



La política y la pobreza en los países andinos



La política y la pobreza en los países andinos

Co-editores

Gustavo Guerra-García

Kristen Sample

Javier Alarcón Cervera

Vanessa Cartaya

José Luis Exeni

Pedro Francke

Haydée García Velásquez

Claudia Giménez

Francisco Herrero

Carlos Meléndez Guerrero

Gabriele Merz

Gabriel Murillo

Luís Javier Orjuela

Michel Rowland García

Alfredo Sarmiento Gómez

La política y la pobreza en los países andinos

© International Institute for Democracy and Electoral Assistance 2007

© Asociación Civil Transparencia 2007

Las publicaciones de International IDEA y la Asociación Civil Transparencia no son reflejo de un interés específico nacional o político. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de la Asociación Civil Transparencia, International IDEA, de sus juntas directivas o de los miembros de sus consejos.

Toda solicitud de permisos para usar o traducir todo o alguna parte de esta publicación debe hacerse a:
International IDEA
SE 103 34 Stockholm
Sweden

International IDEA favorece la divulgación de sus trabajos, y responderá a la mayor brevedad a las solicitudes de uso, traducción o reproducción de sus publicaciones.

La presente obra representa la opinión de sus autores, no necesariamente la opinión de los editores.

Edición y corrección de textos: Ramón Ponce Testino y Manuel Fernández Sánchez

Diseño gráfico: Ruperto Pérez-Albela Stuart

Motivo de la carátula: *Región nocturna*, Lia Villacorta Bravo

Impresión: Imprenta Miraflores E.I.R.L.

Primera edición: enero de 2007

Tiraje: 2,000 ejemplares

Hecho el depósito legal 2007-00218 en la Biblioteca Nacional del Perú

ISBN 978-91-85391-86-8

Impreso en el Perú

Contenidos

Prefacio	i
Visión de conjunto	1
Los partidos andinos y la inclusión política	57
INFORME NACIONAL BOLIVIA	
SISTEMAS DE PARTIDOS Y DESARROLLO: EL CASO DE BOLIVIA	79
1. RESUMEN EJECUTIVO	79
2. EL CONTEXTO BOLIVIANO	83
2.1 El contexto político	83
2.2 El contexto socioeconómico	95
2.2.1 Control de la inflación	97
2.2.2 La política cambiaria	98
2.2.3 El crecimiento económico	99
2.2.4 La pobreza en Bolivia	101
2.2.5 El gasto social	102
3. LAS REFORMAS EN BOLIVIA	103
3.1 Las reformas tributarias	103
3.2 La reforma del sistema judicial	106
3.3 La reforma laboral	110
3.4 Las reformas sociales	112
3.4.1 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	112
3.4.2 El Bono Solidaridad (BONOSOL)	116
3.5 Las políticas de inclusión	118
3.5.1 La Ley de Cuotas	118
3.5.2 El Diálogo Nacional	121
3.6 La descentralización en Bolivia	124
3.6.1 Autonomías	126
4. PARTIDOS POLÍTICOS Y AGENDA PRO-POBRES	128
5. ALGUNOS ELEMENTOS DE ANÁLISIS DEL SISTEMA DE PARTIDOS POLÍTICOS	135
5.1 Relación sistema de partidos políticos-ciudadanía	135
5.2 Financiamiento estatal para actores políticos	137

5.3 Pluralismo y competencia interpartidaria	139
5.4 Servicio civil, funcionarios y servidores públicos	141
5.5 Sistema electoral	143
6. ACTORES FUNDAMENTALES DE LA LUCHA CONTRA LA POBREZA Y OBSTÁCULOS	
PARA LA REFORMA	144
6.1 El Estado	144
6.1.1 Entidades subnacionales	144
6.1.2 Poder Ejecutivo	145
6.1.3 Poder Legislativo	146
6.2 Partidos políticos	147
6.3 Organizaciones sociales territoriales	148
6.4 Organizaciones sociales funcionales	149
6.5 Organizaciones obreras, fabriles y campesinas	149
6.6 La Iglesia Católica	150
6.7 Organizaciones no gubernamentales (ONG)	150
6.8 La cooperación internacional	150
7. RECOMENDACIONES	152
7.1 Sistema de partidos	153
7.2 Financiamiento estatal para actores políticos	154
7.3 Pluralismo y competencia interpartidaria	155
7.4 Servicio civil, funcionarios y servidores públicos	155
7.5 Autonomías subnacionales	156
7.6 Sistema electoral	156
7.7 Mecanismos de diálogo permanente	156
7.8 Compromiso de la cooperación internacional	157
BIBLIOGRAFÍA	158
ESTUDIO DE CASO BOLIVIA	
LA LEY DE PARTICIPACIÓN POPULAR: UNA REFORMA PRO-POBRES EN BOLIVIA	163
1. INTRODUCCIÓN	163
2. SÍNTESIS DE LA REFORMA	164

3. RESUMEN DEL PROCESO DE DISEÑO, APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA REFORMA	167
4. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES Y FACTORES QUE INTERVINIERON EN LA REFORMA	174
5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES	178
BIBLIOGRAFÍA	183

INFORME NACIONAL COLOMBIA

SISTEMAS DE PARTIDOS Y DESARROLLO: EL CASO DE COLOMBIA 185

1. RESUMEN EJECUTIVO	185
2. EL CONTEXTO EN COLOMBIA	189
2.1 El contexto sociopolítico	189
2.1.1 El nuevo orden constitucional de 1991	191
2.2 El sistema político	194
2.3 El contexto socioeconómico	195
2.3.1 Las reformas económicas de los noventa	195
2.3.2 La evolución socioeconómica	197
3. AGENDA DE LAS PROPUESTAS SOBRE POBREZA	206
3.1 Los partidos políticos y la agenda pro-pobres	206
3.1.1 El Partido Liberal	206
3.1.2 El Partido Conservador	207
3.1.3 Las fuerzas uribistas	207
3.1.4 El Polo Democrático Alternativo	208
3.2 Las políticas públicas y sus reformas	209
3.2.1 Los planes de desarrollo y la pobreza	210
3.2.2 La descentralización: las transferencias, su creación, evolución y efecto	212
3.2.3 La política de seguridad social	215
3.2.4 La política laboral: las reformas a las prestaciones sociales y su efecto	218
3.2.5 Las reformas a la administración de justicia	222
3.3 Consensos y disensos	225
4. EL SISTEMA POLÍTICO Y SUS EFECTOS EN LA AGENDA PRO-POBRES	227
4.1 Factores que facilitan la lucha contra la pobreza	227
4.1.1 Los esfuerzos para mejorar la participación política	227

4.1.2 La redefinición de las reglas para la asignación de los recursos públicos: incentivos y desincentivos para la equidad	229
4.1.3 La Corte Constitucional	230
4.2 Obstáculos resultantes del sistema de partidos y el sistema electoral	232
4.2.1 El clientelismo	232
4.2.2 La ausencia de reforma agraria	233
4.2.3 La fragmentación de los partidos y su falta de representatividad	234
4.2.4 La falta de autonomía del Legislativo frente al Ejecutivo	237
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	239
5.1 Conclusiones	239
5.2 Recomendaciones	241
5.2.1 Las reformas institucionales en la agenda pro-pobres: democracia representativa, espacios de democracia directa y descentralización	241
5.2.2 Construir la nueva sociedad con justicia, paz, equidad y desarrollo humano implica partidos políticos que coordinen amplios movimientos sociales	242
5.2.3 Estrategias para lograr crecimiento económico pro-pobres: un reto a las instituciones políticas, económicas y culturales	243
BIBLIOGRAFÍA	245
ESTUDIO DE CASO COLOMBIA	
MISIÓN PARA EL DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD	251
1. INTRODUCCIÓN	251
2. IMPORTANCIA	254
3. CARACTERÍSTICAS	255
4. RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTE PROCESO	259
5. ACTORES INVOLUCRADOS EN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL MERPD	261
6. LECCIONES APRENDIDAS	263
BIBLIOGRAFÍA	266

INFORME NACIONAL DEL ECUADOR

SISTEMAS DE PARTIDOS Y DESARROLLO: EL CASO DEL ECUADOR	269
1. RESUMEN EJECUTIVO	269
2. EL CONTEXTO EN EL ECUADOR	271
2.1 El contexto político (1970-2006)	271
2.2 El contexto socioeconómico	275
3. AGENDA DE LAS PROPUESTAS SOBRE EL TEMA DE LA POBREZA EN LOS PARTIDOS POLÍTICOS	279
3.1 Políticas sociales	279
3.2 Políticas de inclusión	281
3.3 Políticas tributaria, económica y productiva	283
3.3.1 Política tributaria	283
3.3.2 Política económica y productiva	287
3.4 Planificación económica del desarrollo	293
3.5 Políticas de descentralización	296
3.6 Reformas del sistema judicial	299
3.7 Consensos en ocho temas	303
4. EL SISTEMA POLÍTICO Y SUS EFECTOS EN LA AGENDA PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA	304
4.1 Obstáculos resultantes del sistema de partidos y otros aspectos del sistema político	304
4.1.1 Un sistema electoral que alienta la fragmentación	304
4.1.2 La desconexión entre partidos políticos y ciudadanía	306
4.1.3 El desempeño de los partidos ecuatorianos como administradores de la cosa pública	306
4.1.4 El régimen presidencialista y la "pugna de poderes"	308
4.1.5 Una práctica política basada más en la confrontación que en la cooperación	310
4.2 Factores que pueden facilitar las reformas pro-pobres	312
4.2.1 Establecimiento de una agenda legislativa consensuada entre los partidos políticos más importantes	312
4.2.2 Un pacto social para promover y vigilar las políticas sociales y de inclusión	312
4.2.3 La promoción de nuevas políticas públicas	314
4.2.4 Fortalecimiento institucional de los gobiernos locales en alianza con la cooperación internacional	314

4.2.5 Establecimiento de “think tanks” para diseñar, ejecutar y monitorear políticas públicas pro-pobres	315
5. RECOMENDACIONES	316
BIBLIOGRAFÍA	319
ESTUDIO DE CASO ECUADOR	
LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA	323
1. INTRODUCCIÓN	323
2. RESUMEN DEL PROCESO DE DISEÑO, APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA REFORMA	326
3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES Y FACTORES QUE INTERVINIERON EN LA APROBACIÓN DE LA REFORMA	332
4. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA POLÍTICO Y LA LUCHA CONTRA LA POBREZA	336
BIBLIOGRAFÍA	338
INFORME NACIONAL PERÚ	
SISTEMAS DE PARTIDOS Y DESARROLLO: EL CASO DE PERÚ	341
1. RESUMEN EJECUTIVO	341
2. EL CONTEXTO PERUANO	346
2.1 El contexto político	346
2.2 El contexto socioeconómico	348
3. AGENDA DE LAS PROPUESTAS SOBRE POBREZA EN PERÚ	353
3.1 Las políticas más relevantes	355
3.1.1 La política tributaria y fiscal	355
3.1.2 Las políticas sociales y económicas	359
3.1.3 Las políticas de inclusión	367
3.1.4 La reforma del sistema judicial	369
3.1.5 La política laboral	371
3.1.6 La política de descentralización	375
3.2 Consensos y disensos	378

4. EL SISTEMA POLÍTICO, LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y LA COHESIÓN SOCIAL	381
4.1 Factores dentro del sistema político	381
4.1.1 La renovación orgánica y la refundación programática de los partidos	381
4.1.2 La reforma del sistema electoral y la legislación sobre partidos	384
4.1.3 Los partidos y las elites	388
4.1.4 Los actores en juego	391
4.2 Obstáculos para la implementación de reformas	393
4.2.1 En los partidos políticos	393
4.2.2 En el Poder Legislativo	395
4.2.3 En el Poder Ejecutivo	396
4.2.4 Ausencia de consenso: entre el crecimiento y la agenda a favor de los pobres	397
4.2.5 El juego del poder: las elites y los actores sociales	398
5. RECOMENDACIONES	400
5.1 Fortalecer la capacidad de los partidos para representar a los pobres	401
5.2 Financiar la política y controlar la influencia del dinero en la política	403
5.3 Sistema electoral y representación	403
5.3.1 La reforma del Congreso	403
5.3.2 Las elecciones regionales	404
5.4 Diálogo y reconocimiento como condición del consenso	404
5.5 Transformar los consensos en iniciativas de política pública concreta - construir rutas y mecanismos viables para abordar los disensos	405
5.6 Los medios de comunicación y la política	406
BIBLIOGRAFÍA	412
ESTUDIO DE CASO PERÚ	
EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD: UNA HISTORIA POLÍTICA	419
1. INTRODUCCIÓN	419
2. EL MOMENTO POLÍTICO EN EL QUE SE APRUEBA EL SIS Y EL PROCESO DE APROBACIÓN	424
3. LOS ACTORES ALREDEDOR DE LA APROBACIÓN DEL SIS	427
4. LECCIONES PARA POLÍTICAS PRO-POBRES	430
BIBLIOGRAFÍA	435

INFORME NACIONAL VENEZUELA

SISTEMAS DE PARTIDOS Y DESARROLLO: EL CASO DE VENEZUELA	437
1. RESUMEN EJECUTIVO	437
2. EL CONTEXTO VENEZOLANO	443
2.1 El contexto político	443
2.2 El contexto socioeconómico	446
2.3 La pobreza en Venezuela	448
3. EL SISTEMA POLÍTICO Y LOS ESPACIOS PARA LA FORMACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	451
3.1 El sistema político electoral: el marco legal	451
3.2 Las relaciones Estado-sociedad	453
4. AGENDA DE LAS PROPUESTAS SOBRE LA POBREZA EN VENEZUELA	457
4.1 ¿Quiénes proponen?	458
4.2 Las políticas más relevantes	459
4.2.1 La política económica	460
4.2.2 Las políticas sociales y de inclusión	462
4.2.3 Las políticas tributaria y fiscal	465
4.2.4 La reforma de los sistemas judiciales	468
4.2.5 La descentralización como reforma a favor de los pobres	469
4.2.6 Las políticas laborales y de seguridad social	471
5. FACTORES DEL SISTEMA POLÍTICO QUE INFLUYEN EN LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA	475
5.1 Obstáculos del sistema político para la lucha contra la pobreza	479
5.1.1 El clientelismo en la relación Estado-sociedad	479
5.1.2 Una competencia política signada por una dinámica polarizadora	480
5.1.3 Un sistema político desinstitucionalizado	481
5.1.4 La debilidad de los movimientos de base	482
5.1.5 La falta de cohesión política de los actores relevantes	482
5.1.6 La falta de liderazgo y de alcance social de las fuerzas políticas	483
5.1.7 La falta de espacios para el debate público y la articulación social	484
5.1.8 La debilidad organizacional y la concentración del poder afectan la eficacia de las políticas	485
5.2 Factores que facilitan la lucha contra la pobreza	485
5.2.1 Desde el gobierno	485

5.2.2 Otros actores e iniciativas de la sociedad	486
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	487
6.1 La promoción de una cultura de la deliberación	488
6.2 Una agenda de debates construida desde las bases	489
6.3 El desarrollo de valores de ciudadanía	491
6.4 El fortalecimiento de organizaciones de agregación de intereses y contraloría social	491
6.5 Las reformas políticas	493
6.6 El reconocimiento de las diferencias	493
BIBLIOGRAFÍA	499
ESTUDIO DE CASO VENEZUELA	
BANCO DE DESARROLLO DE LA MUJER	513
1. INTRODUCCIÓN	513
2. RESUMEN DEL PROCESO DE APROBACIÓN, DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	518
3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES Y LOS FACTORES QUE INTERVINIERON EN EL PROGRAMA	526
4. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA RELACIÓN DEL SISTEMA POLÍTICO Y LUCHA CONTRA LA POBREZA	529
BIBLIOGRAFÍA	531
Sobre los autores	534

La política y la pobreza en los países andinos

ESTUDIO DE CASO PERÚ

EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD: UNA HISTORIA POLÍTICA

Estudio de caso Perú

PEDRO FRANCKE

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca aproximarse a las razones políticas por las cuales una reforma como la del Seguro Integral de Salud (SIS) pudo ser aprobada y por qué la aprobación tuvo las características que tuvo. Antes de entrar en esa materia, presentaremos brevemente en qué consiste el SIS, qué cambios introduce y cuáles son sus resultados.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es una política dirigida a favorecer el acceso de la población a los servicios de salud mediante la reducción de los cobros económicos en los establecimientos públicos (hospitales y centros de salud), que son un problema serio para la población. El SIS opera mediante la transferencia de fondos a estos establecimientos públicos de salud, de acuerdo con el número de prestaciones brindado y siguiendo un tarifario establecido. A cambio, los establecimientos deben brindar en forma gratuita esas prestaciones a los afiliados al SIS (teóricamente, ya que los hechos demuestran que en realidad el SIS no es gratuito)¹. En ese sentido, puede entenderse que es parte de una política más general, que se ha denominado “aseguramiento universal en salud”.

¹ Más adelante se presentan todas las barreras creadas por el desfinanciamiento (percibido o real) del SIS.

Una cuestión central del SIS es la definición de los planes y del tarifario. Los paquetes A, B, C, D y E establecen qué tipo de prestaciones se van a reembolsar a qué población. El paquete A es para niños menores de 5 años; el B, para niños y adolescentes de 6 a 17 años; el C, para las madres gestantes y puérperas; el D, para emergencias; y el E, para “adultos focalizados de acuerdo a ley”. Así, el SIS reduce barreras económicas de acceso y amplía el aseguramiento principalmente a las madres gestantes y a los niños y adolescentes, y muy secundariamente a otros grupos etáreos.

Adicionalmente, el SIS es una institución pública. Es del tipo de institución conocido como “Organismo Público Descentralizado” (OPD), ello quiere decir que se trata de un organismo perteneciente al sector salud, pero con autonomía administrativa y presupuestal. Su jefe es nombrado directamente por una Resolución Suprema firmada por el Presidente de la República, y no solamente por el Ministro de Salud. En ese sentido, el establecimiento del SIS como OPD es un paso en la dirección a separar la función de financiamiento y compra, de la función de prestación de servicios.

El cambio que representa el SIS

El SIS es una de las grandes reformas producidas en el sistema de salud peruano porque cumple tres requisitos fundamentales para ser tipificado como tal (usando la matriz de Berman y Bosser, 2000): es sostenido, no es una iniciativa pasajera sin impactos duraderos; ha sido desarrollada con un propósito, emerge de un proceso más o menos racional, planificado y basado en evidencias y lecciones aprendidas de otras latitudes; y, es fundamental, está orientado a cambiar dimensiones estratégicas y significativas del sistema de salud. En relación con esto último, y usando la matriz de William Hsiao (2000), el SIS es una reforma con “R”, para diferenciarla de las reformas con “r”, ya que producen más de un cambio en los “controles clave” del sistema de salud, a saber: financiamiento, mecanismo de pago, organización, regulación, y comportamiento del consumidor (las reformas con “r” producen modificaciones en sólo una de estas dimensiones).

Hay que recordar que el SIS vino antecedido por el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno-Infantil (SMI). El SEG fue lanzado por Fujimori en 1997 y, rápidamente, se convirtió en un esquema masivo, bien financiado, con mucha

propaganda y que la población conocía y demandada. Por su parte, el SMI, que respondía a una problemática sanitaria de mayor prioridad, fue iniciado “de a poquitos” en 2000, pues carecía de presupuesto, a pesar del apoyo de los bancos multilaterales (Banco Mundial y BID). Ninguno de los dos era un organismo autónomo en lo formal, aunque el SEG tenía mucho de eso en la práctica, respondiendo directamente a Palacio de Gobierno.

El SIS representó dos cambios principales en relación con sus antecesores: el del financiamiento y el de la organización. El primero, la generalización del SMI a todo el país y la incorporación de otros planes menores, como el D y el E, así como la idea en perspectiva de avanzar hacia un seguro que tuviera una amplia cobertura de poblaciones y riesgos (“integral”). El segundo, la fusión pero sobre todo la mayor autonomía del SIS al ser formalizado como OPD. El SIS también ha representado cambios menores en: forma de pago, regulación y cambio del comportamiento en el usuario. Sin embargo, hay que resaltar que, en buena medida, el SIS es una continuidad del SEG y el SMI, que establecen el diseño básico de la intervención el reembolso a los servicios para reducir barreras económicas y la base administrativa para su funcionamiento.

Los aspectos críticos del SIS y su sentido político

Las dos características centrales que definen el funcionamiento del SIS son:

- (i) El financiamiento, es decir, la definición del paquete (conjunto de planes a ser cubiertos) y su relación con el presupuesto del SIS.
- (ii) La organización, es decir, su funcionamiento como institución relativamente independiente del MINSA.

Por un lado, la definición del paquete marca al SIS como una iniciativa fundamentalmente materno-infantil, los paquetes A y C se llevan más del 70% del financiamiento, (Lenz y Alvarado, 2006: 226), ya que este grupo siempre ha sido considerado una prioridad de salud pública. Sin embargo, es importante anotar que varias características del paquete están diseñadas de tal manera de ampliar alianzas políticas a favor del SIS y/o limitar posibles oposiciones. En efecto, el plan B, para niños y adolescentes de 6 a 17 años, se justifica como una continuidad del SEG establecido por Fujimori (el SIS amplía ligeramente su cobertura, al incluir a

todos los niños entre esas edades, aún cuando no asistan al colegio, requisito del SEG). El plan E está directamente orientado a algunas “clientelas específicas” de interés del gobierno, sin ninguna justificación en términos de salud pública, como las dirigentes de comedores populares o los lustrabotas (estos últimos “engreídos” del ex Presidente Alejandro Toledo). Finalmente, hay que anotar que, tanto el plan D, como la misma inclusión dentro de los planes de intervenciones complejas e, incluso, altamente complejas para niños y madres, tiene dos sentidos políticos: por un lado, reduce posibles cuestionamientos desde la prensa y la opinión pública; por el otro, transfiere recursos a los hospitales, donde se ubican las fuerzas corporativas en salud (sindicatos de médicos, enfermeras, etc).²

Es importante anotar que esta definición del paquete que otorga beneficios a diversos sectores no guarda equilibrio con los recursos presupuestales otorgados al SIS (que son de 280 millones de soles en 2004). En efecto, de acuerdo con Lenz y Alvarado (2006), se estima que un 15% de las prestaciones realizadas en el marco del SIS no llegan a ser reembolsadas. En otras palabras, se amplía el paquete para satisfacer a varias audiencias políticas, pero no se otorga los recursos necesarios para cumplir su mandato. Cabe anotar, además, que la orientación pro-pobres del SIS se ve mermada por la inclusión de atenciones complejas, que son demandadas principalmente por sectores medios, ya que los más pobres viven en zonas rurales y no tienen acceso a esas atenciones.³ Se puede decir, entonces, que la viabilidad y sostenibilidad política del SIS marchan a contracorriente de una focalización demasiado exigente (una discusión sobre este problema de “economía política” de la focalización puede encontrarse, por ejemplo, en Sen, 1995), y que la tensión entre ambos objetivos se resuelve en la práctica con determinada combinación de poblaciones cubiertas.

Un elemento clave a ser resaltado en este punto es el hecho que, simultáneamente al inicio del SIS, se reducen los recursos asignados a otras intervenciones orientadas igualmente a la salud materna. Tal es el caso del programa de control de cáncer

² Sin embargo, los planes D y E sólo tienen el 2,6% del financiamiento (Lenz y Alvarado, 2006: 227).

³ El SIS ha resultado ser relativamente focalizado y gasta más en los departamentos más pobres, en buena parte, gracias a la intervención simultánea de PARSALUD, Amares y otros proyectos orientados a mejorar la salud en esos departamentos; que actúan como promotores de la demanda y como “mejoradores” de la oferta.

de cuello uterino (la primera causa de muerte por cáncer ginecológico), el cual ha quedado totalmente desfinanciado; y la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que ha visto reducida en forma importante los recursos disponibles para todas sus actividades programadas. Lo paradójico es que, en ambos casos, estos programas comparten el mismo objetivo del SIS: reducir la mortalidad materna.

Una segunda característica del SIS es ser una OPD. Esta característica ha llevado a que sea uno de los organismos públicos cuyo jefe ha tenido mayor continuidad institucional: habiendo sido nombrado por el Presidente de la República y siendo miembro del CEN de Perú Posible, el Sr. Moisés Acuña (sin mayor vinculación o experiencia previa en el sector salud) ha sobrevivido en el cargo a tres Ministros de salud. Esta misma característica ha llevado en algunos momentos a dificultades en el relacionamiento con el Ministerio de Salud; de hecho, el SIS ha actuado bastante al margen de la descentralización impulsada por el Ministerio. No obstante, afirmar que haya habido una entrega de cargos administrativos a militantes de Perú Posible basada en lealtades partidarias, es materia de especulación. Sin embargo, sí puede afirmarse que el SIS ha orientado su desarrollo institucional más al desarrollo de procesos administrativos de control, que al uso del SIS como una herramienta para modular la oferta y orientar las políticas de salud.

Por otro lado, el inicio del SIS como OPD no ha significado un avance importante en relación con la separación de funciones entre financiadores y proveedores. La razón es que el SIS representa una parte muy reducida del gasto público en salud: apenas unos 280 millones de soles, un 0,1% del PBI, frente a un 2,8% del PBI de gasto público en salud (incluyendo el presupuesto que se destina a los gobiernos regionales y el de EsSalud). En ese sentido, y sobre todo porque este monto no ha ido incrementándose con el paso de los años, como estrategia de “separación de funciones”, el SIS es definitivamente un inicio muy tímido y sin mayores repercusiones en el funcionamiento de los proveedores de salud.

Resultados del SIS

Es imposible realizar una evaluación de los resultados del SIS sin tomar en cuenta el sistema de salud en su conjunto. Dado que el SIS remueve barreras económicas en el acceso al sistema público, es claro que lo que hace es influenciar o impactar sobre el funcionamiento de éste, que depende a su vez de diversas otras políticas: de recursos humanos, de inversión, de descentralización, etc.

Sin embargo, dos resultados son importantes de resaltar, que parecen directamente vinculados al SIS. El primero se refiere a la evolución de la cobertura de parto institucional, que, de acuerdo con la ENDES, ha pasado de 58% a 71% (véase el anexo). El segundo se refiere a la propia focalización de los recursos del SIS, que se han orientado en 26,1% al primer quintil de menores ingresos, y solo el 4,7% al quintil de mayores ingresos (Lenz y Alvarado, 2006), concentrando sus recursos en los pobres en mucho mayor proporción que el gasto del MINSA en su conjunto. Estos dos elementos indican que, a pesar de sus limitaciones, el SIS ha tenido impacto en relación con los Objetivos del Milenio y ha sido una política pro-pobres.

2. EL MOMENTO POLÍTICO EN EL QUE SE APRUEBA EL SIS Y EL PROCESO DE APROBACIÓN

El SIS se aprueba e inicia en el primer semestre del nuevo gobierno de Alejandro Toledo. Cabe recordar que este gobierno se instala el 28 de julio del 2001, luego de un breve gobierno de transición (9 meses) dirigido por Valentín Paniagua, tras la abrupta caída de Alberto Fujimori que había logrado imponer un tercer mandato presidencial tras unas elecciones marcadas por acusaciones de fraude.

En ese sentido, una primera característica de este período de inicio del SIS es el de ser un período de transición democrática. Las tareas de la transición democrática, si bien se habían avanzado de manera importante durante el gobierno de Paniagua, no se habían completado. En particular, es claro que el gobierno Paniagua era un gobierno de excepcionalidad institucional, con un Presidente nombrado –constitucionalmente– por el Congreso, y con un Congreso surgido de los cuestionados comicios del 2000 con todavía una amplia presencia fujimorista. La limpieza del Poder Judicial, de las Fuerzas Armadas y del funcionariado público, del

aparato fujimontesinista avanzó mucho durante el gobierno de Paniagua; asimismo, se iniciaron muchas investigaciones sobre corrupción; y se instalaron espacios como la Comisión de la Verdad y Reconciliación y la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza.

Sin embargo, es claro también que el gobierno de Alejandro Toledo se inicia con todavía muchas tareas pendientes para completar la transición democrática, relacionadas con los juicios contra la corrupción, la reforma de las Fuerzas Armadas, la reafirmación de los partidos políticos y su institucionalidad, la normalización de espacios de diálogo y debate entre los partidos, la relación de la política con la prensa, entre otros.

Asimismo, no se puede dejar de lado la idea de que parte del proceso de afirmación de la democracia debía ser el desarrollar una nueva forma de involucramiento político del gobierno con el pueblo, de los representantes con los representados. El fujimorismo había asentado su respaldo popular en una relación clientelista y manipuladora, donde se establecía una relación particular y personal entre el jefe de gobierno y los sectores populares, ante los cuales éste aparece como el que otorga dádivas que se deben a su intervención personal y no a una acción pública. Un nuevo gobierno democrático tenía el reto de afianzar la democracia, estableciendo una nueva relación entre gobierno y pueblo. Parte fundamental de esta relación era cómo el nuevo gobierno atendía las necesidades y demandas populares, estrategia dentro de la cual se inscribe el lanzamiento del SIS.

Por otro lado, en el contexto sectorial (salud), en los años anteriores a 2001, diversos sectores críticos al cobro de tarifas –política que estos actores identificaban con el Banco Mundial y el neoliberalismo– se habían venido expresando y generando una corriente de opinión a favor del aseguramiento universal, opción que llega a lograr amplios grados de consenso y a ser aprobada formalmente en el VI Congreso Médico nacional en el año 2000. El SIS es identificado como un primer avance práctico en ese sentido, y el nombre de “Integral” anuncia precisamente esa voluntad: no quiere ser un seguro solamente “escolar” o “materno-infantil” (en realidad, es básicamente eso), sino que se propone ser un seguro de amplia cobertura.

En este contexto, algunas características del nuevo gobierno marcaron el desenvolvimiento de la coyuntura política en la que se inicia el SIS. La primera, el rápido desgaste de la imagen presidencial y del gobierno, a raíz de serios errores cometidos en el manejo político en la primera etapa (aumento del sueldo presidencial y de ministros a niveles altos, generación de expectativas tras la elección al anunciar la venida de miles de millones de dólares de cooperación internacional, riñas al interior del partido de gobierno por cargos públicos, entre otros). La segunda, el carácter de “federación de independientes” del partido y la alianza de gobierno sin grandes consensos sobre las políticas por aplicar, que hace que existan diversos “grupos” dentro de Perú Posible con muchas disputas entre sí por cargos y posiciones, y que además tuvo su Congreso partidario a inicios de 2002. La tercera, la existencia en el Congreso de una directiva multipartidaria, dirigida por Carlos Ferrero, en la que estaban presentes todas las bancadas y que representaba un verdadero esfuerzo de amplia concertación, que funcionaba junto con la instalación y posterior firma del Acuerdo Nacional.

Finalmente, el SIS se anuncia al país luego de escasos meses de iniciado el nuevo gobierno con una visita del presidente, junto al ministro Solari, a la Maternidad de Lima; sin embargo, su puesta en marcha demora hasta el segundo trimestre de 2002. Si bien en ese período hay un cambio de ministro, pues deja el cargo Luis Solari y lo asume Fernando Carbone (a inicios de 2002), éste había sido viceministro del primero y fue nombrado a sugerencia de Solari, pues le tenía una lealtad política total. Cabe remarcar, entonces, que el proceso de diseño y aprobación es posterior a su anuncio formal al país, en octubre de 2001.

La aprobación del SIS pasa por algunos decretos supremos y resoluciones ministeriales que detallan su funcionamiento, pero que, como se ha indicado, no fueron discutidos por el Consejo de Ministros o el Congreso de la República, que aprobó una ley del SIS mucho tiempo después.

Es decir, el diseño y aprobación del SIS se produce casi exclusivamente al interior del Ministerio de Salud, junto con una (posterior) negociación de recursos presupuestales entre el Ministro del ramo, el MEF y el Presidente. Esto implica que su aprobación es hecha casi exclusivamente por el Poder Ejecutivo, sin mayor participación del Parlamento, lo que se debe a: (i) las posibilidades de sacarlo adelante sin tener que negociarlo en el Congreso, gracias al consenso multipartidario en su

directiva y la amplia legitimidad y popularidad de la iniciativa, (ii) la conveniencia para el gobierno y su gestor de que aparezca su aprobación como un mérito propio, compartido lo menos posible con otros actores políticos, de tal manera de maximizar “ganancia política” en un momento de rápida erosión de su popularidad (razón por la cual se anuncia públicamente y se hace una campaña mediática el respecto incluso antes de que esté diseñado o aprobado). Por otro lado, al interior del propio Ejecutivo, la aprobación es casi exclusiva del Ministerio de Salud debido a: (i) la escasa articulación al interior del gobierno, (ii) el interés del Ministro de Salud de ese entonces, Luis Solari, de obtener réditos políticos al interior del gobierno y de Perú Posible.

Sobre el diseño del SIS, había una propuesta similar desarrollada durante el gobierno de transición bajo el nombre de “Seguro Público de Salud”. Pero esta propuesta no fue casi tomada en cuenta: el inicio de la gestión de Solari se caracterizó por un reemplazo abrupto de todo el funcionariado del sector. Ello llevó a bastantes dificultades en el diseño original: el inicio del SIS tuvo marchas y contramarchas en cuanto a algunos elementos del paquete y se realizó sin conocerse con exactitud cómo iban a ser los procedimientos de transferencia de fondos, lo que llevó a demoras que afectaron fuertemente la economía de los hospitales y centros de salud.

3. LOS ACTORES ALREDEDOR DE LA APROBACIÓN DEL SIS

El SIS se aprueba a partir de la siguiente correlación política de fuerzas:

- a) El gobierno de Alejandro Toledo es quien genera el empuje político y dirige la aprobación e implementación del SIS. En general, el SIS, para el gobierno, era una herramienta que, dentro del sector salud, permitía un fuerte acercamiento a la población, otorgándole un beneficio muy concreto: atención gratuita para sectores específicos (niños, madres, adolescentes). En un contexto de rápida pérdida de popularidad, esta herramienta era, sin duda, atractiva para el gobierno.
- b) Un rol particular en este proceso juega el doctor Luis Solari, Primer Ministro de salud del nuevo régimen y figura central en la vida partidaria de Perú Posible (fue a comienzos del gobierno el Secretario General de Perú Posible; había tenido un rol destacado en las negociaciones en la mesa de partidos

promovida por la OEA, tras el fraude de Fujimori en junio de 2000; fue el encargado de dirigir todo el equipo de transferencia del gobierno de transición al de Toledo, entre junio y julio de 2001). Posteriormente, Solari sería nombrado Primer Ministro (de julio de 2002 a marzo de 2003).

La opción de Solari a favor del SIS le permitía: (i) recoger el previo consenso existente en el entorno médico sobre aseguramiento universal; (ii) tener una iniciativa de cambio en el sector que fuera concordante con los intereses de popularidad del gobierno y el Presidente, de tal manera de poder sacarla adelante dentro de la coalición de gobierno y, al mismo tiempo, obtener réditos políticos personales; (iii) paliar o responder a las críticas en el sentido que su posición conservadora en lo referente a planificación familiar tuviera impactos negativos sobre la salud materno-infantil; (iv) ofrecer una alternativa, junto con el Modelo de Atención Integral de Salud, a los programas vinculados a salud sexual y reproductiva (incluido el de prevención y control del VIH/SIDA).

- c) Existía previamente un amplio consenso entre los médicos y salubristas sobre la necesidad de avanzar hacia el aseguramiento universal, ampliando los seguros públicos existentes (véase, por ejemplo, la propuesta del Colegio Médico: “Hacia el aseguramiento universal en salud”).
- d) El Ministerio de Economía y Finanzas básicamente entra en la discusión en cuanto a los recursos presupuestales disponibles. Dada la fuerza política de Solari al interior del gobierno, y la ventaja política que el lanzamiento del SIS tiene para la popularidad del gobierno, no le pueden negar los fondos. Sin embargo, como se ha señalado, subsiste en el tiempo un desbalance entre fondos presupuestales y amplitud del paquete de prestaciones cubiertas, desbalance que, a pesar de su importancia, incluso como Premier, Solari no logra resolver.
- e) El Banco Mundial y el BID habían aprobado previamente el financiamiento para un proyecto llamado PARSALUD, que incluía el apoyo al seguro maternoinfantil (que, como hemos visto, se incorporó al SIS). Para estas instituciones, el que uno de los ejes de su proyecto tuviera mayor visibilidad

y fuerza política era importante, en la medida que daba más seguridad para los fondos de contrapartida que el MEF debía disponer. Adicionalmente, el Banco Mundial, en particular a través de un préstamo de ajuste estructural (Programmatic Social Reform Loan o PSRL), estableció condiciones e influenció en las reglas de funcionamiento del SIS, insistiendo particularmente en que se limitara los fondos dirigidos a hospitales.

- f) Los demás partidos políticos y el Congreso no tienen iniciativa política al respecto. Este comportamiento, en el momento de su lanzamiento, se explica por el consenso en torno al aseguramiento universal bajo el que se cobija, la poca preparación de partidos y congresistas sobre el tema y el carácter de otorgamiento de beneficios a la población que representa.
- g) Por otro lado, los actores gremiales del sector –sindicatos y federaciones de médicos, enfermeras, y otros profesionales y trabajadores de la salud– son, en el momento del lanzamiento del SIS, actores todavía débiles. En los años siguientes, estos actores se reactivarán y lograrán reivindicaciones que van a presionar sobre el presupuesto público, compitiendo con éxito sobre recursos que, de alguna manera, podrían de otro modo dirigirse hacia el SIS. Pero, como ya dijimos, en el momento inicial, estos son actores débiles, y posteriormente nunca se oponen directamente al SIS, sino más bien critican su inoperancia, que incluso es usada como pretexto para sustentar sus plataformas gremiales.

4. LECCIONES PARA POLÍTICAS PRO-POBRES

- 1) La fuerza principal tras la aprobación del SIS como política pro-pobres es el interés estrictamente político, es decir, la búsqueda de respaldo ciudadano, del gobierno, en general, y de algunos actores fuertes en su interior, en particular. En ese sentido, una primera lección clave para la aprobación de una política pro-pobres es remarcar su carácter político: una política de este tipo no se aprueba porque algún análisis tecnocrático indica que es “buena”, sino porque hay ventajas políticas para quienes la promueven, y esas ventajas políticas no son otras que la simpatía que pueden ganar quienes llevan a cabo esa política entre los pobres, que, lamentablemente, son mayoría en nuestro país.

- 2) Desde luego, la eficacia del SIS para lograr determinados resultados tiene que ver con el hecho de que responde a un problema efectivamente fundamental del sistema de salud: los cobros a los usuarios. Este problema tiene un doble carácter: por un lado, esos cobros son efectivamente una barrera significativa al acceso, que incluso lleva a que hayan recursos mal utilizados por falta de demanda; por otro lado, estos cobros son un problema sentido por la población. Es debido a este doble carácter que la política del SIS es efectiva, porque logra impactos debido al primer carácter, pero es sostenible políticamente debido al segundo. En ese sentido, un factor de éxito fundamental para implementar una política pro-pobres es que tenga esta doble condición: lograr resultados pero, a su vez, ser requerida por la gente.
- 3) Otra segunda lección clave tiene que ver con la fortaleza de los actores que promueven la política; en este caso, en particular, de la ubicación de Luis Solari al interior del gobierno y de su búsqueda por afianzar su respaldo político. Si bien el gobierno en general puede estar interesado en una política pro-pobres, el hecho de que sea esta política y este sector, específicamente, se deben a esa particular característica del actor que la impulsa.
- 4) Otro tema importante para analizar es cuál es la combinación de focalización y cobertura, es decir, de concentración en los pobres y de alcance del instrumento, que se obtiene. Como se ha indicado, el SIS está medianamente focalizado: por un lado, sus beneficios se concentran, sobre todo, en sectores pobres; por otro lado, contiene beneficios hacia sectores medios y sectores que están fuera del diseño original o que no mantienen una misma lógica con la orientación principal. Este balance parece ser de resultado, o bien, de proyectos y presiones complementarias aplicadas por el BID y el Banco Mundial por favorecer a los departamentos más pobres; o bien, de la necesidad de obtener respaldo político al SIS, ampliando sus beneficios hacia otros sectores y hacia grupos que tienen el respaldo particular de otros actores políticos claves. El haber logrado colocar al SIS como una política clave en torno a la cual los distintos actores quieren influir, parece darle sostenibilidad a la misma. El lanzamiento del SIS en los primeros meses de gobierno y la fuerza de los actores políticos atrás de él son claves en ese sentido.

- 5) Los principales problemas del SIS son: (i) el desequilibrio existente entre financiamiento y cobertura del paquete ofrecido y (ii) el estancamiento del financiamiento público para el mismo. Si el SIS puede ser considerado exitoso como iniciativa pro-pobres, es un fracaso en cuanto a la posibilidad de desatar una serie de cambios acumulativos en favor de los pobres. Una apuesta que pudo haber estado a la base del esquema del SIS es que la fuerte promesa de beneficios generara una presión social tal que consiguiese los fondos necesarios para que tal promesa se haga efectiva. Esta presunción ha mostrado no ser válida en el Perú, ratificando una larga historia de relaciones entre ciudadanía y Estado en nuestro país. En una sociedad con una ciudadanía consolidada y un ejercicio de derechos efectivo, podría haberse dado esta dinámica. Pero en un país como el Perú, con un gran déficit de ciudadanía y ejercicio de derechos, rápidamente el desequilibrio financiero del SIS llevó a que: i) los derechos prometidos por el SIS dejaran de ser efectivos, siendo reemplazados por una amplia discrecionalidad de los proveedores respecto de a quiénes y cómo se cumplen las promesas (tickets racionando el SIS, medicamentos no provistos), ii) sin respuesta adecuada de los políticos a cargo, se inicia el desprestigio del SIS, que a su vez limita la fuerza política para reivindicar un mayor financiamiento para el mismo.

En ese sentido, la gestión política del gobierno de Alejandro Toledo parece haber sido una fuerza agravante, pues transmitió una especie de “insensibilidad” por parte de los actores políticos gubernamentales frente al desprestigio de una de sus principales iniciativas políticas. Adicionalmente, el hecho de que en los años posteriores (2005-2006) el presupuesto público del sector salud priorizara mucho más la asignación de recursos a los médicos y profesionales (para aumentos y nombramientos), en vez del SIS, muestra también que los actores gremiales de los profesionales del sector salud tienen mayor fuerza política que una población usuaria de los servicios desorganizada, en particular, la más pobre. En un marco en que los actores políticos no tienen una fuerte preferencia por los pobres, esta situación lleva a que una política pro-pobres como el SIS pierda fuerza.

Por ello, una lección clave parece ser la necesidad de mantener un equilibrio muy cuidadoso entre promesas (cobertura del paquete) y financiamiento, por lo menos en una primera etapa del lanzamiento de una iniciativa como esta, así como la conveniencia de establecer un sistema de monitoreo y vigilancia ciudadana que aumente la presión sobre el sistema político, dentro de una estrategia de empoderamiento de los pobres bajo un enfoque de derechos.

ANEXO N° 1
RESULTADOS SANITARIOS DEL SIS

Para evaluar los resultados sanitarios, presentaremos información de dos fuentes: 1) registros administrativos del MINSA; 2) los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). De los datos del MINSA, se ha seleccionado indicadores que expresan la capacidad de respuesta frente a dos áreas claves de las estrategias sanitarias: niño (vacunación y control de crecimiento y desarrollo-CRED) y madre (parto institucional). (Véase el cuadro N° 1).

CUADRO N° 1
DATOS ADMINISTRATIVOS DEL MINSA

	1999	2000	2001	2002	2003
DPT (3ra dosis)	98.9	97.7	91.3	94.8	94.2
Antisarampionosa	92.5	97.2	97.3	95.2	94.7
CRED I/		61.39	57.11	57.11	45.30
% de Parto Institucional		42.55	44.19	51.14	59.83

I/ Control de crecimiento y desarrollo.
Fuente: Ministerio de Salud

CUADRO N° 2
DATOS DE LA ENDES CONTINUA - PRIMER CICLO

	1996	2000	2004
Nacional	55	58	71
Rural	15	24	44
Antisarampionosa	86	84	90
DPT 3	77	85	87
Nacional	30	39	48
Rural	31	38	54

Fuente: Encuesta de Demografía y Salud

En el caso de las coberturas del CRED, se ha registrado una caída, posiblemente exagerada por el problema de la población estimada, pero demasiado grande como para que se deba exclusivamente a ello. Posibles razones: las trabas en el cambio del modelo de atención a uno integral y el funcionamiento del SIS que promueve otras atenciones (por ejemplo, de las enfermedades diarreicas agudas-EDA). En efecto, de acuerdo con la ENDES, el tratamiento en establecimientos de salud de

las EDA ha aumentado sensiblemente, y en particular en las zonas rurales, lo que constituye otro indicador positivo. Una evolución similar se observa en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Similar situación se ha producido en el caso del parto institucional, aumentando el porcentaje de cobertura en todos los años. La diferencia entre los datos del registro MINSA y los de la ENDES se deberían a que el primero se refiere solamente a la atención pública. En ambos casos, sin embargo, del año 2000 al año 2003-2004 habría un aumento significativo de 15 puntos porcentuales, y los datos de la ENDES muestran que, en las zonas rurales, donde la cobertura era menor, el incremento ha sido aun mayor. Los controles pre-natales también se han incrementado. Esta mejoría sería producto de la intervención del Seguro Integral de Salud (SIS), así como de inversiones (PARSALUD) y mejora en atención (Proyecto 2000-PCMI y otras iniciativas, realizadas en años anteriores pero cuyo efecto se ve hasta ahora).

BIBLIOGRAFÍA

Berman, Peter A. y Thomas J. Bossert. 2000. *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?*

<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout>

Hsiao, William. 2000. "Inside the Black Box of Health Systems." *Bulletin of the World Health Organization*.

<http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/issue-brief-decade>

Lenz, R. y B. Alvarado. 2006. "Políticas pro-pobre en el sector público de salud del Perú", en: D. Cotlear (ed.), *Un nuevo contrato social para el Perú*. Washington DC: Banco Mundial.

Sen, A. 1995. "The political economy of targeting", en: D. van de Walle y K. Nead (ed.), *Public spending and the poor*. Washington DC: World Bank.