura de costos compe-

titiva – revisar tarifas y subsidios y establecer un benchmark con los privados. Asimismo, se deben revisar los servicios auxiliares y realizar propuestas de mejora (que pueden incluir asociaciones público privadas).

### Fortalecimiento de la rectoría del Minsa

En su rol de rector del sistema de salud, el MINSA debe asumir las siguientes responsabilidades: i) legislador en materia sanitaria; ii) regulador en materia sanitaria y iii) director del Sistema Nacional de Salud.

Como regulador de la política sanitaria, se debe reforzar el papel del MINSA como encargado de dictar la normativa, establecer las líneas de políticas sanitarias, elaborar los parámetros de cumplimiento (por ejemplo, protocolos de atención médica, acreditación de establecimiento de salud) y erigirse como el ente supervisor y fiscalizador del sistema, ya sea de manera directa o a través de una superintendencia.

Como cabeza de un sistema de salud con diversos actores autónomos, el Ministerio debe articular y coordinar las acciones de los distintos prestadores de servicios de salud, de modo que funcionen como una red pública y no como prestadores autónomos cada uno atendiendo tan solo a su población objetivo. Por ello son fundamentales los siguientes pasos:

- ▣ Utilizar toda la infraestructura pública disponible a través de esquemas de financiamiento e intercambio de prestaciones entre los actores del Sistema.
- ▣ Generar sinergias en la compra de equipos, medicinas y uso de servicios (ej: ambulancias, medicamentos).
- ▣ Coordinar las inversiones entre los actores del sector público para no generar excesos de capacidad instalada ni duplicar inversiones.

Para cumplir con estas funciones un paso fundamental es realizar una revisión de la estructura organizacional y de los procesos del propio Ministerio de Salud. Sin una estructura adecuada y funcional y sin procesos eficientes, se limita la posibilidad de lograr las metas planteadas. Por lo tanto, como parte del proceso de fortalecimiento del rol rector, es fundamental un proceso de reestructuración organizacional y reingeniería de procesos al interior del MINSA.

Por último, se debe potenciar la función de proveedor de asistencia técnica a los establecimientos públicos de salud de los gobiernos regionales y locales. Como complemento a las transferencias de facultades, el MINSA debe buscar fortalecer capacidades a nivel regional y local como asesor técnico. Esto implica un proceso de reestructuración orgánica en el Ministerio de Salud para fortalecer y enfatizar la importancia de los nuevos roles que debe asumir el MINSA.

Asimismo, es necesario buscar la prevención y control de las más importantes enfermedades transmisibles. En el campo de la prevención, las principales responsabilidades sanitarias en el país deben orientarse a controlar las enfermedades transmisibles, en particular la tuberculosis, la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, el VIH/SIDA y la fiebre amarilla.

En el caso de la tuberculosis, se debe garantizar la prevención y el diagnóstico oportuno con el fin de reducir la resistencia al tratamiento de primera línea, y proveer los medicamentos necesarios para los re-tratamientos cuando ésta falla.

MYLENE D'AURIOL



La política social debe incluir también el apoyo preventivo a la población pobre.