

# LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD



Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana

**CEPAL**

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

COMPILADORAS

Emanuela di Gropello

Rossella Cominetti

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD:  
UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA**

Diseño portada y composición: Alejandro Medina

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA  
EDUCACIÓN Y LA SALUD:  
UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EXPERIENCIA  
LATINOAMERICANA**

**Compiladoras**

Emanuela di Gropello y Rossella Cominetti

**Colaboradores**

Roberto Bisang

Melba Castillo

Oscar Cetrángolo

Rossella Cominetti

Sônia Miriam Draibe

Bruno Giussani

José Pablo Gómez

Emanuela di Gropello

Carlos Ornelas

Fernando Ruiz Mier

Alfredo Sarmiento

Jorge Enrique Vargas

LC/L.1132

Agosto de 1998

Se agradecen especialmente a la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y al Gobierno de los Países Bajos por su apoyo en el Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales, ejecutado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En el mencionado proyecto se enmarcan los estudios de caso presentados en este documento, que ha sido compilado por Rossella Cominetti, Experta Principal del Proyecto, y Emanuela di Gropello, Oficial de Asuntos Económicos de la CEPAL. Los demás colaboradores se desempeñaron como consultores en el desarrollo del Proyecto. Finalmente, la revisión editorial del libro fue realizada por el Sr. Francisco Sepúlveda.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN .....	7
PRÓLOGO .....	9

**PARTE I**  
**DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD:**  
**UN ANÁLISIS COMPARATIVO**  
(Rossella Cominetti y Emanuela di Gropello)

I. INTRODUCCIÓN .....	13
II. EL MARCO ANALÍTICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES .....	17
III. EL CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y SALUD EN AMÉRICA LATINA.....	25
IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE . DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA EN AMÉRICA LATINA .....	45
V. CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA .....	67
VI. SÍNTESIS COMPARATIVA DE LAS REFORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD .....	97
BIBLIOGRAFÍA PARTE I .....	107

**PARTE II**  
**ESTUDIOS DE CASO NACIONALES**

I.	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA .....	117
II.	LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN BOLIVIA .....	125
III.	LA RECIENTE DESCENTRALIZACIÓN DE LA POLÍTICA BRASILEÑA DE ENSEÑANZA BÁSICA Y DE SALUD .....	143
IV.	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN COLOMBIA .....	165
V.	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y DE SALUD EN MÉXICO .....	187
VI-A.	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN EN NICARAGUA .....	209
VI-B.	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA .....	223
	BIBLIOGRAFÍA PARTE II .....	235
	COLABORADORES .....	251

## RESUMEN

La descentralización de la educación básica y de la atención primaria de salud son los ejes de las reformas de política social que se están realizando en América Latina, con el fin de mejorar la eficiencia de la provisión de los servicios y de fortalecer, al mismo tiempo, los procesos de democratización en marcha en la región.

En este libro se examina descentralización de los servicios de educación y salud en siete países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua). El análisis de estos procesos se dificulta por su complejidad. En efecto, la descentralización fomenta una nueva distribución de funciones y atribuciones entre los actores institucionales, de carácter territorial o no territorial y preexistentes, que supone modificaciones profundas en el ámbito político-institucional, financiero, y de la participación comunitaria, entre otros. El libro se compone de dos partes principales. En la primera, se presenta un marco contextual y conceptual que permite captar las características principales de esta nueva distribución de responsabilidades y facilitan, además, la comparación de los procesos entre países. El propósito principal de esta parte es ofrecer una caracterización y sistematización de los modelos predominantes de descentralización en los siete países, sobre la base de este marco de análisis. Asimismo, se describen de manera muy sintética algunas de las implicaciones de los procesos de reforma, en lo que respecta a la eficiencia y la equidad de la provisión, tratando de extraer lecciones para el diseño y la implementación de futuras reformas. En la segunda parte del libro, se presenta una recopilación de los estudios de caso de los distintos países.

En el análisis de los resultados obtenidos, se destaca, ante todo, que las estrategias y los modelos de descentralización aplicados en los siete países presentan grandes diferencias. En efecto, son distintas las motivaciones iniciales y las secuencias de aplicación, así como los niveles territoriales e institucionales involucrados en el traspaso de las funciones de provisión y la magnitud de las responsabilidades traspasadas. Esta última característica, que influye en la intensidad del vínculo entre el centro y las unidades subnacionales, permite configurar modelos de tipo principal/agente de distinta intensidad. Con respecto a los efectos de las reformas sobre la eficiencia, en la práctica se observan limitados adelantos en materia de eficiencia social, debido a los esfuerzos todavía insuficientes de participación de la comunidad en la provisión, el control y la definición de políticas y, a juzgar por los escasos datos disponibles, resultados no concluyentes de eficiencia técnica. En materia de equidad, hay evidencia de que la descentralización puede haber contribuido a ampliar las brechas interterritoriales de los indicadores educativos y de salud. Finalmente, entre las lecciones de política, destaca la importancia del otorgamiento efectivo de autonomía a las nuevas instancias proveedoras de servicios; de utilizar un sistema de transferencias que incentive la búsqueda de la eficiencia y preserve la equidad; de velar por la coherencia interna de los modelos; de descentralizar responsabilidades directamente a las unidades productoras (establecimientos escolares y hospitalarios), y de contar con un marco adecuado para responder a las exigencias de regulación y supervisión de un sistema proveedor de servicios descentralizados.



## PRÓLOGO

Desde los años ochenta, pero en particular durante la década actual, la descentralización ha pasado a ocupar un papel central en las políticas públicas de América Latina. Dos razones explican este hecho. La primera es de orden político: ésta es vista como una forma de acercar el gobierno a los ciudadanos y hace parte, de esta manera, de los esfuerzos de democratización en marcha; la posibilidad de promover una efectiva participación ciudadana a nivel local es, desde el punto de vista político, uno de los argumentos que justifican un traspaso de responsabilidades a los gobiernos regionales y locales. La segunda es de carácter económico: dentro de los procesos de reestructuración del Estado, la descentralización aparece como una forma de incrementar la eficiencia en la provisión de servicios del Estado, especialmente de servicios sociales en cuya prestación no existen economías de escala importantes. La mayor flexibilidad de la gestión y el mayor acceso a información sobre las preferencias y necesidades de la población a nivel local refuerzan los argumentos en favor de la eficiencia de la prestación descentralizada de servicios.

Al mismo tiempo, existen importantes focos de oposición a estos procesos, que provienen muy especialmente del campo macroeconómico. La descentralización es considerada, desde esta perspectiva, como una fuente de pérdida de control fiscal, que puede afectar los esfuerzos por consolidar unas finanzas públicas y, por ende, una macroeconomía sana. En contra de los argumentos políticos y económicos que le sirven de sustento se ha argüido también que los avances en los procesos de participación ciudadana a nivel local son muy parciales, que la capacidad de gestión de los gobiernos subnacionales es limitada y que la descentralización puede dificultar la lucha contra la corrupción. A estos argumentos se agrega uno adicional, según el cual es posible que, sin un adecuado diseño del sistema de transferencias y de apoyo nacional a las regiones más atrasadas, la descentralización pueda acentuar las diferencias interregionales.

Dada la importancia de estas controversias para el diseño de políticas públicas en la región, la descentralización ha ocupado un lugar central en la agenda de investigaciones y de asesorías gubernamentales de la CEPAL. Este libro, coordinado por Rosella Cominetti y Emanuela di Gropello, forma parte de este esfuerzo institucional. En él se recogen los resultados de una investigación comparativa sobre los procesos de descentralización en los sectores de educación y salud de siete países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, México y Nicaragua. La obra incluye una caracterización de los modelos de descentralización aplicados en estos sectores, así como un análisis de los efectos que han tenido estos procesos en cuanto a la eficiencia y equidad en la prestación de dichos servicios. Ambos ofrecen lecciones para el diseño y puesta en marcha de futuras reformas.

Entre los resultados obtenidos se destaca la heterogeneidad de las estrategias y los modelos de descentralización desarrollados en los países mencionados, tanto en términos de las motivaciones iniciales que impulsaron los procesos como de secuencia de instrumentación de las reformas, el nivel territorial y características de las instituciones receptoras de las funciones descentralizadas y grado de autonomía efectivamente delegado. Sin embargo, existen elementos comunes, tales como la dependencia de recursos del gobierno central para el financiamiento de los servicios, el fortalecimiento de su papel regulador, una notable rigidez en la administración

de recursos humanos y, tanto por esta razón como por otras relacionadas, el traspaso generalmente incompleto de responsabilidades de gestión.

Esta última es una de las principales conclusiones de la investigación, que además tiene importantes consecuencias de política. Las coordinadoras del estudio argumentan, en forma convincente, que el incremento de la eficiencia en la prestación de los servicios depende de que se otorgue autonomía real a los niveles de gobierno a los que se traspasen responsabilidades e incluso de que se deleguen algunas directamente a las unidades prestadoras de los servicios (escuelas, centros de salud y hospitales). Las coordinadoras, así como los autores de los estudios de caso, señalan que los resultados de la descentralización son generalmente ambiguos en términos de eficiencia técnica y que se han registrado avances limitados en materia de participación y, por ende, de eficiencia social. En los modelos más municipalistas, se afirma que podrían producirse pérdidas de economías de escala, especialmente en el caso de la salud. Tan importante como lo anterior es la tendencia observada en algunos países al aumento de las disparidades territoriales de los indicadores educativos y de salud, que refleja, entre otras cosas, el peso insuficiente de criterios de equidad en la distribución interterritorial de los recursos.

Estos fenómenos no invalidan en absoluto los procesos de descentralización, pero sirven para demostrar la necesidad de mejorar la coherencia global de los esquemas institucionales correspondientes, incluido el diseño del sistema de transferencias de recursos entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales. En esta materia, existen importantes problemas conceptuales, que las coordinadoras analizan, basándose en las nuevas teorías de economía institucional, en términos de los problemas principal/ agente que pueden surgir, por una parte, de la diferencia entre los objetivos y preferencias del gobierno central y los gobiernos subnacionales y, por otra, del grado de incertidumbre e información asimétrica de las distintas autoridades. En este contexto, un buen proceso de descentralización debe incluir un sistema de incentivos adecuados para la provisión de servicios sociales, cuyos principales componentes sean un esquema de transferencias, el desarrollo de un marco de regulación y supervisión de los servicios por parte de las autoridades nacionales y un mayor flujo de información entre los diferentes niveles del gobierno.

Con esta obra, estamos seguros de que estamos contribuyendo, una vez más, a un debate de enorme trascendencia para el diseño de las políticas públicas en la región.

José Antonio Ocampo  
Secretario Ejecutivo, CEPAL

## **PARTE I**

# **DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD: UN ANÁLISIS COMPARATIVO** **(Rossella Cominetti y Emanuela di Gropello)**

- I. Introducción**
- II. El marco analítico de la descentralización de los servicios sociales**
- III. El contexto de la descentralización de educación y salud en América Latina**
- IV. Caracterización de las estrategias de descentralización de la educación básica en América Latina**
- V. Caracterización de las estrategias de descentralización de la salud en América Latina**
- VI. Síntesis comparativa de modelos de las reformas de descentralización de la educación y la salud**

**Bibliografía Parte I**

## I. INTRODUCCIÓN

Las reformas estructurales implementadas en América Latina durante la década de 1980, orientadas a transformar el papel del Estado, modificaron los criterios y las prioridades de la política económica en general y de la política social en particular. En el ámbito social, las reformas estuvieron dirigidas principalmente a sustituir la concepción paternalista por un Estado subsidiario, donde la acción del Estado tiende a concentrarse en las funciones de financiamiento, regulación y diseño de la política social, dejando al sector privado un mayor espacio para la provisión. Al mismo tiempo, se observó una tendencia a modificar los criterios de asignación de recursos de forma que progresivamente han adquirido mayor importancia los criterios de focalización y eficiencia en el uso de los recursos.

A lo anterior se agrega un fenómeno generalizado en América Latina a raíz de la crisis de financiamiento externo que afectó a la mayoría de los países de América Latina a comienzos de los años ochenta: la incorporación de los equilibrios macroeconómicos como un componente central de la política económica en general. Esto ha constituido una limitación importante en el diseño de la política social, haciendo que las posibilidades de expansión e innovación de la política social en la región tiendan a restringirse fuertemente por la tasa de crecimiento de la economía. Dados los insatisfactorios resultados en materia de crecimiento económico, el énfasis en política se centra de manera creciente en mejorar la eficiencia del gasto social.

El aumento de la eficiencia del gasto público social se ha transformado, de esta forma, en el principal desafío de la política social y representa la motivación central de las diversas reformas que se han implementado en la región. En este contexto, los procesos de descentralización de los servicios sociales constituyen uno de los mecanismos que apuntan a mejorar la eficiencia de los programas sociales en la región.

La descentralización de los servicios sociales es un instrumento de política usualmente empleado para alcanzar objetivos económicos y políticos, y se caracteriza por ser un proceso extremadamente complejo que involucra transformaciones profundas en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica, a la vez que modifica la distribución de poderes de los múltiples actores que intervienen en el proceso de provisión de los servicios sociales. En este sentido, es susceptible de ser analizada desde distintas perspectivas, por lo que cualquier análisis abordado en forma parcial estará sujeto a limitaciones. Para los efectos de una investigación es necesario acotar el ámbito de análisis, particularmente cuando se trata de un estudio comparativo. El enfoque adoptado en este trabajo enfatiza las consideraciones económicas, particularmente fiscales, y los impactos del proceso sobre las dimensiones de eficiencia y equidad. Cabe resaltar, sin embargo, que las consideraciones de economía política son muy importantes en el análisis de la descentralización, por tratarse de un proceso íntimamente relacionado con motivaciones de orden político.

El objetivo central de este libro es analizar las experiencias de descentralización en los sectores de educación básica y atención primaria de salud, en un grupo seleccionado de países de América Latina. Una pregunta importante que se plantea frente a los diversos impulsos descentralizadores en la región con el objeto de evaluar los beneficios efectivos de las políticas de descentralización de estos sectores, se refiere a los efectos que genera la descentralización sobre los aspectos de eficiencia y equidad. Si bien se trata de una pregunta básica y central,

existen escasos elementos empíricos que contribuyan a determinar los impactos de esta reforma sobre variables fundamentales como son la cobertura, la calidad y la igualdad de acceso a los servicios sociales. Asimismo, son escasos los elementos analíticos y empíricos que ayudan a identificar los factores determinantes del impacto de los procesos de descentralización y a permitir derivar lecciones relevantes para el diseño e implementación de los procesos futuros. Desde este punto de vista, los trabajos que se presentan en este libro representan un intento de llenar el vacío existente en la literatura empírica. Otro aporte del libro es el esfuerzo de sistematización y caracterización que hace de los modelos de descentralización aplicados en los diferentes países. La gran diversidad de modelos implementados hace imprescindible este esfuerzo .

Naturalmente, hay diferencias importantes en la naturaleza de los servicios proporcionados en educación y salud, que inciden en los procesos de descentralización y afectan la forma de abordar el análisis de cada experiencia. En primer lugar, existen diferencias en la naturaleza de las necesidades que satisfacen. Si bien ambos servicios son considerados esenciales en el proceso de formación de capital humano, la consecuencia extrema de la no provisión de salud es sin duda más dramática que en educación, y plantea en última instancia un tema ético, ausente en este último sector. En segundo lugar, la demanda del servicio por parte del individuo es previsible en el caso de la educación, mientras que en el caso de la salud existe un importante grado de incertidumbre. Como consecuencia de lo anterior, la estructura organizacional del sector salud involucra un mercado de seguro para el financiamiento, en tanto que la incertidumbre por parte del individuo respecto de la demanda de salud lleva a que la relación entre el usuario y la estructura de oferta sea de naturaleza aleatoria, dificultando la función de control social por parte de la comunidad. En tercer lugar, existen diferencias en las características del proceso productivo. Los servicios prestados son más variados en el sector salud que en educación. En este último, la variedad de servicios está claramente delimitada, y el proceso productivo se encuentra delimitado por la secuencia: educación prebásica, primaria, secundaria, y superior; lo que a su vez permite claramente identificar la oferta de servicios de educación básica (primaria y secundaria). El proceso productivo en salud es más complejo y la estructura de oferta no siempre se encuentra diseñada para la provisión de atención primaria de salud, coexistiendo la provisión de servicios de diferente complejidad al interior de una misma unidad productiva. En el ámbito de la naturaleza del proceso productivo, es importante señalar además que, en salud, la presencia de economías de escala en diversas actividades constituye una diferencia adicional que considerar al comparar con el sector educación. Finalmente, la experiencia señala que mientras en la educación básica los desafíos tienden a centrarse en el tema de la calidad de los servicios, en el caso de la atención primaria de salud existe además una situación no resuelta en cuanto a cobertura.

Los países analizados en este libro son Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Bolivia y Nicaragua. Atendiendo a las características del proceso de descentralización de los sectores de educación y salud, el conjunto de los siete países puede ser separado en dos grupos. En uno están Argentina, Brasil, Colombia, México y Chile, donde la descentralización presenta alguna trayectoria importante, y en el otro, Nicaragua y Bolivia, que exhiben un proceso de descentralización incipiente. Mientras en los primeros el proceso de descentralización muestra cierta identidad propia, en los últimos el aspecto de mayor interés de analizar son las restricciones que enfrenta un proceso de descentralización incipiente.

Es importante señalar que un análisis histórico de los procesos de descentralización sectorial permite reconocer en algunos países diversos episodios de descentralización, y, a menos que se indique lo contrario, los estudios de caso que se analizan en este libro se concentran en los procesos de descentralización de educación y salud implementados más

recientemente. En este marco, las lecciones de política que se puedan derivar reflejan las características del entorno en que se han dado los procesos de reformas estructurales implementadas en la región en los últimos años. El cuadro 1 indica los episodios de descentralización analizados en cada país.

**Cuadro 1**  
**EPISODIOS DE DESCENTRALIZACIÓN EN LOS SECTORES DE EDUCACIÓN**  
**Y SALUD ANALIZADOS EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS**

Países	Fechas de inicio	
	Educación	Salud
Argentina	- 1978 - 1992	1978
Bolivia	1994	1994
Brasil	A partir de 1970, con énfasis desde la mitad de los 80	1990
Chile	1981	1981
Colombia	1991	1990
México	1992	- 1983 - 1996
Nicaragua	1993	1992

Fuente: Elaboración propia.

Este libro se organiza en dos partes. En la primera se realiza un análisis comparativo de las experiencias de descentralización en los sectores de educación y salud en el grupo de países seleccionados, con el propósito principal de llegar a una caracterización de las distintas estrategias. En esta parte se presenta el marco analítico empleado en el análisis de los casos, luego se analiza el contexto general y sectorial dentro del cual tuvieron lugar las reformas de descentralización –y las estrategias implementadas en cada caso– y, finalmente, se hace una pequeña síntesis de los resultados preliminares de las reformas, destacando algunas lecciones para el diseño e implementación futuros de las reformas. En la segunda parte se presenta un análisis sintético de las experiencias nacionales de descentralización de los servicios de educación básica y de la atención primaria de salud, en los diferentes países analizados. Los estudios de caso que se presentan en esta parte forman parte del Proyecto Regional sobre “Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales”, ejecutado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).

La provisión más compleja del servicio de salud que del de educación, así como las mayores restricciones en la disponibilidad de indicadores comparativos para el sector salud, se refleja en algunas diferencias en el contenido y organización de la evidencia empírica presentada en la parte comparativa del libro. Particularmente, el estudio de la situación del sector salud y de las experiencias de descentralización en el sector tiende a enfatizar relativamente más el análisis descriptivo que en el estudio del caso de la educación.

Con respecto a la segunda parte, cabe mencionar, en primer lugar, que no se han incorporado los estudios de caso del sector educación en Argentina y de los sectores de

educación y salud en Chile, por haber sido ya publicados en un libro anterior (Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996). Los resultados de estos estudios, sin embargo, se han incorporado al análisis comparativo de la primera parte. Asimismo, el análisis comparativo presenta para algunos de los países, tendencias un poco más actualizadas en el proceso de reforma que los estudios de caso. En segundo lugar, se destaca que los estudios de caso tienen una estructura y siguen una metodología relativamente parecidas, que han sido desarrolladas en el marco del Proyecto, con una primera parte más bien descriptiva de los procesos y una segunda de evaluación preliminar de los resultados, que se basa en la mayoría de los casos en encuestas, más o menos amplias, efectuadas expresamente para el estudio.

## II. EL MARCO ANALÍTICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

### 1. Hacia una definición de la descentralización

El análisis de la lógica y consecuencias de la descentralización es complejo, por la variedad de conceptos que comprende una reforma de este tipo. De acuerdo con Rondinelli, Nellis y Cheema (1986), la descentralización puede ser definida como "la transferencia de responsabilidades en la planificación, gestión, obtención y distribución de recursos, desde el gobierno central y sus agencias, hacia las unidades de campo de agencias del gobierno, unidades o niveles subordinados del gobierno, autoridades o corporaciones públicas semi-autónomas de mayor presencia, autoridades regionales o funcionales, u organizaciones no gubernamentales privadas y voluntarias". Con referencia a esta última categoría de instituciones, la descentralización puede ser definida también como una situación en la cual los bienes y servicios públicos son provistos por el mercado, respondiendo a las preferencias manifiestas de los individuos. En otras palabras, la privatización puede ser vista como una forma de descentralización. Dentro de este amplio espectro de enfoques definitorios, se adoptará una visión más reducida, que limitará la atención a los casos de transferencia de responsabilidades desde el gobierno central a las unidades públicas subordinadas, y a las corporaciones o autoridades públicas semiautónomas o autónomas.

Este ámbito de definición aún oculta muchas formas posibles de descentralización. En general, la literatura<sup>1</sup> sobre la materia distingue tres formas principales, cuyas diferencias más significativas radican en el nivel de autonomía de la toma de decisiones de las unidades subnacionales en relación con el gobierno central, y en el alcance de las responsabilidades transferidas:

- i) Una forma de desconcentración de responsabilidades en los niveles menores por parte de los ministerios o agencias del gobierno central con poder de decisión limitado.
- ii) Una forma de delegación o transferencia de responsabilidades de gestión –de ciertas funciones específicamente definidas–, a organizaciones públicas, que pueden estar situadas fuera de la estructura burocrática normal del gobierno central (corporaciones públicas, empresas privadas reguladas públicamente, autoridades de desarrollo de áreas y planificación regional, y otras), por lo general con autoridad semiindependiente para ejecutar las tareas.
- iii) Una forma de *devolución*<sup>2</sup> consistente en la transferencia de responsabilidades de gestión a las unidades subnacionales de gobierno (gobiernos locales, unidades administrativas) o unidades públicas en general, que deben ser claramente percibidas como entes

---

<sup>1</sup> Ver Rondinelli, Nellis y Cheema (1984) y Klugman (1994).

<sup>2</sup> Del inglés "*devolution*", que se refiere a una forma de descentralización con transferencia total de poder.



separados sobre los cuales las autoridades centrales ejercen poco o ningún control directo; es decir, tienen autoridad independiente para ejecutar sus actividades.

En la práctica, sin embargo, no es fácil identificar las experiencias reales de descentralización con alguna de estas tres formas organizacionales. Esto ocurre, en primer lugar, porque las definiciones mismas no son muy precisas: ¿qué significa autoridad independiente o semiindependiente? ¿Cómo puede afirmarse tal cosa? En segundo lugar, porque la mayoría de las experiencias<sup>3</sup> corresponden a tipos híbridos que combinan elementos de por lo menos dos de las formas de descentralización ya mencionadas. Por ejemplo, es común encontrar casos en los cuales una descentralización con entrega de amplias responsabilidades a los gobiernos locales, se combina con limitaciones de la autonomía en la toma de decisiones, lo que la hace más similar a una desconcentración o delegación que a una *devolución*. Por el contrario, las corporaciones públicas y autoridades especiales creadas dentro del contexto de un proceso de delegación pueden tener un grado importante de autonomía, mucho mayor que el usual en tales formas de descentralización. Además, el alcance de las responsabilidades y la autoridad discrecional de las subunidades variará con frecuencia según la función involucrada (recolección de impuestos, construcción y mantenimiento de infraestructura, implementación de esquemas de desarrollo rural, provisión de servicios de educación y salud, etc.). Así, cualquier intento de clasificar sin ambigüedades el proceso de descentralización de un país es realmente ilusorio<sup>4</sup>. Al final, es necesario un cuidadoso análisis caso por caso, por país y por sector, para detectar la naturaleza precisa del proceso.

En este punto, la cuestión principal concierne a la lógica que sustenta el proceso de descentralización. Vale decir, ¿cuáles son las razones que justifican un proceso de descentralización? Una vez que esto ha sido clarificado, la segunda cuestión importante concierne a las razones que parecen mover a los gobiernos para seleccionar reformas intermedias (desconcentración y delegación<sup>5</sup>) e híbridas (*devoluciones* con limitaciones de autonomía) por sobre reformas más radicales (procesos de *devolución* no híbridos). ¿Es esta elección contradictoria con los objetivos iniciales de la reforma?

## 2. Racionalidad de la descentralización y de los modelos de reforma

### a) *El caso de los bienes públicos*

Existen varias motivaciones posibles detrás de la descentralización de los bienes públicos, que, básicamente se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- razones de tipo político;
- razones de tipo económico (aspectos fiscales), y
- razones de tipo económico (aspectos de eficiencia y calidad).

<sup>3</sup> Para una discusión de estos conceptos aplicados a países en desarrollo, ver Klugman (1994) y Rondinelli, Nellis y Cheema (1984).

<sup>4</sup> Puede ser incluso difícil caracterizar el modelo de descentralización adoptado en el ámbito de un determinado sector, por las diferencias que se pueden dar entre las áreas geográficas de un mismo país, por ejemplo.

<sup>5</sup> Delegación y desconcentración han sido de hecho usadas de manera bastante extensiva en los países en desarrollo en los años setenta (ver Rondinelli, Nellis y Cheema, 1984) para una revisión de experiencias.

Entre las razones políticas se destacan la redistribución del poder político, el control de situaciones conflictivas y la democratización. El primer aspecto se refiere al hecho de que descentralizar las responsabilidades significa reforzar el poder decisorio de los subniveles de gobierno y, al mismo tiempo, debilitar la posición de algunos actores centrales, aludiendo con ello no solo a la burocracia central sino también a otros actores, como los sindicatos, por ejemplo, que actúan en forma centralizada. De hecho, indirectamente, una reforma de este tipo puede redistribuir el poder entre los distintos grupos sociales. El segundo aspecto tiene que ver con que una descentralización debería permitir la atomización de algunos conflictos (incluyendo los sindicales) debilitando, entonces, su alcance. Finalmente, la descentralización debería, a través de la gestión compartida de las responsabilidades, aumentar la participación ciudadana y, por lo tanto, impulsar la democratización<sup>6</sup>.

Entre las razones económicas de interés fiscal, destaca la esperanza de que una descentralización de los gastos pueda ayudar a reducir el déficit público, a través de la reducción del tamaño del sector público central (se trata de una esperanza a menudo ilusoria, por el comportamiento fiscal poco responsable de los niveles subnacionales) y de que pueda fomentar, indirectamente, procesos de privatización de los servicios.

Por último, se destacan las posibles ganancias en eficiencia y calidad en la provisión de los bienes vinculadas al proceso de descentralización. Con respecto a la eficiencia, el supuesto básico es que las unidades descentralizadas tienen mejor acceso que la unidad central a la información sobre preferencias locales, necesidades y condiciones, y que la mejor utilización de esta información debiera aumentar la eficiencia.

Se pueden distinguir dos tipos de eficiencia: la eficiencia técnica y la eficiencia social. El primer concepto está relacionado con la producción de un resultado específico. Un proceso de producción es eficiente, en el sentido técnico, si el resultado producido alcanza la "frontera de las posibilidades productivas", lo que requiere el uso más apropiado y la mejor combinación de recursos para obtener un determinado resultado<sup>7</sup>. En caso de que la prestación nacional de un servicio cumpla este requisito, descentralizando al nivel local, la prestación podrá considerarse más eficiente si la frontera de posibilidades es desplazada hacia afuera. Si la prestación nacional aún no ha alcanzado tal exigencia, la prestación local será más eficiente si logra ubicarse en, o más cerca, de dicho límite. Se analizarán las posibilidades de que esto efectivamente suceda en el caso de la educación y de la salud.

En principio, sin embargo, un argumento más fuerte para la descentralización podría sentarse en el terreno de la eficiencia social. Este tipo de eficiencia concierne a los movimientos a lo largo de la frontera de las posibilidades productivas, vinculados con la elección de una diferente composición de resultados, con su correspondiente combinación de insumos, que refleja los valores de los individuos o de la comunidad de individuos considerados<sup>8</sup>. A menudo, se señala que el principal problema que tiene que enfrentar el gobierno central en el abastecimiento de bienes públicos es la falta de información sobre las necesidades y preferencias locales, y que a este respecto una estructura descentralizada de toma de decisiones

---

<sup>6</sup> Se da un énfasis particular a las razones políticas en Prawda (1992).

<sup>7</sup> Behrman (1995) da una explicación de este concepto, aplicándolo al caso de la educación.

<sup>8</sup> Para un tratamiento formal de este problema, ver Berhman (1995).

podría favorecer una óptima relación entre suministro y demanda<sup>9</sup>. Nuevamente, este planteamiento se ilustrará tomando como ejemplo el caso de la educación y de la salud.

Con respecto a la calidad, finalmente, un efecto positivo podría darse si el traspaso de responsabilidades es correlativo con un mayor involucramiento de las comunidades subnacionales, y se traduce en una movilización de nuevos recursos que actúe positivamente sobre la calidad de los servicios. Incluso, sin movilización de nuevos recursos, una ganancia de calidad se puede dar con decisiones de mayor eficacia por ser más apropiadas a la situación local.

#### *b) El caso de la educación y de la salud*

Ahora, específicamente en cuanto a la educación y la salud, el tema que se va a enfrentar es si la descentralización es justificable como factor de eficiencia. El punto de partida en esta discusión concierne a la naturaleza de estos bienes. Por un lado, la educación y la salud no son puramente bienes públicos porque su consumo puede ser excluyente y pueden tener precio (cargos a los usuarios). Estas dos características, al mismo tiempo que pueden justificar la provisión privada de estos servicios<sup>10</sup> sugieren que la provisión local podría ser una respuesta a la sobreutilización de los servicios (dado que el cumplimiento de las preferencias locales actúa como desincentivo a la llegada de mucha población a una unidad particular), y se justifica por cuanto los costos de producción podrían ser fácilmente cubiertos. Sin embargo, la educación y la salud son bienes caracterizados por importantes externalidades positivas que se despliegan más allá de la comunidad local, directamente a través de la migración geográfica, e indirectamente a través de su impacto sobre la acumulación de capital humano. En esto se diferencian de otros bienes públicos cuyos beneficios están localizados en una región geográfica específica. Se puede concluir que, en lo que toca a la eficiencia, descentralizar la provisión de estos servicios requiere la utilización de algún mecanismo corrector capaz de entregar los incentivos productivos adecuados<sup>11</sup>.

Respecto a los otros factores que afectan la eficiencia, existen canales a través de los cuales la descentralización debería permitir reducir los costos de la provisión y mejorar los resultados.

Entre los canales de reducción de costos, se pueden mencionar la utilización más intensiva de recursos locales y el mayor involucramiento de la comunidad de usuarios en la gestión, los que debería contribuir a aumentar el control sobre los costos. En el caso de la salud, una reducción de los costos medios podría darse como resultado de niveles más altos de utilización. Hay que destacar, sin embargo, que descentralizar significa perder economías de escala y arriesgarse a aumentar los gastos administrativos y burocráticos. En la educación, por la naturaleza intensiva en trabajo del proceso de producción y su relativa simplicidad técnica (aun si es más complejo que algunos servicios públicos locales como recolección de basuras, transporte urbano, etc.), las economías de escala, estáticas y dinámicas, no son muy

---

<sup>9</sup> Una discusión de este punto se encuentra en Musgrave y Musgrave (1989), Oates (1991) y Klugman (1994). Musgrave, particularmente, desarrolla un interesante análisis sobre el tamaño óptimo de una comunidad para un cierto nivel de servicio.

<sup>10</sup> De acuerdo a Stiglitz (1988), la educación y la salud se definen mejor como "bienes privados públicamente provistos", teniendo muchas de las características de los bienes privados.

<sup>11</sup> Para una discusión de la relación entre la descentralización y las características de los bienes, ver Prud'homme (1995).

importantes. No obstante, en la salud la naturaleza del proceso productivo sugiere que la provisión local del servicio podría implicar mayores sacrificios en materia de costos<sup>12</sup>.

En cuanto a los resultados, la flexibilidad de gestión –más propia de las condiciones locales– y la reducción de los tiempos de decisión son dos de los canales a través de los cuales la reforma debería actuar positivamente sobre la eficiencia de la provisión<sup>13</sup>.

Finalmente, como expresión de eficiencia social, el efecto de la descentralización puede ser bastante fuerte si las preferencias y necesidades locales se manifiestan efectivamente y se encuadran dentro de la combinación de resultados deseados por la comunidad (incluyendo la asignación de prioridades entre educación primaria y secundaria, entre diferentes tipos de servicios básicos de salud y de objetivos de cantidad y calidad, y entre prioridades dentro de los objetivos de calidad, por ejemplo).

### *c) Algunas consideraciones acerca de los modelos de reforma*

Estas consideraciones apuntan a la elección de una reforma descentralizadora que aumenta la autonomía local, limitando la intervención del gobierno en la corrección de externalidades (corrección que efectúa tomando a su cargo una parte del financiamiento). Sin embargo, hay al menos dos tipos de razones que van en la dirección opuesta. El primero: los objetivos y preferencias de las unidades descentralizadas parecieran ser diferentes a los del gobierno central<sup>14</sup>, o no contar con posibilidades de implementación efectiva en el nivel local, animando al gobierno a intervenir para fomentar los intereses nacionales; el segundo: la presencia de incertidumbre e información asimétrica crea un problema de incentivos de difícil solución, que puede terminar llevando a restricciones directas de la autonomía.

Las preocupaciones por la equidad pueden ilustrar el primer tipo de razones. Se toma como referencia el caso de una descentralización fiscal «pura», esto es, una transferencia completa de responsabilidades a las autoridades subnacionales, sin ninguna interferencia ni soporte financiero desde el gobierno central. En el contexto de una población agrupada de acuerdo con preferencias y características razonablemente homogéneas<sup>15</sup> (de ingresos,

---

<sup>12</sup> Aunque la descentralización normalmente concierne solo a los servicios básicos de salud (cuidado básico preventivo, cuidado maternal y del niño, planificación familiar, etc), cuyos procesos de producción no son muy intensivos en tecnología.

<sup>13</sup> Una evaluación crítica de la descentralización administrativa y curricular, aplicada al caso de América Latina, se encuentra en UNESCO/ REDUC (1991). Alguna evidencia sobre la calidad de la escolaridad entregada localmente se encuentra también en Klugman (1994) y Winkler (1991).

<sup>14</sup> Típicamente, las autoridades y burocracias locales se preocuparán de sus propios intereses (su propio poder político y económico) y si representan a la comunidad local, de los intereses y objetivos que haya adoptado su comunidad (desarrollo de la industria local, infraestructura, servicios sociales) que bien pueden entrar en conflicto con los objetivos nacionales (estabilización macroeconómica, objetivos sociales nacionales, logros científicos, credibilidad internacional).

<sup>15</sup> Este tipo de modelo puede de hecho ser observado en muchos países, sobre todo en aquellos del mundo en desarrollo.

antecedentes culturales, conciencia política, habilidades, etc.), que genera heterogeneidad entre las áreas geográficas locales y un razonable grado de homogeneidad (aún con posibles diferencias) al interior de ellas, es fácil prever –por las diferencias de capacidad fiscal y eficiencia entre las áreas– que la distribución de la riqueza entre localidades probablemente empeorará. Si el gobierno se preocupa por la equidad espacial, a causa de su interés en un desarrollo geográfico equilibrado e integrado del país y por su vinculación con la distribución interindividual de la riqueza, encontrará necesario intervenir aumentando el piso del financiamiento central a los servicios, por ejemplo, o asignando este financiamiento según criterios de equidad. A continuación, se mencionan algunos de los instrumentos más importantes a disposición del gobierno central para influir sobre los resultados de un proceso de descentralización:

- Establecimiento de directivas de calidad y cantidad mínima o uniforme de provisión de los servicios sociales.
- Establecimiento de un nivel obligatorio mínimo de gasto público per cápita en la provisión de los servicios sociales.
- Transferencias generales redistributivas que apuntan a reducir la inequidad del ingreso per cápita en los distritos.
- Transferencias generales que apuntan a emparejar los términos en que las jurisdicciones locales pueden suministrar los servicios sociales. Un ejemplo clásico de estas subvenciones es aquella diseñada para permitir que una misma tarifa fiscal produzca el mismo nivel de servicios.
- Transferencias generales condicionadas al cumplimiento de un cierto nivel de provisión de los servicios sociales por parte de la jurisdicción receptora.
- Transferencias específicas (para un sector específico) condicionadas al cumplimiento de un cierto nivel de provisión de los servicios sociales por parte de la jurisdicción receptora.

El segundo tipo de razones se refiere al hecho de que, frente a la información asimétrica entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales y a la incertidumbre acerca de la situación macroeconómica en general, las intervenciones del gobierno pueden fácilmente fomentar situaciones de inequidad e ineficiencia si se efectúan mediante transferencias financieras que no toman debidamente en cuenta estas variables. La existencia de información asimétrica en presencia de objetivos centrales y locales diferentes, crea un problema llamado de “selección adversa”<sup>16</sup>, que puede llevar los gobiernos subnacionales a engañar al gobierno central acerca de sus verdaderas preferencias y condiciones económicas, generando una distribución inequitativa e ineficiente de los recursos centrales. Por otro lado, la existencia de incertidumbre en forma de acontecimientos casuales que afectan el resultado final de cada área (fluctuaciones macroeconómicas, por ejemplo), no predecible *ex ante* ni por el gobierno central ni por el gobierno subnacional<sup>17</sup>, ni tampoco observable *ex post* por el gobierno central<sup>18</sup>, crea

---

<sup>16</sup> Extensamente analizado en Rasmusen (1989) y Kreps (1990).

<sup>17</sup> Si el agente pudiera observar el estado del mundo antes que el acuerdo fuera decidido, eso sería otra vez un caso de “selección adversa”.

<sup>18</sup> Ello, en el marco de objetivos diferentes y bajo el supuesto de que el esfuerzo del agente de producir el resultado no es observable por el principal. Esto es muy posible en vista de los problemas de seguimiento de las acciones realizadas por unidades externas dentro de áreas geográficas pequeñas.

otro problema llamado de "riesgo moral"<sup>19</sup> que puede inducir a los gobiernos subnacionales a minimizar su esfuerzo en la realización de su tarea, alegando mala suerte. Estos dos problemas pueden verse claramente en el cuadro de modelos principal/ agente<sup>20</sup>, donde el gobierno central vendría a ser el principal con determinados objetivos, y los gobiernos subnacionales los agentes con sus propios objetivos<sup>21</sup>. En este cuadro, el problema consiste en cómo puede el gobierno central, en un contexto de información asimétrica e incertidumbre, inducir al agente a realizar objetivos congruentes con los intereses nacionales del modo más eficiente posible. Ciertamente que la solución de este problema no es sencilla<sup>22</sup>, requiere la utilización de una estructura de incentivos que se basa en complejas fórmulas de asignación, tomando en cuenta las variables de condición inicial y de resultado final.

Estos esquemas son costosos para el gobierno central y difíciles de aplicar en la práctica. En esta situación, el gobierno central debería, ante todo, utilizar mecanismos que le permitan negociar contratos más favorables y simples. El mecanismo principal para disminuir el alcance de estos dos problemas consiste en aumentar la cantidad de información del gobierno central, sea a través de una mayor supervisión, sea a través de la recolección de información específica. No siempre, sin embargo, el gobierno escoge este camino y por eso las restricciones directas a la autonomía, a través, por ejemplo, de la utilización de directivas coercitivas, leyes y estatutos que regulan ciertas funciones, son a menudo importantes.

Dependiendo de la estrategia implementada por el nivel central (utilización de restricciones directas, incentivos al comportamiento<sup>23</sup>, y/u otro mecanismo de control), será distinto el grado de autonomía efectivamente otorgado en las principales competencias que comprende la provisión de los servicios educativos y de salud.

Para facilitar una caracterización según grado de autonomía, se agregan seguidamente dos tipologías de modelos que, ubicadas entre los modelos de *devolución* y de desconcentración, amplían las categorías posibles, y se introduce una modificación (efectuada a menudo) en el esquema de una tipología existente. Esta clasificación puede quizás resultar en cierto modo arbitraria y discutible, pero tiene un propósito ordenador de las diversas experiencias.

- i) Categoría de modelos principal/ agente de intensidad débil; o sea, de *devolución* híbrida, que alude básicamente a una transferencia donde el nivel central sigue financiando una parte importante de la provisión, pero a la vez los niveles subnacionales tienen un grado de autonomía elevado o muy elevado en todas las principales funciones. Se mantiene una relación de tipo principal/ agente, aunque leve, con el nivel central.
- ii) Categoría de modelos principal/ agente de intensidad media. Aquí los niveles subnacionales tienen un grado de autonomía relativamente elevado en casi todas las principales funciones, pero siguen respondiendo en gran medida al nivel central por sus

---

<sup>19</sup> Analizado en profundidad por Kreps (1990), Rasmusen (1989), Rees (1985) y Holmstrom y Hart (1987).

<sup>20</sup> Una acabada explicación de la teoría básica del esquema principal/ agente, ampliamente aplicada a las relaciones de empleo y seguros, puede encontrarse en Kreps (1990), Rasmusen (1989), Rees (1985), Hart y Holmstrom (1987) y Ricketts (1986).

<sup>21</sup> Una ejemplificación de modelos de principal/ agente que ilustran estos dos problemas, en el caso de la descentralización de la educación, se encuentra en Di Gropello (1997).

<sup>22</sup> Ver Di Gropello (1997).

<sup>23</sup> Bajo la forma de transferencias financieras generales o específicas, asignadas según criterios predeterminados y condicionadas al comportamiento del receptor.

acciones, debido a una estructura de financiamiento muy dependiente del nivel central y a la sujeción (no solamente teórica, sino efectiva) a normas e incentivos de cierta intensidad puestos por el nivel central. Estos modelos se destacan por el difícil equilibrio entre autonomía y control que caracteriza la relación entre los actores nacionales y subnacionales.

- iii) Categoría de modelos principal/ agente de intensidad fuerte, o sea de desconcentración. Estos consideran la figura del traspaso de responsabilidades a niveles que se sitúan también afuera de la esfera del nivel central. Por lo demás, estos modelos tienen las mismas características del modelo mencionado en la sección 1.

Por último, otras dos dimensiones que habría que tomar en cuenta en una caracterización son: el nivel receptor último al cual llegó la reforma (nivel intermedio, local, o la misma unidad productora de los servicios) y el grado de participación efectivamente alcanzado por la comunidad local en el proceso de toma de decisiones. Una reforma que involucra la unidad productora (establecimiento hospitalario, escuela) y la comunidad de usuarios, traspasándoles responsabilidad sustantiva en la toma de decisiones, tiene un mayor grado de profundidad que una reforma que se queda en un nivel de provisión más distante de los usuarios y que no crea los mecanismos necesarios (organismos de participación, utilización de subsidios a la demanda, y otros) para que estos ejerzan el control de la calidad del servicio entregado y manifiesten sus preferencias.

### III. EL CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Una característica predominante de los países considerados en el estudio es la gran heterogeneidad estructural que define el contexto general de las reformas de descentralización de los servicios sociales. Una evaluación de las estrategias y resultados de un proceso de descentralización no puede prescindir de los contextos político-administrativos y socioeconómicos generales de los países, así como del contexto sectorial. En este capítulo, se presentan una serie de antecedentes de contexto, que proporcionan una idea de los entornos político, social, económico y sectorial de los países, al inicio o durante el proceso de implementación de las reformas.

#### 1. El contexto general de la descentralización

##### a) Contexto político-administrativo

Los países que se analizan en este libro tienen modalidades político-administrativas diferentes, de manera que se distinguen tres países con ordenamiento administrativo de tipo federal, y cuatro de tipo unitario. Por otra parte, tres de estos países poseen una experiencia previa de descentralización fiscal relativamente importante; ellos son Argentina, Brasil y Colombia.

Como se observa en el cuadro 2, existen profundas diferencias entre los sistemas de gobierno de los países que, en general, reflejan una diversa tradición descentralizadora. Tomando como indicador de descentralización la razón "gastos descentralizados/gastos totales", que capta la importancia de los gastos ejecutados por los niveles subnacionales, financiados a partir de recursos propios y transferencias, en relación con el gasto total<sup>24</sup>, se constata que países como Argentina, Brasil y Colombia se caracterizan por un grado importante de descentralización del gasto desde hace más de quince años (cuadro 3). No se disponen de datos anteriores para México, Nicaragua o Bolivia, pero, por lo menos para los dos últimos casos, se sabe que los esfuerzos descentralizadores son recientes<sup>25</sup>. En cuanto a Chile, el monto del gasto descentralizado ha sido siempre muy limitado, principalmente por la casi inexistencia de un nivel intermedio de descentralización.

---

<sup>24</sup> En su defecto, se utiliza el indicador "ingresos descentralizados/ingresos totales".

<sup>25</sup> En Bolivia, por ejemplo, el porcentaje de ingresos tributarios descentralizado a los niveles subnacionales empieza a tener mayor relevancia solamente después de la Ley de Reforma Tributaria de 1986.



**Cuadro 2**  
**SISTEMA Y ESTRUCTURA DE GOBIERNO EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS, AÑO 1996**

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	México	Nicaragua
Sistema de gobierno	Federal	Unitario	Federal	Unitario	Unitario descentralizado	Federal	Unitario
Nivel central	Federal	Nacional	Federal	Nacional	Nacional	Federal	Nacional
Nivel intermedio	23 Provincias más Ciudad de Buenos Aires	9 Departamentos más 112 Provincias	26 Estados más 1 Distrito federal	13 Regiones 51 Provincias	32 Departamentos más 1 Distrito capital	31 Estados más 1 Distrito federal	15 Departamentos más 2 Regiones autónomas
Nivel local	1 110 Municipios	311 Municipios 1 836 Cantones	5 200 Municipios	335 Municipios	1 060 Municipios más 3 Distritos especiales	2 400 Municipios	142 Municipios

**Fuente:** CEPAL/GTZ, 1996; Bisang y Cetrángolo, 1997; Castillo, 1998; Draibe, 1998; Ornelas, 1997a, b; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Vargas y Sarmiento, 1997a.

**Cuadro 3**  
**INDICADORES BÁSICOS DE DESCENTRALIZACIÓN FISCAL EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS**

	Gastos descentralizados/ Gastos totales a/	Financiamiento del gasto de los gobiernos subnacionales		
		Facultad de los niveles subnacionales para recaudar ingresos	Transferencias desde el nivel central	
			Generales	Específicas
Argentina	48% (1992) 54% (1980)	Sí, tanto los estados como los municipios	La mayoría (coparticipación de impuestos)	Para algunos sectores específicos
Bolivia	56% (1994)b/ 42.8% (1993) 30% (1994)c/ 17.5% (1993)	Sí, tanto los departamentos como los municipios	Coparticipación tributaria: municipalidades y departamentos	Transferencias del tesoro general de la nación
Brasil	48% (1992)d/ 34 % (1980) 40.5% (1960)	Sí, pero tradicionalmente restringida para los municipios En aumento	Coparticipación tributaria: municipalidades y estados	Para algunos sectores
Chile	3.6% (1992) 4.7% (1980)	Restringida, no existe la posibilidad de modificar las tasas locales impositivas	No	Específicas para salud, educación, inversión
Colombia	45% (1990) 38% (1980) 5% (1990)e/ 9.4 % (1980)	Bastante restringida, pero en aumento	Coparticipación de impuestos a nivel municipal y transferencias a departamentos	Específicas para inversión
México	Aprox. 50% (1992)f/	Sí, tanto los estados como los municipios, pero en regresión	Coparticipación de impuestos	Para varios sectores
Nicaragua	Aprox. 25% (1992)g/	Sí, a nivel municipal, pero cada vez más centralizado	Montos muy reducidos de coparticipación, montos más amplios en proceso de aprobación	Para varios sectores

**Fuentes:** Elaborado en base a CEPAL/GTZ, 1996; Wiesner, 1994; Bisang y Cetrángolo, 1997; Castillo, 1998; Draibe, 1998; Ornelas., 1997a, b; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Vargas y Sarmiento, 1997a; Galindo y Medina, 1995; Afonso, 1995;.

**Notas:** a/ Se refiere a los gastos ejecutados por los subniveles de gobierno en relación con los gastos totales b/ Ingresos tributarios totales descentralizados (transferencias + recursos propios)/Ingresos tributarios totales; c/ Misma relación que arriba, pero incluye solamente las municipalidades; d/ Se refiere a los ingresos descentralizados totales en relación con los ingresos totales; e/ Sólo para las municipalidades; f/ Ingresos descentralizados/Ingresos totales públicos; g/ Ingresos tributarios descentralizados/Ingresos tributarios totales.

Estas diferencias se deberían reflejar en una distinta experiencia de gestión institucional y financiera de los subniveles de gobierno entre los países analizados, facilitando el posterior traspaso de responsabilidades en los países cuya experiencia de descentralización es más antigua y de mayor alcance. En síntesis, es posible suponer que en los niveles subnacionales de los países que poseen un mayor grado de descentralización existirá un nivel más alto de capacidades técnicas y administrativas, así como una infraestructura institucional más desarrollada, que en los otros países. Este supuesto se ve reforzado si se considera que tradicionalmente en estos países se han privilegiado las transferencias generales, esto es, transferencias no vinculadas a un sector de gasto específico, por sobre las transferencias de naturaleza específica, proporcionando en consecuencia una mayor autonomía de gestión a los subniveles nacionales, lo que permite fortalecer las instituciones intermedias y locales. En forma similar, es posible admitir que en países con mayor experiencia de descentralización los gobiernos centrales o federales presentan una mayor propensión a delegar responsabilidades, que en países que carecen de esta experiencia

#### *b) Contexto socioeconómico*

En el contexto socioeconómico, también, se destaca la heterogeneidad entre los países analizados. En particular, Bolivia y Nicaragua no tienen un nivel de ingreso comparable con los otros cinco, y al inicio de los procesos de descentralización de la educación y de la salud se caracterizaban por un alto déficit fiscal. Esto, los coloca en una situación particularmente difícil para implementar una reforma de esta complejidad, que necesita un fuerte apoyo financiero y técnico del gobierno central. La relación entre el déficit fiscal y la reforma de descentralización plantea el tema de la secuencia entre reformas macroeconómicas y microeconómicas. Planear una descentralización durante un período de crisis fiscal en países con una escasez generalizada de recursos financieros, requiere que la economía sea receptora neta de recursos externos o que esté creciendo suficientemente para producir recursos internos que puedan reducir la brecha fiscal y financiar directamente la reforma. En este sentido, Bolivia se encuentra en una situación más favorable que Nicaragua por encontrarse en una fase de crecimiento (cuadro 4).

Con respecto a los indicadores de desarrollo humano, los países analizados se pueden agrupar en tres categorías (cuadro 4). La primera, que incluye a Argentina y Chile, se caracteriza por bajos niveles de pobreza, mortalidad infantil y analfabetismo, reflejando una calidad de vida satisfactoria. La segunda, que comprende Colombia y México, se caracteriza por niveles intermedios de los indicadores mencionados. Y, la tercera, compuesta por Bolivia, Brasil y Nicaragua, registra elevados niveles de pobreza, mortalidad infantil y analfabetismo, reflejando los graves problemas sociales que enfrentan todavía estos países.

En este contexto, además de los indicadores promedio de la condición socioeconómica del país, al momento de evaluar los riesgos y potencialidades de una reforma de descentralización de los servicios sociales resulta muy importante considerar la distribución territorial de estos indicadores así como la estructura de la distribución de la población en el territorio (esta última dimensión se muestra en los gráficos 1 al 8). Esto, por dos razones principales. En primer lugar, las disparidades territoriales constituyen la justificación principal de un proceso de descentralización, pero también pueden ser la causa del impacto negativo de la reforma sobre la equidad espacial. En este sentido, es necesario examinar con atención las disparidades poblacionales y de condiciones socioeconómicas preexistentes. Esto permitirá evaluar ese riesgo y, por tanto, establecer la estrategia de descentralización (velocidad, secuencia entre áreas geográficas, atribución de competencias y niveles involucrados, medidas complementarias, etc.) que más se adapta a las características del país. En segundo lugar, un

mapa territorial de disparidades contribuye a determinar el nivel proveedor de los servicios más apropiado.

Un análisis de la distribución por tamaño de la población de los municipios<sup>26</sup>, en los países que disponen de información, permite reconocer un predominio de los municipios con menos de 30 000 habitantes, que representan entre el 71% (en Chile) y el 90% (en Bolivia) del total (gráficos 1 al 5). Este primer aspecto permite destacar que si bien el reducido tamaño de los municipios facilita el acercamiento de las autoridades a la población -siempre que esta población no esté excesivamente dispersa en el territorio- plantea una serie de problemas con respecto a la existencia de capacidades financieras y humanas locales adecuadas para enfrentar las nuevas responsabilidades. Esta situación se agrava en los casos de correlación positiva -que se dan a menudo- entre un menor tamaño y un mayor nivel de ruralidad.

Con respecto a la agudización potencial de las disparidades territoriales que puede producir la descentralización, el riesgo es tanto más elevado cuanto más heterogénea es la estructura comunal del país, atendido el tamaño y desarrollo de las localidades. Al respecto, en países como Brasil, Chile y Nicaragua, que cuentan con una estructura claramente heterogénea de comunas por población (gráficos 2, 4 y 5), e indicadores de pobreza y bienestar<sup>27</sup> es fácil suponer que sin las medidas redistributivas o compensatorias necesarias el impacto de la reforma sobre la distribución territorial de los recursos será particularmente importante.

Finalmente, comparando Brasil, Argentina y México, países de los que se recolectaron datos a nivel intermedio, los dos últimos se caracterizan por una concentración espacial en provincias o estados de menos de 3 millones de habitantes (más del 70 por ciento); lo contrario sucede en Brasil, donde existe una repartición equitativa entre estados con más de 3 millones y menos de 3 millones de habitantes (gráficos 6, 7 y 8). Lo que puede sugerir esta comparación es que Argentina y México, por el moderado tamaño de sus niveles intermedios, pueden no tener la misma necesidad que Brasil de descentralizar la provisión de los servicios en un nivel territorial menor.

---

<sup>26</sup> Aunque con respecto a esta dimensión sería importante considerar también la densidad poblacional.

<sup>27</sup> Ver Di Gropello, (1997).

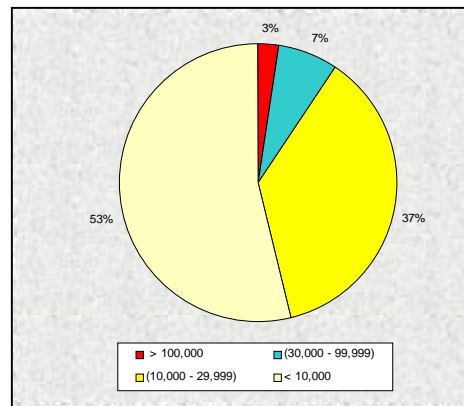
**Cuadro 4**  
**INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN PAÍSES SELECCIONADOS**

	Porcentajes		Indicadores de desarrollo humano				Indicadores económicos		
	Población nacional en millones de habitantes (1993)	Población rural (1990)	Pobreza (porcentaje de hogares)	Razón entre ingreso medio 10% más rico y 40% más pobre a/	Tasa de mortalidad infantil b/ (1990-1995)	Porcentaje de población analfabeta c/ (1990)	PIB per cápita 1995 (en dólares de 1990)	Déficit fiscal del gobierno central g/ (en porcentaje del PIB)	Tasa de crecimiento del PIB g/ (en porcentaje)
Argentina	34	13.8	10 (1992)	8.3 (1992)	23.2	4.7	5 429	-3.0 (1977) 0.1 (1992)	-2.1 (1980/85) 9.5 (1992)
Bolivia	8	48.6	50 (1992)	12.3 (1992)	75.1	20.6	856	-5.8 (1993) e/	4.1 (1993)
Brasil	157	23.1	42 (1990)	17.3 (1990)	57.7	18.9	3 152	--- f/ 1.4 (1990) e/	7.5 (1965/70) 1.3 (1980/90) 4.5 (1993)
Chile	14	14.4	28 (1992)	12.1 (1994)	14.0	5.7	3 004	4.5 (1980)	-0.5 (1980/85)
Colombia	34	29.7	36 (1993) d/	10.7 (1992)	37.0	13.3	1 431	-0.2 (1992) e/	3.8 (1992)
México	90	27.4	37 (1992)	8.4 (1992)	34.0	12.4	2 784	1.4 (1992) -0.8 (1995)	3.7 (1992) -6.6 (1995)
Nicaragua	4	40.2	50 (1993)	22 (1994)	52.1	13.0	386	-7.3 (1993)	-0.4 (1993)

**Fuentes:** CEPAL, 1995 b; Cominetti y Ruiz, 1997; UNESCO, 1996; CEPAL, 1995 a; CEPAL, Estudios Económicos, varios años.

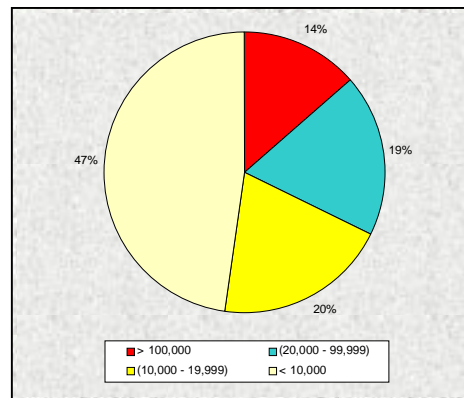
a/ Sector urbano. b/ Por mil nacidos vivos. c/ De 15 años y más. d/ Según necesidades básicas insatisfechas. e/ Sector público no financiero. f/ En los años setenta, desde que se dispone de información, se registraban superávits poco confiables. g/ Las fechas para las cuales se presenta la información se refieren a las fechas de inicio de los episodios más relevantes de descentralización de la educación y de la salud en los países analizados.

**Gráfico 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN BOLIVIA (1995)**



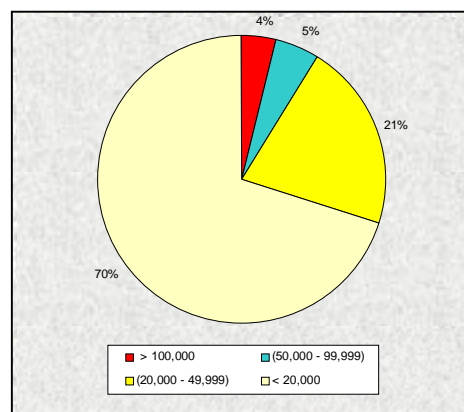
Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano, 1996.

**Gráfico 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN BRASIL (1991)**



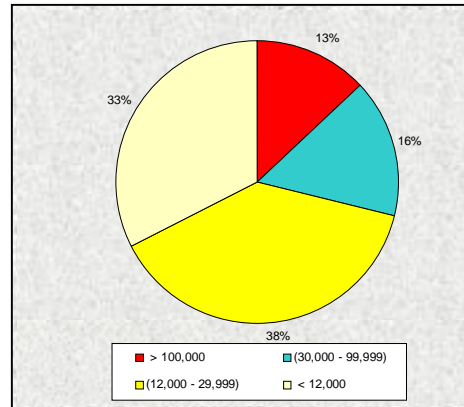
Fuente: IPEA, 1995.

**Gráfico 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN COLOMBIA (1995)**



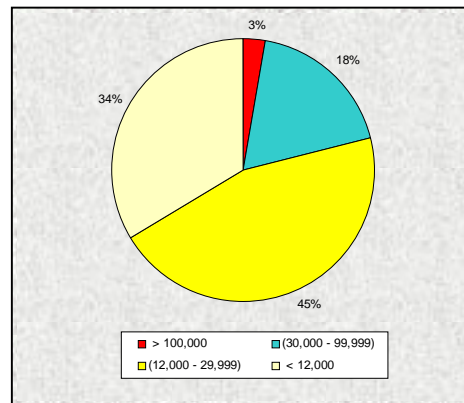
Fuente: Departamento Nacional de Planeación, 1996.

**Gráfico 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN CHILE (1990)**



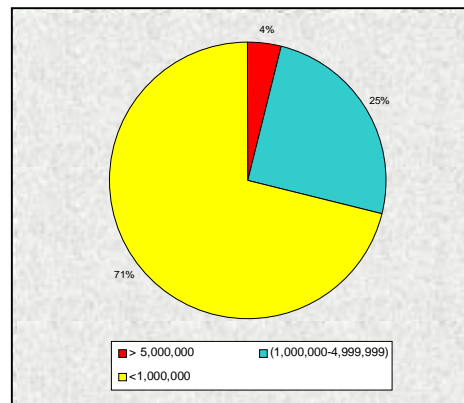
Fuente: UNICEF, 1994.

**Gráfico 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN NICARAGUA (1995)**



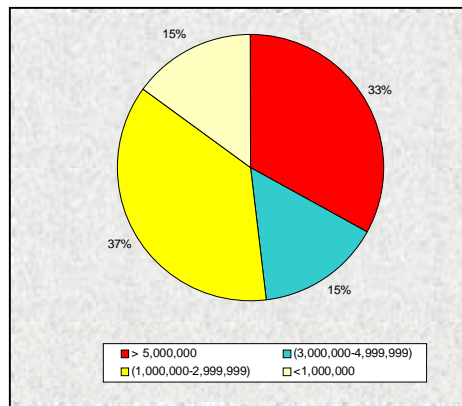
Fuente: Arcia, Mendoza y Iachan, 1996.

**Gráfico 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE PROVINCIAS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN ARGENTINA (1991)**



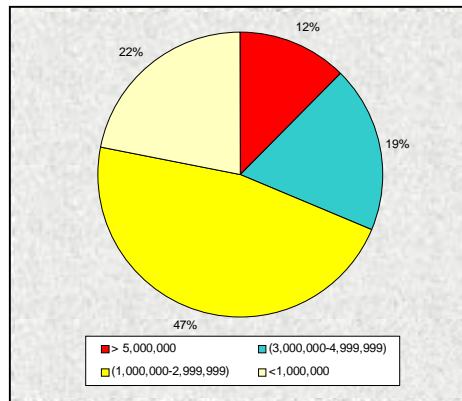
Fuente: INDEC, 1995.

**Gráfico 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE ESTADOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN BRASIL (1991)**



Fuente: CELADE, 1996.

**Gráfico 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE ESTADOS POR TAMAÑO DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO (1993)**



Fuente: Ornelas, 1997a,b.



## 2. El contexto sectorial

### El contexto de las reformas del sector educación

#### a) Principales desafíos y tendencias en el sector educativo

La situación educativa de América Latina es, al principio de los años noventa, todavía insatisfactoria en comparación con la situación imperante en otras regiones del mundo con un nivel de desarrollo similar. Con apenas 5.2 años de escolaridad promedio de la población adulta, en 1996, la región tiene un atraso de aproximadamente dos años con respecto a países de nivel de desarrollo equivalente. Además, y esto es probablemente el problema más grave, la calidad de la educación impartida es insatisfactoria. Esto resalta al observar tanto los indicadores de repetición como los resultados de exámenes internacionales de rendimiento. Los primeros son elevados según estándares internacionales: en 1989, menos de la mitad de todos los estudiantes de enseñanza primaria dieron término al ciclo de seis años de escuela en seis años. Los segundos son, por lo general, inferiores a los resultados de otros países<sup>28</sup>. Además, repetición y rendimiento empeoran claramente al bajar de nivel socioeconómico, planteándose también un grave problema de equidad. Estos resultados, por su impacto sobre la acumulación y la difusión de capital humano, son en parte responsables de la tasa de crecimiento relativamente baja de la región en su conjunto y de los niveles de inequidad, tradicionalmente muy elevados.

En los sistemas educativos de América Latina, se privilegiaron las políticas de acceso al servicio hasta los años ochenta. Sin embargo, en la medida que se lograron las metas de cobertura, por lo menos en la educación primaria, empezaron a plantearse nuevos desafíos. El logro de las metas de universalización del acceso incorporó grandes masas a la educación, y la escuela ahora tiene que hacerse cargo de la diversidad cultural, social y étnica de la población que atiende. El primer desafío consiste en cómo mejorar la calidad del servicio entregado, dada esta diversidad. El segundo, en cómo combinar calidad con equidad, para que las mejoras de calidad no queden reservadas solamente para unos pocos.

Con respecto a la equidad, este concepto ha ido cambiando su significado en el tiempo. Se ha pasado de una visión de la equidad como igualdad de acceso (o sea igualdad en los medios de instrucción), a igualdad de resultados. Este nuevo concepto supone una distribución de medios progresiva (más recursos, más tiempo de aprendizaje, más asistencia para los más desfavorecidos). A pesar de la recuperación del gasto que se verificó en la década del 90, los recursos siguen escasos para los problemas de gran magnitud que es necesario solucionar. En este sentido, no sorprende que el concepto de "focalización" (concentración de medios en los grupos más vulnerables) se haya convertido en uno de los ejes de la nueva política educativa a favor de una mayor equidad.

En cuanto a la calidad, ha sido poco a poco incorporada en la agenda de todos los gobiernos, a partir de 1980. En estos años, sin embargo, se debatió más en torno al concepto (¿que es una educación de calidad?) que a las estrategias específicas para lograr mejoras. En los hechos, la caída del gasto por alumno en educación primaria de 164 dólares a 118 dólares

---

<sup>28</sup> Ver Schiefelbein (1995).

entre 1980 y 1989<sup>29</sup>, caída casi generalizada que se enmarca en las políticas de ajuste que caracterizaron el período<sup>30</sup>, contribuyó a agravar el déficit educativo en lo que respecta a calidad. Sobre todo si se considera que, en la mayoría de los países, la cobertura siguió aumentando.

Es en los años noventa que la concepción de políticas para el mejoramiento de la calidad educativa se ha vuelto un tema clave. La recuperación del gasto ha ido acompañada de medidas de fortalecimiento institucional, capacitación de docentes, provisión de insumos, y otras, destinadas específicamente a mejorar la calidad de la provisión. Estos programas, sin embargo, no siempre son eficaces. Pasar de objetivos de cantidad a objetivos de calidad requiere un cambio radical de enfoque. Es necesario adoptar una estrategia más global de acción que incorpore cambios en la organización misma de la provisión, introduzca incentivos para una producción de calidad y sistemas de evaluación de esta calidad. Se necesita información sobre todas las variables que pueden contribuir a mejorar las condiciones de aprendizaje. Tradicionalmente, en América Latina la actividad de los sistemas escolares ha estado al margen de la preocupación por informar acerca de lo que enseña, de cómo lo hace y de los resultados que obtiene. Es necesario una mayor transparencia en la gestión. Además, para que la calidad mejore en los contextos y situaciones tan diferentes de cada país, es necesario involucrar a todos los actores en el mejoramiento de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Entre las reformas más prometedoras desde el punto de vista de la calidad, se pueden incluir las reformas de descentralización de los servicios educativos y la creación de competencia entre las escuelas impulsada por la utilización de subsidios a la demanda. Estas medidas generan mayores incentivos a la eficiencia en la provisión. Además, suponen niveles activos de participación de la comunidad y, por lo tanto, se sustentan en la difusión de información y la transparencia del sistema educacional.

#### *b) Indicadores y características básicas del sector educativo*

##### *Indicadores básicos de educación*

En algunos de los países analizados, las reformas descentralizadoras de mayor alcance ocurrieron en los años ochenta, incluso antes, mientras que en otros las reformas de este tipo son mucho más recientes. Esto, como quedará claro más adelante, determina el hecho de que las reformas se iniciaran por motivaciones distintas: más bien de carácter fiscal en los años ochenta, y de orden político o de búsqueda de la eficiencia en los años noventa, con consecuencias sobre la implementación y diseño de las reformas.

Además de las diferencias de contexto entre los años ochenta y los años noventa, que determinaron un punto de partida claramente diferente para las reformas de “primera” y “segunda” generación, las reformas de descentralización de cada uno de los países se encuadran no solamente en un marco macroeconómico sino también sectorial, propio.

En los países de los que se dispone de datos de gasto anteriores a las reformas, se pueden diferenciar los casos de Bolivia, Chile y Nicaragua –que gastaban el 4% o más de su producto interno bruto (PIB) en educación– de los de Colombia, Argentina y México que no alcanzaban

---

<sup>29</sup> Ver Wolff, Schiefelbein y Valenzuela (1993).

<sup>30</sup> Ver Cominetti y Di Gropello (1994) para un análisis de la evolución del gasto social en un contexto de ajuste fiscal.

a más del 3% (cuadro 5). Las diferencias no son muy marcadas, pero pueden mostrar un distinto grado de compromiso con la educación en los países analizados, al principio de las reformas<sup>31</sup>. Independientemente de su esfuerzo, países como Bolivia y Nicaragua no alcanzan a gastar más de 40 dólares per cápita en educación. Esto ilustra el hecho de que el esfuerzo de gasto necesario con relación al PIB varía de país a país, y que en países pobres, con la ayuda de recursos de distintas fuentes, tal esfuerzo debería ser más elevado. Además de los niveles iniciales de gasto, resulta importante examinar la evolución de este durante la implementación de la reforma, con el fin de evaluar el entorno en el cual se han desarrollado los procesos. Como ya se adelantó, en los años ochenta el gasto educativo se redujo, en cifras reales, en la mayoría de los países (incluyendo a Chile y Argentina), recuperándose posteriormente. Esto favoreció las nuevas reformas que se han implementado generalmente en contextos de gasto creciente (es el caso, por ejemplo, de Bolivia, Colombia y México, como aparece en el cuadro 5).

Con respecto a los indicadores de cobertura y rendimiento de la educación (cuadro 5), se destacan las difíciles condiciones de países como Bolivia, Brasil y Nicaragua al principio de sus procesos de descentralización en comparación con los demás. Esto plantea desafíos particularmente fuertes para estos países.

Finalmente, cabe mencionar la importancia del grado de heterogeneidad territorial en los indicadores de cobertura y rendimiento que se observa en casi todos los países<sup>32</sup>, reflejo de estructuras ya descentralizadas de los servicios o de condiciones socioeconómicas de partida muy distintas, combinadas con una ausencia de políticas compensatorias.

---

<sup>31</sup> En la mayoría de los países analizados, no se pudo desagregar el gasto en educación superior del gasto total para obtener el gasto en educación primaria y secundaria, así que se escogió presentar datos de gastos totales. Considerando que la descentralización solamente se refiere a la educación primaria y secundaria, sería necesario efectuar esta desincorporación. En todo caso, el gasto en educación superior representa, por lo general, solamente una pequeña parte del gasto total en educación de los países.

<sup>32</sup> Ver Di Gropello (1997).

**Cuadro 5**  
**INDICADORES BÁSICOS DE EDUCACIÓN**

	Gasto en educación			Recursos humanos	Indicadores de resultados	
	En porcentaje del PIB	Per cápita d/	En porcentaje del GPT e/	A/M f/	Tasa de escolaridad bruta (secundaria)	Tasa de repitencia g/
Argentina	2.6 (1970/1977); 3.6 (1994) a/	n.d.	n.d.	18	56 (1980); 70 (1990)	23.6
Bolivia	3.1 (1991); 4.4 (1994) b/	23; 35	21; 22	20	37 (1990)	24.4
Brasil	4.6 (1990) c/	76.3	12.9	23	16 (1970); 34 (1980); 39 (1990)	48.1
Chile	4.3 (1980); 2.8 (1994) b/	68.2; 67.4	15.4; 13.4	25	61 (1980); 72 (1991)	11.2
Colombia	2.4 (1991); 3.2 (1994) b/	31.0; 44.0	10; 12	30	55 (1990)	23.5
México	3 (1991); 4.5 (1994) b/	58.4; 86	22; 27	30	55 (1992)	18.9
Nicaragua	4.4 (1993) b/	36	18.7	31	49 (1992)	47.5

**Fuentes:** Cominetti y Ruiz, 1997; UNESCO, 1996; CEPAL, 1995 a.

**Notas:** a/ SPNF (Sector Público no Financiero); b/ GC (Gobierno Central); c/ GG (Gobierno General); d/ En dólares de 1987; e/ GPT = Gasto público total; f/ A/M = Alumnos/Maestro - primer grado (1991); g/ Primeros seis grados (1991).

### *Algunas características de la provisión*

Analizando algunos indicadores más específicos de las características de la educación en cada país (duración de los ciclos de estudio, estructura de provisión del servicio), es obvio el predominio del sector público en la provisión del servicio en todos ellos, con mayor presencia en el nivel primario que en el secundario (cuadro 6). Esto refleja la persistente influencia de este sector en los países de América Latina, a pesar de las nuevas tendencias hacia la privatización del servicio (sobre todo en la enseñanza secundaria). Solamente en Chile el sector público perdió realmente importancia, a partir de las reformas de principios de los años ochenta que favorecieron el desarrollo de los establecimientos privados, asignándoles el mismo subsidio que a las escuelas públicas recientemente municipalizadas.

Por el contrario, y reflejando los distintos niveles de ruralidad de los países, la proporción de la matrícula urbana/rural difiere bastante de un país a otro (cuadro 6). Pese a ello, es posible agruparlos en dos categorías. Aquellos países con una matrícula rural que fluctúa en alrededor del 40% de la matrícula total (Bolivia, Nicaragua y México) y aquellos con una matrícula rural que bordea el 20% del total (los demás). En la primera categoría de países, las ventajas de un proceso de descentralización de la educación pueden ser mayores por las tradicionales dificultades que enfrenta un sistema centralizado para cubrir las áreas rurales, aunque, al mismo tiempo, al ser más elevado el costo de la provisión en estas áreas, aumenta la masa de recursos necesaria.

También se diferencian notablemente los países por el grado de descentralización del servicio existente antes de las reformas analizadas en este trabajo. Situación ilustrada por la distribución de los establecimientos según nivel territorial (en el caso de los países federales) y por los esfuerzos de descentralización de la educación realizados antes de las reformas de mayor alcance, en los países unitarios (cuadro 6). Como se destaca en el cuadro, aproximadamente el 50 por ciento de los establecimientos de enseñanza primaria y secundaria ya pertenecían al nivel provincial antes de las reformas de descentralización en Argentina, y más del 60 por ciento de los establecimientos de educación primaria eran ya de responsabilidad municipal, en 1980, en Brasil<sup>33</sup>. A su vez, en México, aproximadamente el 25 por ciento de la matrícula de la enseñanza primaria y secundaria ya era estadual antes de la reforma de 1992. En cuanto a Colombia y Nicaragua, desde mediados de la década del 80 han implementado esfuerzos de descentralización educativa. Como en los casos de existencia previa de una estructura descentralizada de gobierno, la preexistencia de algún grado de descentralización de los sistemas de provisión del servicio debería favorecer el traspaso de nuevas responsabilidades, por la capacidad institucional que, supuestamente, debería existir como consecuencia de ello.

---

<sup>33</sup> En Brasil, la educación primaria nació prácticamente ya descentralizada, con la coexistencia de los sistemas estaduais y municipales de educación, reconocidos formalmente desde 1930.

**Cuadro 6**  
**CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA DE LA PROVISIÓN DE LA EDUCACIÓN EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS**

	Sistema de educación general básica (número de años)		Matrícula del sistema de educación (porcentaje de la matrícula total, sector público)		Matrícula del sistema de educación (porcentaje de la matrícula total sector rural)	Evidencia de descentralización previa de la educación en cada país
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	
Argentina	7	5	81 (1991)	71 (1990)	n.d.	-El 53% de los establecimientos primarios eran ya de responsabilidad provincial en 1970 y el 51% de los establecimientos secundarios lo eran en 1986 -El 55.8% de la matrícula de educación primaria era ya provincial en 1970 y el 37% de la matrícula de educación secundaria lo era en 1986 -El 63.6 % del gasto en educación primaria venía ya ejecutado por las provincias en el período (70/77)
Bolivia	3 (básico), 5 (intermedio)	5 (medio)	89 (1991)	74 (1990)	40 (1991)	-No hay evidencia de descentralización previa
Brasil	8 (fundamental)	3 (medio)	88.4 (1994)	80 (1994)	22.1 (1989)	-En el 1970, las regiones norte, nordeste, centro-oeste y sur contaban ya con más del 50% de establecimientos municipales -En el 1981: las escuelas municipales se habían ulteriormente desarrollado llegando a representar el 80% de los establecimientos del norte, nordeste y centro-oeste. De hecho, en 1980, el 65.3% de los establecimientos de educación primaria (fundamental) eran de responsabilidad municipal. El 52.8% de la matrícula, sin embargo, es estadual.
Chile	8 (básico)	4 ó 5 (media)	60.5 (1992)	51.4 (1992)	16.2 (1991)	-No hay evidencia de descentralización previa
Colombia	5	6	82.8 (1994)	62.4 (1994)	21.1 (1991)	-Durante el período (86-91) los municipios han sido responsables para la administración de las escuelas primarias y secundarias, incluidas las asunciones, traslados y administración del personal docente
México	6	3	92.8 (1992)	91.8 (1992)	35.7 (1991)	-El 22.5% de la matrícula de educación primaria era estadual así como el 23% de la matrícula de educación secundaria en 1991
Nicaragua	6	3	86 (1995)	74 (1995)	43 (1991)	-A partir de 1987 han habido esfuerzos de desconcentración administrativa de la educación hacia las Direcciones regionales y los municipios

**Fuentes:** Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Draibe, 1998; Vargas y Sarmiento, 1997b; Castillo, 1998; Ornelas, 1997a; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996.

## El contexto de las reformas del sistema de salud

### a) *Características y desafíos de los sistemas de salud*

En general, la trayectoria de los sistemas de salud en América Latina ha estado marcada en su origen por una historia común de desarrollo desarticulado. En efecto, desde sus inicios, la organización de los sistemas de salud en la región se ha caracterizado por la ausencia de planificación y el surgimiento de estructuras que reflejan respuestas de grupos específicos de la población a necesidades coyunturales de salud. Esto dio origen en una primera etapa a sistemas relativamente poco articulados y muy heterogéneos.

En una segunda etapa, diversos países procedieron a unificar los sistemas de salud estableciendo sistemas nacionales de salud fuertemente centralizados. Durante esta fase, los sistemas públicos de salud se transformaron en los principales agentes en el ámbito de la provisión de los servicios de salud. La unificación de los sistemas de salud significó un avance ya que redujo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, y contribuyó adicionalmente a racionalizar la asignación de los recursos y aprovechar la existencia de economías de escala en algunos casos.

Sin embargo, el esquema de un sistema estatal fuertemente centralizado, comenzó a manifestar los primeros síntomas de agotamiento en el nuevo contexto de reformas que privilegian la liberalización de los mercados y la incorporación del sector privado a las actividades de provisión y distribución de los servicios sociales.

En general, la oferta de servicios de salud se organiza en torno a dos sistemas de prestación de servicios: un sector público que atiende a la población vulnerable y un sistema de seguros de salud, que en algunos casos está transformándose de sistema colectivo en uno de carácter individual, como ocurre en Chile, Argentina y Colombia. Hay una serie de reformas concurrentes en el sector salud, que tienden a modificar la estructura del sector tales como la introducción de mecanismos de mercado en algunos segmentos del sistema de salud.

Los problemas del sistema público de salud se derivan del fuerte deterioro de su infraestructura, la falta de recursos para financiar los gastos operacionales, y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión de los recursos. Por otra parte, la excesiva centralización que caracteriza a la mayoría de los sistemas de salud de la región, no respeta las naturales diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos e impide que los programas de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales. El principal desafío que enfrenta el sistema de salud público se relaciona con el desarrollo de un sistema de gestión descentralizado y flexible, que sea capaz de adaptarse a las demandas que le plantea el surgimiento de un sistema privado fuertemente competitivo.

La estructura actual de los sistemas públicos de salud en América Latina limita las posibilidades de un manejo flexible de la oferta de planes de salud, lo que no permite que los afiliados reconozcan la relación entre sus aportes y los beneficios que les entrega el sistema. Por otra parte, la falta de flexibilidad de los planes de salud que ofrece el sector público contribuye a la creación de subsidios cruzados al interior del sistema público. Por último, la privatización de los sistemas de salud en algunos países, ha acentuado la regresividad del sistema en su conjunto.

En efecto, en aquellos países que han implementado reformas dirigidas a ampliar la participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud, el traslado masivo de

cotizantes de altos ingresos al sistema privado, ha reducido en forma significativa los recursos del sistema público que eventualmente pudieran utilizarse para redistribuir los beneficios del sistema hacia los grupos de ingresos bajos.

Otra característica de los sistemas de salud desarrollados en América Latina es su marcado grado de fragmentación y estratificación, observándose una ausencia de integración y coordinación entre los diversos subsistemas. En general, coexisten diversos subsectores (público, privado y seguridad social) que tienen una estructura y esquemas de funcionamiento no necesariamente coincidentes. La segmentación institucional y funcional de los sistemas de salud, sumada a las debilidades en materia de coordinación, han tendido a generar cierto grado de superposición en cuanto a los beneficiarios, subsidios cruzados regresivos, e ineficiencias en la provisión de servicios de salud.

La naturaleza y variedad de las interrelaciones que se establecen entre los diferentes subsistemas han dado origen a complejos modelos de salud mixtos, complejidad que se tiende a reproducir al interior de cada subsector. El grado de importancia de cada subsistema varía entre países, siendo en general el sector público el prestador de los servicios de mayor importancia.

Los problemas que caracterizan la situación actual de los sistemas de salud en la región han estimulado una serie de reformas que persiguen mejorar la eficiencia y el impacto distributivo del gasto sectorial, con la finalidad de lograr una ampliación en la cobertura y el mejoramiento en la calidad de los servicios, sin mediar necesariamente una expansión en el nivel de gasto.

Entre los elementos orientadores de las reformas se pueden mencionar los intentos de avanzar hacia sistemas unificados e integrados de salud, la descentralización de la gestión, y la modificación en la asignación presupuestaria tendiente a incorporar la descentralización del gasto y una progresiva sustitución de los tradicionales mecanismos de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda. En algunos casos, la participación privada en la provisión y aseguramiento de los servicios de salud es un elemento central de las reformas de salud.

En ese contexto, se han impulsado diversas acciones tendientes a redistribuir las responsabilidades del subsistema público, dando origen a modelos mixtos en los cuales los niveles subnacionales pasan a tener un papel más activo en la provisión del servicio de atención primaria de salud. Como se verá más adelante, algunos países han implementado programas parciales de descentralización de salud, observándose así diversas etapas dentro de un proceso orientado a transferir en forma creciente las responsabilidades de la provisión de salud a los niveles subnacionales.

Los procesos de descentralización del sector salud que se han comenzado a implementar se insertan en un contexto de restricciones fiscales que enfatiza la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y de fuertes desigualdades territoriales en la distribución de recursos vinculados a la provisión de servicios de salud. Además, es importante tener en cuenta que las reformas se han diseñado sobre sistemas de organización de las prestaciones con historia propia y muy específicos de cada país, los cuales sufren modificaciones como consecuencia de este proceso de cambio. Los procesos de descentralización modifican la distribución de los recursos y el esquema de prioridades prevaleciente.

#### *b) Indicadores básicos del sector salud*

La complejidad de la estructura de la oferta pública de salud dificulta la identificación de los componentes de gasto por nivel de complejidad de la atención de salud. En efecto, en diversos



países los hospitales, considerados unidades que proveen servicios de salud de mayor complejidad, proveen al mismo tiempo servicios de atención primaria. Los sistemas de información presupuestaria, por su parte, que son elaborados usualmente de acuerdo a un enfoque institucional, generan datos sobre gasto público total en salud, independientemente del grado de complejidad de la atención, y en consecuencia no permiten detectar la importancia relativa de la atención primaria de salud dentro del gasto público en salud, lo que limita el análisis de contexto sectorial. Por otra parte, otro factor que limita el análisis de contexto y la evaluación de las reformas lo constituye el hecho de que, en el sector salud, la disponibilidad de indicadores de insumos y resultados que sean comparables entre países y en el tiempo es más restringida que en otros sectores.

Con respecto al gasto, el indicador de gasto total en salud (público, privado y seguridad social) que se registra para América Latina se encuentra generalmente por debajo del monto destinado a nivel mundial. Se estima que en promedio el gasto total en salud en los países industrializados se aproxima al 7.8% del PIB y, como se observa en el cuadro 7, salvo en el caso de Colombia el gasto total en salud de los países seleccionados en este estudio es inferior a esa cifra. Sin embargo, los países seleccionados alcanzan en su mayoría el nivel promedio de la región que en 1990 era de 5.7% del PIB (PAHO, 1995), correspondiendo algo más del 40% a gasto público. Entre los países analizados, destacan los casos de Nicaragua y México por su menor gasto relativo, medido como porcentaje del PIB. Debido al diferente grado de desarrollo de los países seleccionados, la heterogeneidad del gasto en salud entre ellos aumenta al utilizar como indicador el valor real per cápita, observándose diferencias superiores a cinco veces entre los países analizados.

Las diferencias en las estructuras organizativas de los sistemas nacionales de salud pueden ilustrarse al comparar el peso del sector público en el gasto total de salud, que oscila entre 74% en Nicaragua y menos del 40% en diversos países de la región.

Finalmente, con respecto a la evolución del gasto público en salud en estos países, cabe señalar que en general el gasto real per cápita tendió a decrecer durante los años ochenta, tendencia que se revirtió a partir de comienzos de la década del 90, superándose los niveles anteriores.<sup>34</sup>

En cuanto a indicadores no monetarios de salud, en el cuadro 8 se entregan algunos datos de resultados e insumos en los países analizados. Es posible distinguir un grupo de países relativamente bien posicionados en sus indicadores de resultados (Argentina, Chile y Colombia), aunque, como se puede observar, no existe una correlación muy estrecha con los indicadores de insumos. Por otra parte, entre los países con menor grado de desarrollo llama la atención el caso de Nicaragua, en el sentido de que, a pesar de las condiciones adversas en cuanto a su nivel de desarrollo, exhibe indicadores de resultados que pueden estimarse aceptables en el contexto de los países analizados, reflejando posiblemente la fuerte orientación hacia el desarrollo social de la política económica durante los años ochenta. Finalmente, hay que mencionar la debilidad de Bolivia en sus indicadores tanto de resultados como de insumos.

---

<sup>34</sup> Ver Cominetti (1997).

**Cuadro 7**  
**GASTO TOTAL EN SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS**

	Gasto total en salud (en porcentaje del PIB)			Gasto total en salud (dólares per cápita)			Composición del gasto total en salud (en porcentaje)	
	Total	Sector público	Sector privado + Seguridad social	Total	Sector público	Sector privado + Seguridad social	Sector público	Sector privado + Seguridad social
Argentina (1995)1	7.3	1.66	5.6	590	135	455 f/	23	77 f/
Bolivia (1995)2	6.0	1.9	4.1 a/	53	16	37 a/	30	70 a/
Brasil (1992)3	5.7	2.11	3.6 b/	129 e/g/	48 e/g/	81 e/g/	37 g/	63 g/
Chile (1990) 4	6.2	3.6	2.6	156 e/	91e/	66 e/	58	42
Colombia (1996)5	10.1	4.0	6.1 d/	227	93	134 d/	41	59 d/
México (1994)6	4.4 c/	2.4 c/	2.0 c/	86 e/g/	33 e/g/	53 e/g/	38 g/	62 g/
Nicaragua (1990)4	5.0	3.7	1.3 a/	27 e/	20 e/	7 e/a/	74	26 a/

**Fuentes:** 1 Vargas de Flood, 1997; Londoño y Icochea, 1996; Hernández y otros, 1996; 2 Ruiz- Mier y Giussani, 1997, sobre la base de estimación de UDAPSO (Unidad de Análisis de Políticas Sociales); 3 Medici , 1996; OPS , 1995; 4 OPS, 1995; 5 Vargas y Sarmiento, 1997c ; 6 Block, E. Gutierrez y Gutierrez, L., 1997; OPS, 1995.

a/ Incluye hogares, seguridad social y cooperación externa. b/ Estimación. Se supone una participación del gasto privado en el gasto nacional en salud en 1992 equivalente a aquella de 1990 (OPS, 1995). c/ Estimado por FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud). Gasto privado corresponde a la estimación baja; esto es, refleja la estimación basada en las cuentas de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. No están disponibles las cifras estimadas en base a las cuentas nacionales. d/ Incluye seguridad social de los funcionarios públicos. e/ Estimado en dólares de 1988. f/ Incluye 34% correspondiente a Obras Sociales. g/ 1990.

**Cuadro 8**  
**INDICADORES DE RESULTADO E INSUMO EN SALUD**  
**EN PAÍSES SELECCIONADOS**

	Indicadores de resultados			Indicadores de insumos		
	Mortalidad infantil a/ 1989-1994	Inmunización DPT b/ 1989-1994	Mortalidad materna c/ 1989-1994	Población por médico 1980-1995	Población por enfermera 1980-1995	Población por cama hospitalaria 1970-1975
Argentina	23	84	140	370	980	179
Bolivia	71	58	373	1 434	2 292	486
Brasil	56	75	200	681	1 202	200
Chile	12	90	55 d/	1 231	371	294 d/
Colombia	20	84	107	1 281	677	627 d/
México	35	64	...	1 184	839	760
Nicaragua	51	71	...	1 490	531	394 d/

Fuente: Banco Mundial, 1996b.

a/ Por mil nacidos vivos. b/ Porcentaje del grupo de edad. c/ Por 100 000 nacimientos vivos. d/ 1980-1985.

Dentro del contexto sectorial recién descrito, deben señalarse las serias deficiencias en materia de utilización de recursos, y las desigualdades territoriales en cobertura y distribución de recursos físicos, financieros y humanos. También cabe destacar el serio déficit de información, tanto en lo que respecta al estado de salud de la población como al tipo de servicio, volumen y composición del gasto, y financiamiento a nivel territorial. A pesar de las limitaciones de información, la opinión generalizada y la reducida evidencia empírica permiten anotar que la distribución territorial de los indicadores de resultados de insumos o de proceso, muestran una dispersión territorial preocupante, la que tiende a reproducirse al interior de cada nivel subnacional<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Por ejemplo, la distribución de la cobertura de salud entre provincias en la Argentina mostraba en 1990 diferencias de 1.9 veces, con una situación privilegiada en la capital federal en que la cobertura de salud alcanzaba a casi el 80 por ciento de la población, en contraste con Formosa donde alcanzaba tan solo el 42 por ciento de la población. Por otra parte, como muestra de la disparidad de indicadores de resultados, se puede mencionar que la relación entre la jurisdicción mejor posicionada y la peor posicionada en materia de tasa de mortalidad infantil es de 13.6 a 31.4 a nivel provincial en Argentina, de 10 a 43.4 entre subregiones colombianas, y de 5.4 a 34.9 a nivel estadual en México.

## **IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA**

Las reformas de descentralización de la educación analizadas en este capítulo se caracterizan por un alto grado de heterogeneidad: distintas motivaciones iniciales, secuencias de implementación, y modelos de provisión. No obstante, es posible encontrar elementos comunes entre algunas de estas experiencias que permiten definir una tipología de modelos según el grado de autonomía en la provisión, niveles territoriales o institucionales involucrados en la responsabilidad de la provisión, y grado de participación alcanzado por los actores involucrados en el proceso educativo. Es necesario de todas maneras precisar que, en beneficio de la comparabilidad, se introduce una buena dosis de simplificación en el análisis presentado en esta sección.

### **1. Una caracterización de las estrategias por país**

A continuación, se describe la estrategia de descentralización, que incluye las motivaciones iniciales, la implementación y los modelos de reforma, aplicada en cada uno de los países incorporados en el estudio. En la parte de los modelos, se presentan cuadros resumen que indican el papel y la modalidad de participación de los niveles territoriales e institucionales en la provisión del servicio educativo por país. En general, el nivel local corresponde al municipio; los niveles intermedios y central dependen de la característica de la organización del Estado, vale decir, si es federal o unitario; por unidad de producción se entienden los establecimientos educativos; y, finalmente, con el nivel comunitario se intenta captar el grado de participación de la sociedad a través de organizaciones comunitarias o de usuarios. La provisión del servicio ha sido dividida en cuatro áreas, que sintetizan las funciones fundamentales involucradas en él: las funciones de conducción, regulación y evaluación; la función de financiamiento; la función de administración directa del servicio, y la función llamada programática, que se refiere al conjunto de las principales decisiones de contenido tomadas en el área educativa con énfasis en la planificación específica del proceso, las metas y los aspectos pedagógico-curriculares. Los cuadros reflejan el estado actual y programado de la provisión del servicio en cada país, considerando las competencias efectivamente ejercidas por los niveles involucrados en esta etapa y las funciones por traspasar, o que ya han sido traspasadas pero que todavía no se aplican.

*a) Argentina*

Argentina descentralizó su educación primaria en 1978 y su educación secundaria en 1992. Se puede decir que el traspaso a las provincias de la educación primaria de 1978 fue impuesto por el gobierno nacional, que vio la reforma como un modo de trasladar el peso financiero del sector a las provincias (deshaciéndose de sus responsabilidades)<sup>36</sup>. Esto lo comprueba el hecho de que a mediados de los años ochenta el gasto público en educación se había estancado, con una sustitución de las fuentes nacionales de financiamiento por las provinciales. El traspaso de la educación secundaria de 1992 se originó, nuevamente, en el poder central, pero esta vez se diseñó e implementó en conjunto con las provincias. Las motivaciones, sin embargo, fueron igualmente de orden fiscal y macroeconómico más que de política sectorial.

La descentralización de la educación primaria de 1978 se extendió rápidamente a todas las provincias. La de la educación secundaria estaba ya prácticamente concluida a fines de 1992, quedando solamente tres provincias fuera del proceso, las que fueron incorporadas poco después. El proceso ha traspasado una amplia variedad de responsabilidades a las provincias, sin que se establezca un marco normativo claro que regule el sector educativo. Solamente en 1993 se sancionó la ley federal de educación para proveer el marco regulador que faltaba, y reorganizar la educación. Aumentaron también las responsabilidades del Consejo Federal de Cultura y Educación. Entre las principales, se destacan las de tender a unificar varios aspectos educativos entre las provincias y alimentar el grado de participación de la comunidad en el planeamiento educacional. El problema es que el Consejo, no disponiendo de recursos propios ni de facultades decisorias, no puede realmente influir en las conductas. En cinco provincias se está actualmente impulsando un proceso de municipalización de la educación.

El modelo de reforma seleccionado inicialmente privilegió la autonomía económico-financiera y administrativa por sobre la autonomía programática. Al final, resultó ser un modelo de traspaso de la educación de tipo semi-*devolución* con el establecimiento de algunas directivas centrales, oficializadas desde 1993 en la nueva ley federal de la educación, que se acerca a un modelo de "elección pública local" por la autonomía decisoria de las provincias (ver cuadro 9). Esta, a pesar de las directivas centrales, no puede ser contrarrestada por el gobierno federal por falta de instrumentos específicos. Así, las provincias son soberanas, y la falta de participación de la comunidad local en los asuntos educativos provinciales no hace más que reflejar la segmentación del sector educativo argentino en subgobiernos autónomos y centralizados.

---

<sup>36</sup> Esta opinión es compartida por distintos autores, entre los cuales están Carciofi y Larrañaga y Cetrángolo (1996), Aguerrondo (citado en Prawda, 1992) y Hanson (citado en Fiske, 1996).

**Cuadro 9**  
**EL MODELO PREDOMINANTE DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN ARGENTINA, DESDE 1978**

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO DE PRIMARIA	LA ENSEÑANZA SECUNDARIA	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Educación)	Política educacional  Supervisión, regula- ción, evaluación	Coparticipación federal de impuestos, sin directivas de gasto y asignados por ley	Coparticipación federal de impuestos, sin direc- tivas de gasto y asignados por ley			Currículo nacional Calendario escolar nacional Metas provinciales (desde el 1993)
NIVEL INTERMEDIO (Provincia)	Evaluación de la gestión educativa	Tributos provinciales, de libre generación y movili- zación	Tributos provinciales, de libre generación y movi- lización	Política laboral autónoma	Gestión corriente y de capital autó- noma	Ajustes provinciales a currículo y calen- dario escolar. Políticas educacio- nales provinciales
GOBIERNO LOCAL (Municipio)						
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Escuela)						
COMUNIDAD	Evaluación de la gestión educativa					Participación en la definición de las políticas locales

**Fuente:** Elaboración propia en base a Carciofi, Ctrángolo y Larrañaga, 1996; BID, 1996; Fiske, 1996; Prawda, 1992.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

*b) Bolivia*

En Bolivia, la descentralización educativa se encuadra en un marco mucho más amplio de descentralización política cuyas normas fundamentales son la ley de participación popular de 1994, que crea el marco legal y los mecanismos de participación ciudadana en la toma de decisiones y establece la creación de gobiernos municipales autónomos conjuntamente con el traspaso de recursos y medios de asignación; la ley de reformas a la Constitución política del Estado de 1994, que reconoce formalmente el carácter multiétnico y pluricultural de la población boliviana, y la ley de descentralización administrativa de 1995, que define la estructura del poder ejecutivo a nivel departamental y delega competencias del gobierno nacional a las prefecturas departamentales, estableciendo, además, los recursos y mecanismos de traspaso de estos recursos a los departamentos. La descentralización de la educación en Bolivia se apoyó en este nuevo cuadro normativo y en la ley de reforma educativa, de julio 1994, que formaliza los aspectos interculturales, multilingüísticos, universales y participativos de la educación boliviana, y establece la estructura desconcentrada de administración del sistema. La ley de participación popular, conjuntamente con los recursos y sus mecanismos de asignación, establece el traspaso de la infraestructura física de educación a los municipios encargados de la operación de los servicios educativos y de los gastos de inversión. Asimismo, la ley de descentralización administrativa transfiere a los departamentos responsabilidades de planificación de los servicios educativos y la administración de los recursos humanos.

En la práctica, la municipalización se hizo rápidamente, sin una progresión secuencial entre municipios, y las responsabilidades previstas por ley en su mayoría están siendo adoptadas, a pesar de que el director distrital de educación, formalmente dependiente del departamento pero que tiene competencias que cubren el territorio del municipio, está cumpliendo solo parcialmente con sus obligaciones. La departamentalización, al contrario, se está haciendo gradualmente; en 1996, pocos directores departamentales habían asumido la responsabilidad de la administración del personal y la dirección de la planificación educativa del departamento, sus dos funciones teóricamente más importantes.

En 1996, entonces, el modelo boliviano es un modelo de desconcentración donde el 95 por ciento del financiamiento está a cargo del gobierno central, así como la gestión del personal y las principales decisiones de política educativa. El modelo que se está construyendo es de gestión compartida, donde el financiamiento está principalmente a cargo del gobierno central, con corresponsabilidad local; la provisión de los servicios está a cargo de los municipios, responsables de la gestión corriente y del gasto de inversión y mantenimiento, y la supervisión del sistema educativo, la gestión de la política laboral y la toma de decisiones de contenido se comparten entre el gobierno central y los departamentos a través de la dirección departamental y la dirección distrital. Adicionalmente, se planea un espacio para la comunidad local, organizada a través de los consejos departamentales, juntas distritales y escolares, etc., en los asuntos pedagógicos y de supervisión. Está ausente en el modelo la cuestión de la autonomía escolar, que incluso ha sido reducida respecto a la situación anterior al decidirse la eliminación de la facultad de las escuelas de generar recursos propios. Con respecto a este último punto, hay que señalar que el nuevo gobierno electo en 1997 parece estar modificando esta situación a través de un fortalecimiento gradual de las responsabilidades de la escuela.

**CUADRO 10  
MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN BOLIVIA, A PARTIR DE 1994**

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría Nacional de Educación)	Establecimiento de la política educacional, regulación y supervisión del sistema	Transferencias generales (ingresos tributarios coparticipados), distribuidas según población y con directivas de asignación, y específicas (sueldos) del tesoro general de la nación	Gestión de la planilla y otros aspectos de la política laboral		Diseño y formulación de las políticas educativas Planes generales de estudio y de organización del servicio
NIVEL INTERMEDIO (Dirección Departamental de Educación) + (Director Distrital de Educación)	Supervisión y regulación del servicio y, de los recursos humanos. Apoyo técnico a distritos, directores de núcleos y escuelas	Aportes propios voluntarios.	Gestión del personal (excepto de la planilla)		Dirección de la planificación de la gestión educativa y consolidación del presupuesto departamental (Director departamental) Consolidación y ejecución del presupuesto local de educación (Director distrital)
GOBIERNO LOCAL (Municipio)		Recursos propios, con directiva de asignación (para inversión)		Provisión del servicio (gestión corriente, mantenimiento, inversión)	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Directores de escuelas)	Supervisión de recursos humanos				
COMUNIDAD (Consejos departamentales, juntas distritales, de núcleo y escolares, comités de vigilancia)	Evaluación de los recursos humanos y supervisión de la infraestructura			Solicitud al gobierno municipal de asignación de recursos para infraestructura y equipamiento de escuelas (Juntas escolares)	Identificación de los requerimientos de la población y apoyo a las actividades curriculares y extra-curriculares (Juntas distritales, de núcleo y escolares)

**Fuente:** Elaboración propia en base a Ruiz-Mier y Giussani, 1997.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.



*c) Brasil*

En Brasil, la descentralización municipal de la educación, así como el proceso reciente de entrega de autonomía a las escuelas, ha sido más bien promovida por los estados, con el apoyo del gobierno federal (siendo, de hecho, resistida por los gremios docentes y las municipalidades), por razones principalmente fiscales o de eficiencia. Cada estado tuvo libertad para desarrollar procesos de municipalización y autonomía escolar de distinta magnitud y por motivaciones diferentes. Así, es difícil hacer un cuadro completo de la situación. Solamente a partir de 1995, el gobierno federal parece asumir un papel más activo en la descentralización formulando algunos lineamientos de política unitaria con énfasis en la eficiencia y la equidad de la provisión de los servicios educativos.

Los sistemas estatales y municipales han tendido a operar separadamente uno del otro, actitud facilitada por la falta de un esquema normativo preciso del nivel central. Hasta la mitad de los años ochenta, no hubo mayores innovaciones en la estructura de provisión del servicio educativo, aunque siguió desarrollándose el sector municipal. No obstante, a partir de aquella fecha se desarrollaron algunos proyectos nuevos de gestión escolar en ciertos estados. Con la falta de un marco unitario central, en el caso brasileño se observa una variedad de procesos distintos según área geográfica y niveles de provisión involucrados. Al interior de cada estado, los mismos procesos se dan de manera diferente. Por ejemplo, la municipalización en el estado de Espirito Santo involucra gradualmente a los distintos municipios traspasándoles directamente, sin embargo, responsabilidades muy amplias; mientras que en el caso del estado de Santa Catarina si bien el proceso ha involucrado rápidamente a los distintos municipios, las responsabilidades están siendo traspasadas en forma paulatina. Solamente a partir de 1995 se nota una acción unitaria a nivel federal a través de un impulso a la descentralización, directamente a las escuelas, de algunas categorías de recursos. Estas medidas conciernen a todas las escuelas del país. Además, se destaca también un empuje al proceso de municipalización con la nueva ley de financiamiento a la educación, que canaliza mayores recursos hacia la educación primaria introduciendo equivalencias entre los estados por razones de equidad. Esto, así como el aumento y equiparación del sueldo docente, debería fomentar la municipalización en los estados más pobres, ampliando el proceso en el país, con un probable *trade-off* con la profundización del proceso, en el sentido de que la ley reduce sensiblemente la autonomía de estados y municipios al reforzar las directivas de gasto.

Como consecuencia de esta heterogeneidad de experiencias, más que de un modelo brasileño se puede hablar de varios modelos coexistentes en los distintos estados. Por ejemplo, hay estados donde la educación es únicamente de responsabilidad estadual y otros donde es solamente municipal. Existen también estados donde, en algunas áreas geográficas, la educación es en parte de responsabilidad estadual, y en parte de responsabilidad municipal. En la gran mayoría de los casos, e incluso en un mismo estado, estos dos sistemas funcionan paralela y autónomamente con pocos o ningún punto de intersección (ver cuadro 11). Desde mediados de los años ochenta se están dando algunos procesos que involucran traspasos de responsabilidad, de manera sistemática y organizada, de los estados a los municipios, con el propósito de crear un sistema compartido de provisión con más o menos responsabilidad del Estado, como sucedió, por ejemplo, en los estados de Paraná, Espirito Santo y Santa Catarina<sup>37</sup>. Este proceso ha sido indirectamente apoyado por la Constitución de 1988, que llevó a un aumento importante de los recursos disponibles con el aumento de la cuota municipal en la

---

<sup>37</sup> Un análisis de estos procesos se encuentra en FUNDAP (1996).

coparticipación de impuestos y las mayores competencias tributarias locales; más recientemente, también, con la ley de financiamiento de 1995 que aumenta el grado de equidad en la distribución de los recursos entre las municipalidades. Igualmente y con cierta intensidad, se han dado procesos de entrega de autonomía escolar, con el propósito de aumentar la eficiencia de la provisión del servicio. Se trata de esfuerzos innovadores que se desarrollan en general bajo la supervisión de los estados, dando lugar a sistemas de responsabilidad compartida entre estados y escuelas, bajo la forma, en la mayoría de los casos, de desconcentraciones. Estos procesos de desconcentración generalmente han sido bastante profundos, involucrando no solo aspectos técnico-pedagógicos sino también financiero-administrativos, como el traspaso directo de recursos de libre utilización y administrativos, como la elección directa por la comunidad escolar de los directores de establecimientos<sup>38</sup>. El impulso a la municipalización y a la autonomía escolar, así como se está dando, debería tener un impacto positivo sobre el grado de participación, tradicionalmente bajo, de la comunidad local en los asuntos educativos.

#### *d) Chile*

En el caso chileno, el proceso de descentralización fue impulsado a principios de los años ochenta, por el gobierno militar principalmente por razones políticas (seguimiento del modelo neoliberal, reducción del poder del sindicato docente) y fiscales (reducción del tamaño del Estado, impulso indirecto a la privatización), en un marco no participativo. A partir de 1991, la elección democrática de los alcaldes introdujo algún canal de participación ciudadana. Sin embargo, la vuelta a la democracia también marcó el principio de la oposición de los gremios, que no habían sido consultados, con repercusiones negativas sobre la reforma de la descentralización.

La descentralización de la educación se realizó bastante ágilmente en cuanto al proceso de incorporación de las áreas geográficas (de hecho, entre 1980 y 1981 se traspasó el 87 por ciento de las escuelas públicas a la administración municipal), siendo solamente interrumpida durante algunos años por la crisis macroeconómica de 1982. Las competencias se entregaron directamente a los municipios sin pasar por algún nivel intermedio, pero el traspaso de responsabilidades se hizo lentamente. En primer lugar, a pesar de que los municipios quedaron como responsables de la administración de todos los establecimientos públicos, la normativa fiscal nacional no les permitió aumentar su grado de autonomía financiera, quedando restringida por la imposibilidad de crear nuevos impuestos locales e incluso cambiar las tasas de los impuestos ya existentes. En segundo lugar, la flexibilidad conferida inicialmente en el ámbito de la política laboral, no se pudo aplicar de 1982 a 1986 por las reivindicaciones de distintos sectores de la sociedad en un período de crisis, y a partir de 1990 fue definitivamente limitada por la aprobación del estatuto docente que repuso la carrera magisterial e introdujo una casi inamovilidad del cargo docente. En fin, la facultad de decisión del municipio en los asuntos de contenido de la educación ha sido tradicionalmente limitada, por la fuerte injerencia del Ministerio de Educación en la fijación de los planes y programas de estudio.

---

<sup>38</sup> Un análisis detallado de estos nuevos procesos de autonomía escolar se encuentra en IPEA (1994, 1995).

**Cuadro 11**  
**“LOS MODELOS” BRASILEÑOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN, A PARTIR DE LOS AÑOS SETENTA**

INSTITUCIONES	ÁREAS CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO FEDERAL (Ministerio de Educación y Cultura)	Planes nacionales de educación  Supervisión del sistema y evaluación de los resultados	Transferencias generales (coparticipación de impuestos), distribuidas según criterios de equidad y de negociación, y específicas (salarios-educación y programas específicos). Directivas de asignación global sobre todos los recursos recibidos o generados por los niveles (25% a educación primaria) y directivas de asignación sobre el 60% de los recursos para educación	Fijación de un salario medio indicativo		Planes y programas generales de estudio Directivas de gasto mínimo
NIVEL INTERMEDIO (Estado)	Regulación de los sistemas estatales	Recursos propios  Transferencias a los municipios	Política autónoma (salarios, carreras, etc)	Prestación de los servicios	Contenido regional de los planes de estudio. Objetivos estatales
GOBIERNO LOCAL (Municipio)	Regulación de los sistemas municipales	Recursos propios	Política autónoma (salarios, carreras, etc)	Prestación de los servicios	Contenido local de los planes de estudio. Objetivos locales
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Escuela)			Elección directa del director de la escuela (en las escuelas estatales)  (Diez de los 27 estados en 1994)	Alguna autonomía de gestión respecto de los recursos recibidos directamente por el gobierno federal a partir de 1995, y de los recursos estatales traspasados directamente a las escuelas desde los años ochenta en 20 de los 27 estados	Ajustes a los planes de estudio (en las escuelas estatales con consejos escolares) (Doce de los 27 estados en 1994)
COMUNIDAD (Consejos municipales, consejos escolares, etc.).	Participación en la evaluación de la gestión		Participación de la comunidad escolar en la elección directa del director de la escuela (Diez de los 27 estados en 1994)	Participación en la gestión corriente (en las escuelas estatales con consejos escolares) (Doce de 27 estados en 1994)	Participación en la elaboración de los planes de estudio (en las escuelas estatales con consejos escolares) (Doce de los 27 estados en 1994)

**Fuentes:** Elaboración propia en base a Draibe, 1998; FUNDAP, 1996; Fiske, 1996; BID, 1996; UNESCO/REDUC, 1991; Maia, 1995; IPEA, 1994.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

Hay que destacar que en los últimos años la descentralización parece estar profundizándose un poco, a pesar de los constantes problemas de financiamiento del sector educativo municipal: se observa una cierta profundización de la municipalización y un empuje sin precedentes<sup>39</sup> de la autonomía escolar. La primera tendencia se ilustra con la recuperación de un margen de flexibilidad en la política laboral del municipio, y la adopción de medidas para promover una mayor responsabilidad municipal sobre la gestión educativa. En cuanto al primer punto, el estatuto docente comenzó a ser revisado en 1993, pero produjo protestas del gremio que de hecho frenaron este proceso hasta 1996, año a partir del cual los despidos por razones económicas –el punto quizás más relevante de una política laboral flexible– se facilitan. Con respecto al segundo, en 1996 se introdujo la obligación de los municipios de elaborar los llamados planes anuales de desarrollo de la educación municipal (PADEM) que incluyen metas y programas de acción. En relación con el impulso de la autonomía escolar, a principios de 1996 el gobierno aprobó una serie de modificaciones a la ley orgánica constitucional de la enseñanza de 1990 que promueven la descentralización curricular, dando más espacio de innovación a las escuelas en la elaboración de sus planes y programas educativos.

En esta etapa, el caso chileno de municipalización de la educación sigue siendo, a pesar de las nuevas medidas antes mencionadas, un modelo de descentralización con relativamente poca autonomía (cuadro 12). Como ya se mencionó, en lo financiero y administrativo el esquema legal sigue siendo muy estricto, entabando el poder de decisión en los asuntos de contenido de la educación. A pesar de la introducción de los PADEM en 1996, son pocos los municipios que consiguen realmente tener una política educativa –en parte también por deficiencias locales (Espínola, 1996)–. Son valiosos los intentos recientes de descentralización curricular en las escuelas, por cuanto parecen destinados realmente a proveer de una mayor autonomía a los establecimientos. Sin embargo, sin un aflojamiento de los amarres –por lo menos en lo administrativo– que restringen a los establecimientos, parece difícil que esta nueva autonomía dé los frutos esperados. Por otro lado, en el panorama de la descentralización chilena estas nuevas medidas llevan a reducir el poder decisorio, ya limitado, de los municipios. Por último, la participación de la comunidad local en el proceso educativo sigue siendo escasa, a pesar de la elección democrática de los alcaldes desde 1991 y del intento de desarrollo de la participación en las escuelas a través de los centros de padres. Estos últimos empiezan a mostrarse más dinámicos desde mediados de los años noventa.

---

<sup>39</sup> Como surge claramente de una encuesta realizada a mediados de 1992 sobre asuntos de gestión educacional en la enseñanza media que examina el grado de influencia de los directores de escuelas sobre las decisiones de personal, presupuesto, administración y currículos.

**Cuadro 12**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN CHILE DESDE 1981**

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Educación)	Política educacional Supervisión y evaluación del sistema	Subsidio por alumno, con correcciones por costo de provisión del servicio	Sueldos negociados a nivel central más estatuto docente		Decisiones nacionales (objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios de la educación chilena, calendario escolar)
NIVEL INTERMEDIO (Región/Provincia)	Control de la normativa central, apoyo técnico, control de la asistencia (provincias)	Cofinanciamiento de la inversión (regiones)			
GOBIERNO LOCAL (Municipalidad)	Supervisión pedagógica	Recursos propios: tributación local más recursos del fondo común municipal (FCM). Limitaciones en la generación de recursos locales	Contratación, despidos docentes, de acuerdo al estatuto docente, incentivos salariales Desde 1996, aumenta la posibilidad de acción sobre los planteles docentes	Provisión del servicio (gestión corriente, mantenimiento, inversión)	Planes anuales de desarrollo de la educación municipal (PADEM) que incluyen las principales metas y programas de acción.
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Escuela)		Hay algún copago a nivel de la escuela media (poco importante)		Alguna autonomía incipiente de gestión corriente	Posibilidad de modificación sustantiva de los planes y programas de estudio ministeriales
COMUNIDAD (Consejos económicos y sociales, centros de padres)		Colaboración material y financiera (centros de padres)		Participación en la gestión corriente	Participación en la toma de decisiones (centros de padres)

**Fuente:** Elaboración propia en base a Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996; Valenzuela, 1995; Espinoza y Marcel, 1994; Espínola, 1995; UNESCO/REDUC, 1991; Fiske, 1996; BID, 1996; Prawda, 1992; Ministerio de Educación, 1996 a, b.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

*e) Colombia*

En el caso colombiano, la descentralización de la educación, implementada formalmente a partir de 1993, se inserta en un cuadro más amplio de descentralización política y ha sido promovida desde el centro principalmente por razones políticas (legitimación del Estado con redistribución de poder entre niveles territoriales, control de situaciones conflictivas, debilitamiento del sindicato docente), con poca participación de las autoridades y comunidades locales. La estrategia de descentralización adoptada ha sido el resultado, como veremos, de la confrontación entre el gobierno y los gremios docentes, derivando en un modelo híbrido con un énfasis especial en el papel de los departamentos.

El proceso de descentralización ha sido irregular y caracterizado por avances y retrocesos. A partir de 1986, el gobierno, en medio de una serie de cambios institucionales, dio un fuerte empuje a la descentralización de la educación adoptando un enfoque principalmente municipalista. Se traspasó a los municipios, cuyos alcaldes eran elegidos democráticamente, la responsabilidad de construcción y mantenimiento de la infraestructura escolar, la función de control y vigilancia del sistema y, sobre todo, la administración directa de la planta docente. Este último aspecto, en particular, demostró ser de muy difícil manejo para las autoridades locales, que no tenían ni la voluntad ni la capacitación para asumir estas nuevas funciones. Con la Constitución de 1991 se produjo un cambio en el enfoque global del gobierno sobre la descentralización<sup>40</sup>. Los municipios quedaron como responsables de la administración del sector con respecto a la construcción, mantenimiento y dotación de infraestructura física de las escuelas, recibiendo para este propósito transferencias generales de la nación. Sin embargo, el poder decisorio, reflejado en la facultad de tomar las decisiones esenciales en el campo educativo y de financiamiento y asignación de los docentes entre los municipios, fue de hecho traspasado a los departamentos, que reciben para esto una transferencia ad hoc de la nación, el situado fiscal. Con respecto a la secuencia de implementación de la reforma, después del sostenido ritmo de la reforma de 1986, el gobierno está procediendo más gradualmente adoptando una estrategia de acreditación sucesiva de los niveles y áreas territoriales. Para que los departamentos puedan ejercer sus funciones, deben contar con una organización institucional, un plan de desarrollo de los sectores sociales y un sistema de información adecuados. En diciembre de 1996, estaban acreditados 11 de los 32 departamentos del país (Duarte, 1996), y se está ultimando actualmente este proceso. Con la certificación los departamentos asumen de inmediato todas las funciones previstas en la ley. Para los municipios, la posibilidad de certificación, que consiste, básicamente, en poder administrar por sí mismos el situado fiscal, o sea manejar directamente los aspectos de política laboral, se limita a aquellos de más de cien mil habitantes y se está implementando de manera gradual, en un proceso en que tienen prioridad los departamentos.

El caso colombiano de descentralización, que se planeó inicialmente como un modelo de municipalización de los servicios educativos, resultó ser un modelo de gestión compartida entre el nivel central, el departamental (financiamiento, gestión laboral y poder decisorio, compartidos con el central) y el municipal (gestión corriente y de capital) (cuadro 13). Recientemente, se está impulsando la descentralización de algunas funciones en los establecimientos escolares, que, al igual que en Chile, se basa en la entrega de amplios márgenes de flexibilidad a las escuelas en la elaboración de los planes de estudio, como la

---

<sup>40</sup> Véase Fiske (1996), para un análisis del modelo de descentralización de la educación, donde se destacan los cambios de enfoque y el problema del consenso político.

organización autónoma de las áreas fundamentales de los conocimientos, la introducción de asignaturas optativas, la adaptación de algunas áreas a las condiciones regionales, y otros, siempre en conformidad con los lineamientos trazados por el Ministerio de Educación. Como en Chile, las restricciones financieras y administrativas impuestas a los establecimientos hacen difícil poner en práctica estas innovaciones. Además, en el caso colombiano, estas nuevas medidas complican aún más el problema de coordinación de las competencias entre los distintos niveles. En cuanto a los aspectos de participación, a pesar de los variados órganos de participación existentes, estos no parecen todavía estar en situación de concretar el potencial que tienen.

*f) México*

En el caso de México, confluyen diversas motivaciones para la descentralización, destacándose las de tipo político, o sea, una búsqueda de legitimación del gobierno pero sin perder el control del sector educativo, y aumentando además el control sobre el sindicato de trabajadores, tratando de obtener una fragmentación de las negociaciones. Estos objetivos, como veremos, han llevado a un modelo de descentralización donde el gobierno, a pesar de los traspasos, sigue siendo el principal financiador, "pensador" y programador de la política educacional. La voluntad de debilitar el sindicato ha llevado a una parcial estadualización de la política laboral.

La estadualización de la educación en el país se hizo en dos etapas distantes en el tiempo. Entre 1978 y 1982, el Ministerio de Educación realizó una desconcentración de la administración de los servicios educativos en 31 delegaciones estaduales, una por cada estado del país. El proceso, sin embargo, no pudo profundizarse hasta 1992, cuando se llegó a un acuerdo entre el gobierno y el sindicato docente<sup>41</sup>. A partir de esa fecha se empezó una reforma de mayor alcance que abarcó la totalidad de los establecimientos federales, los que se traspasaron a los estados para su gestión directa en un lapso de tiempo muy corto. Más lento parece ser el proceso de entrega de autonomía efectiva. No ha sido una reforma fácil, dado que existen situaciones conflictivas en ciertos estados que obstaculizan la buena marcha del proceso.

En el modelo de descentralización mexicano el gobierno federal ha traspasado a los estados la responsabilidad de la administración de los servicios educativos básicos –antes federales–, asumiendo casi todo el peso del financiamiento a través de transferencias específicas, principalmente. A la vez, ha impulsado en cada estado una homologación de la política laboral del sector estadual preexistente con la del nuevo sector, considerando la participación activa del sindicato nacional de trabajadores de la educación (SNTE) y compartiendo, aunque con fuerte injerencia central, el poder decisorio en asuntos de contenido educativo (ver cuadro 14). Como en el modelo argentino, la ausencia de niveles inferiores de descentralización y los pocos órganos de participación previstos podrían llevar a la reproducción de submodelos centralizados en cada estado, no obstante los intentos de desconcentración iniciados en algunos de ellos.

---

<sup>41</sup> Véase Fiske (1996) para una breve descripción de la primera etapa de descentralización.

**Cuadro 13**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN COLOMBIA, A PARTIR DE 1991**

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACION EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Educación)	Política educacional  Supervisión del sistema y evaluación de los logros  Parámetros de asignación de recursos	Transferencias generales con directivas de asignación (situado fiscal), a los departamentos, distribuidas, preferentemente según el gasto histórico, y transferencias generales con directivas de asignación (participación en los ingresos corrientes de la nación), a los municipios, distribuidas según el gasto histórico y una fórmula compleja que toma en cuenta la eficiencia y equidad. Transferencias preasignadas (cofinanciación) condicionadas a aportes locales	Sueldo negociado a nivel central más estatuto docente		Normas técnicas, curriculares y pedagógicas básicas para orientación de las entidades territoriales
NIVEL INTERMEDIO (Departamento)	Supervisión y evaluación de los sistemas departamentales Asistencia técnica a los municipios	Recursos propios Crédito	Contratación, traslados, despidos, capacitación de la mayoría del personal		Ajustes curriculares a la jornada y calendario escolar Planificación educacional departamental, que fija metas y estrategias
GOBIERNO LOCAL (Municipio)	Supervisión de los sistemas municipales	Recursos propios Crédito	Contratación, organización del trabajo, capacitación de una minoría del personal (1 docente de cada 5), utilizando los ingresos co-participados por la nación	Prestación de los servicios (gestión corriente, gestión de capital: inversión, mantenimiento, dotación)	Ajustes curriculares  Programas anuales de inversión
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Escuela)				Hay alguna autonomía incipiente de gestión corriente	Formulación del plan educativo institucional con amplia flexibilidad curricular
COMUNIDAD (Juntas municipales de educación, gobiernos escolares, núcleos educacionales)	Supervisión, apoyo y evaluación del servicio educativo en el municipio y de las escuelas locales	Colaboración material y financiera (gobiernos escolares)		Participación en la gestión corriente	Formulación del plan educativo institucional (gobiernos escolares)

**Fuente:** Elaboración propia en base a Vargas y Sarmiento, 1997 a,b; Fiske, 1996; BID, 1996; Caballero, 1995; González, 1995.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.



**Cuadro 14**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN MÉXICO, A PARTIR DE 1992**

AREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Educación Pública)	Grandes objetivos, lineamientos generales de la política educativa  Supervisión, evaluación del sistema	Transferencias específicas, distribuidas según el gasto histórico y prioridades sectoriales, y generales, asignadas según una fórmula que toma en cuenta la población y la recaudación histórica, sin directivas de asignación	Las negociaciones (así como la contratación) siguen fundamentalmente centralizadas, y son de decisión conjunta del SEP y del SNTE		Planes y programas generales de estudio
NIVEL INTERMEDIO (Estado)	Regulación del sistema estadual	Recursos propios, de libre disponibilidad	Homologación de la política salarial federal con la estadual (negociaciones con las secciones locales del SNTE)	Prestación de los servicios	Contenido regional de los programas de estudio y ajustes al calendario escolar  Programas de compensación  Posibilidad de publicaciones propias
GOBIERNO LOCAL (Municipio)					
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Escuela)					
COMUNIDAD (Consejos de participación social)					

**Fuente:** Elaboración propia en la base a Ornelas, 1997 a; Fiske, 1996; BID, 1996.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

*g) Nicaragua*

En Nicaragua, el empuje al nuevo proceso de descentralización ha llegado desde arriba por una combinación de razones políticas, fiscales y de eficiencia. A través de un proceso de concertación con los diversos actores involucrados en el sector educativo, se ha llegado a un modelo de autonomía escolar moderado con ajustes en la política laboral y con medidas para limitar el impacto de la reforma sobre la equidad inter e intraterritorial.

Desde su origen, el proceso de descentralización cambió diversas veces de dirección. Empezó, en 1987, con una desconcentración administrativa de las direcciones regionales – promovida por el gobierno sandinista– en el marco de la estructura político-administrativa regional vigente en aquel momento. En 1990, sin embargo, el proceso cambió de dirección. La estructura regional preexistente fue eliminada y el nuevo gobierno empezó a impulsar una municipalización de la educación junto con un proceso de autonomía escolar. El traspaso de responsabilidades a las escuelas ha sido un proceso continuo desde 1993, pero la modalidad de descentralización municipal se ha desincentivado desde 1995. Se advierte aquí otro cambio de dirección. Ahora, es la autonomía escolar el modelo privilegiado y, cada año, se incorporan nuevas escuelas al proceso. A principios de 1996, ya se habían incorporado más de 400 escuelas al régimen de autonomía, principalmente grandes establecimientos y de la enseñanza secundaria. Actualmente, el 50% de las escuelas de secundaria y el 13% de las escuelas de primaria están incorporadas al proceso. Mediante la firma de un convenio de autonomía, se traspasan en forma inmediata una serie de amplias responsabilidades a los centros que deciden volverse autónomos. A pesar de lo claro de esta tendencia, faltan todavía una ley general de educación y de autonomía que regulen el proceso.

El proceso nicaragüense, que se desarrolla desde 1993, ha empezado por empujar la municipalización de los servicios de educación primaria y secundaria, pero parece haber optado, al final, por la autonomía escolar. Este nuevo modelo es un traspaso con cofinanciamiento de la provisión del servicio educativo entre el gobierno y los establecimientos escolares, y un importante grado de autonomía de la unidad escolar en materia de política laboral (libertad de fijar incentivos salariales y de despedir y contratar profesores) y en lo programático (elaboración de planes anuales, ajustes curriculares, y otros) (cuadro 15). Uno de los ejes del modelo es el espacio que se quiere dar a la comunidad escolar en la gestión de los servicios, principalmente a través de los consejos directivos. En particular, es destacable el hecho de que los directores de los centros autónomos sean efectivamente nombrados por estos consejos. Según una encuesta reciente del Banco Mundial (1996a), son todavía los directores quienes toman la mayoría de las decisiones y el grado de participación de los distintos actores, en particular de los padres, se está desarrollando lentamente. Con todo, parecen existir las condiciones para que esta participación aumente con el tiempo de manera considerable.

**Cuadro 15**  
**EL MODELO PREDOMINANTE DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN NICARAGUA, A PARTIR DEL 1993**

ÁREAS INSTITUCIONES	CONDUCCIÓN REGULACIÓN EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Educación)	Política educacional Supervisión del sistema	Desde 1997: Transferencias específicas asignadas a las escuelas según una fórmula que toma en cuenta aspectos de eficiencia, más transferencias específicas condicionadas asignadas a los municipios según criterios de equidad.	Carrera docentes, sueldos		Planes generales de estudio
NIVEL INTERMEDIO (Departamento)	Apoyo y supervisión de las actividades educativas		Apoyo, capacitación a los Consejos, a los docentes		Ajustes a los planes nacionales
GOBIERNO LOCAL (Municipio)	Apoyo y supervisión de la gestión educativa en los centros locales				
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros autónomos)	Control de los recursos, supervisión de los estudiantes y de la gestión educativa	Copago voluntario (de hecho, se paga en secundaria), con recomendación de asignación (60% para incentivos salariales y 40% para inversión y mantenimiento)	Nombra y despide personal Determina incentivos salariales	Provisión servicios	Planes anuales Políticas de acceso Objetivos educacionales
COMUNIDAD (Consejos directivos de centros autónomos)	Supervisión y evaluación de la gestión educativa	Establecimiento de los montos de los copagos	Nombra y despide personal y director del centro. Determina incentivos salariales	Participación en la gestión corriente	Decisiones sustantivas, planes operativos, objetivos educacionales

**Fuente:** Elaboración propia en base a Castillo, 1998; Banco Mundial, 1996 a; Moncada, 1996; BID, 1996.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

## 2. Análisis comparativo

### a) *Motivaciones e implementación*

En un análisis comparativo de las distintas motivaciones de las reformas implementadas en los países se advierte, ante todo, una gran diversidad entre ellas, que refleja las distintas razones que pueden inducir un país a querer descentralizar la provisión de sus servicios (ver capítulo II). No obstante, se nota en general un predominio de razones de tipo fiscal en las reformas de “primera generación” (Argentina, Chile y Brasil) y de tipo político (legitimación de los gobiernos, control de situaciones conflictivas, democratización) en las reformas más recientes, que refleja el cambio del contexto económico y político que ocurrió entre los años ochenta y 90. A las preocupaciones financieras y fiscales que se dieron en contextos políticos no democráticos, sucedieron preocupaciones de legitimación de los gobiernos en los nuevos contextos democráticos. Las motivaciones de eficiencia han sido en la mayoría de los casos de carácter secundario, aunque el peso de estas ha aumentado a partir de los años noventa.

Con respecto a la implementación de las reformas, nuevamente resalta una gran heterogeneidad entre los países, surgida de las diferentes condiciones político-institucionales y socioeconómicas de partida, y distintas motivaciones iniciales. Un aspecto que se puede resaltar es que la implementación de los procesos de reforma en los casos más recientes se hizo de manera más consensuada (cuadro 16). Esto no es sorprendente por cuanto, en contextos democráticos, una reforma con un impacto político y social tan importante como una descentralización de los servicios sociales, debe ser negociada entre los distintos grupos de actores involucrados para ser viable.

### b) *Modelos*

Hay varios aspectos que se pueden destacar en un análisis comparativo de los distintos modelos. En primer lugar, se nota la ausencia de modelos puros de *devolución* de la educación. En todos los casos analizados, el financiamiento de los servicios educativos es compartido y la mayoría de los recursos provienen de niveles diferentes de aquellos que proveen directamente los servicios, excepto en el caso de los estados de Brasil. Además, la gestión del personal docente, excepto en Argentina, y los aspectos pedagógico-curriculares, son compartidos entre los niveles con una fuerte injerencia del nivel central, en muchos casos.

En segundo lugar, como se observa en los cuadros resumen, la fila que corresponde a la participación de la comunidad, está más vacía que las otras. Esto, en virtud de que el grado de participación de la comunidad en las distintas funciones de la provisión de los servicios es generalmente bajo, con la excepción de Nicaragua y, en menor medida, de Brasil.

En tercer lugar, en cada país se advierte una variedad de combinaciones de niveles involucrados y/o de alcance de responsabilidades traspasadas según la función y/o áreas geográficas involucradas. Ello se debe no solo a las distintas condiciones político-institucionales y socioeconómicas de partida de cada país que, por supuesto, condicionan el diseño de los modelos, sino también a la falta de referencias claras, y a las consecuencias que generan las reformas por su impacto sobre la equidad territorial, la redistribución de poder político, y otros, que dejan abierta toda una serie de opciones y combinaciones. Este aspecto hace que sea difícil clasificar los distintos modelos con tipologías claras.

**Cuadro 16**  
**ORIGEN, MOTIVACIONES Y SECUENCIA DE LAS REFORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN**

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	México	Nicaragua
Origen (centralizado o de la base)	Desde el centro (1978:imposición a las provincias; 1992: negociada)	Consensual	Desde el centro (gobierno federal) y desde los estados	Desde el centro	Desde el centro, negociada	Desde el centro, negociada	Desde el centro, negociada
Motivaciones (fiscales, de eficiencia, políticas)	Motivaciones fiscales (reducción del tamaño del Estado, desequilibrios macroeconómicos y fiscales)	Democratización, redistribución de poder político	Motivaciones variadas según estado (de tipo fiscal en muchos casos). Motivaciones del gobierno federal más bien centradas en la eficiencia	Motivaciones fiscales (reducción de tamaño del Estado, fomento de un proceso de privatización); políticas (debilitamiento del sindicato); y de eficiencia	Redistribución de poder político (legitimación del Estado); control de situaciones de conflicto; democratización; eficiencia social	Legitimación del gobierno; control de situaciones conflictivas (con el sindicato y grupos disidentes); influencia del contexto internacional: eficiencia	Motivaciones fiscales (movilización de recursos, empuje a la privatización); democratización; eficiencia técnica y social
Secuencia (por niveles, por competencia, por área geográfica)	-1978: Traspaso casi total, a provincias de la educación primaria -1991-1993: Traspaso a provincias de la educación secundaria en 4 etapas (por provincias involucradas)  -Traspaso, con la firma de los convenios, de responsabilidades muy amplias (financieras, administrativas y programáticas)	-1994: Descentralización de la provisión a nivel municipal -1995: Delegación de responsabilidades, todavía más potenciales que efectivas, a los departamentos  -Descentralización más rápida, según competencia, a nivel municipal. Más gradual, a nivel departamental  -No hay secuencia por área	-A partir de la mitad de los años ochenta: se dan algunos procesos interesantes de municipalización y autonomía escolar en algunos estados. Los procesos tienen distintos grados de profundidad.  -1995: Nueva ley de financiamiento (empuje a la municipalización) e impulso a la autonomía escolar, que involucra todo el país	-1980/1981: 87% de las escuelas primarias y secundarias se municipalizan -1986/1989: se completa el proceso  -Se traspasan, inicialmente, solo competencias administrativas. El grado de autonomía en lo financiero y programático es muy limitado. Además, a partir de 1990 se recentraliza la política salarial. Desde 1994 se implementan medidas tendientes a profundizar la municipalización, en lo administrativo y programático, y se da un primer empuje a la autonomía escolar	-1991: Nueva Constitución -1993-1996: once de los 32 departamentos son certificados. Certificación limitada a pocos municipios (los que, de todas maneras, asumen responsabilidad en la provisión de servicios educativos, en el periodo 1986-1990)  -Traspaso de amplias responsabilidades a los departamentos; se reducen las competencias administrativas de los municipios, aumentan levemente las financieras	-1992: traspaso a los estados de los establecimientos federales de educación  -Traspaso inicial de responsabilidades limitadas  -Se completa el traspaso en todos los estados. Las modalidades de traspaso son heterogéneas entre los estados (la fusión federal/estadual se da en distintos modos)	-1993-1994: se profundiza la descentralización municipal en tres municipios más convenio de autonomía escolar con 53 centros secundarios -1995: empuje a la autonomía escolar; desincentivación de la municipalización -1996: se establecen los centros autónomos modelos: empuje a la desconcentración administrativa (departamentos)  -Con los convenios de autonomía, el gobierno trasapasa en seguida una amplia serie de competencias a las escuelas  -Autonomía escolar a discreción de cada centro. Los más grandes son privilegiados.

**Fuente:** Carciofi, Larrañaga y Cetrángolo, 1996; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Draibe, 1998; Vargas y Sarmiento, 1997 a, b; Ornelas, 1997a; Castillo, 1998; Fiske, 1996; Prawda, 1992; BID, 1996; Banco Mundial, 1996a; UNESCO/REDUC, 1991.

**Cuadro 17**  
**CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE PROVISIÓN DE LA EDUCACIÓN EN SIETE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA,**  
**POR DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO TIPOLOGÍA DE LAS TRANSFERENCIAS**

	Distribución territorial del financiamiento del GPEB a/			Naturaleza de las transferencias y criterios de asignación
	NC	NI	NL	
Argentina (a partir de 1978)	8	92 b/ (1978-1985)	-	Transferencias generales, vía co-participación de impuestos, asignadas por Ley
Bolivia (a partir de 1994)	10	90 c/ (1997)	---	Transferencias específicas a departamentos, con directiva de asignación para gasto corriente. Transferencias generales a departamentos y municipios vía coparticipación de impuestos asignadas según población. Desde el 1996, los recursos destinados a los municipios tienen una directiva de asignación para inversión (el 85% de los recursos de co-participación debe ser asignado a inversión).
Brasil (a partir de los años setenta)	26	44	30 d/ (1995)	Transferencias generales vía coparticipación de impuestos, asignadas según criterios de negociación y de equidad. Transferencias específicas (salarios-educación) asignadas a los estados según lo recaudado. Desde 1995, el 60% del total de recursos para educación debe ser canalizado en un Fondo que debe gastar por lo menos el 60% en remuneraciones. Los recursos provenientes del Fondo son distribuidos entre las escuelas estadales y municipales del Estado de acuerdo al número de alumnos matriculados.
Chile (a partir de 1981)	50	-	50 e/ (1991)	Transferencias específicas, asignadas en relación a la tasa de asistencia media de los alumnos registrada en los últimos tres meses en cada municipio y al costo de provisión del servicio. Existen también transferencias cruzadas redistributivas entre municipios (a través del fondo común municipal).
Colombia (a partir de 1991)	10	50	40 (1996)	Transferencias generales a departamentos (situado fiscal), con directiva de asignación para salud (el 25%) y educación (el 75%), asignadas según gasto histórico, población y esfuerzo fiscal. En la práctica, según gasto histórico. Transferencia generales, vía coparticipación de impuestos, a municipios, con directiva de asignación (30% a educación) y asignadas según gasto histórico, indicadores de pobreza relativa local, esfuerzo fiscal y eficiencia administrativa.
Mexico (a partir de 1992)	56	44 f/ (1995)	-	Transferencias específicas asignadas de acuerdo a un irreductible (que toma en cuenta lo asignado el año anterior) y a prioridades sectoriales. Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas según población y recaudación histórica.
Nicaragua (a partir de 1993)	68	-	32 (1996) g/	Las transferencias específicas a las escuelas, que antes se distribuían según profesor, se asignan, desde el 1997, según alumnos atendidos, gasto administrativo y sueldos promedios. Las transferencias específicas a los municipios, que se introdujeron hace poco, se asignan según criterios de equidad.

**Fuente:** Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Draibe, 1998; Vargas y Sarmiento, 1997 a, b; Ornelas, 1997a; Castillo, 1998; Espinoza y Mancel, 1994.

a/ Después de las transferencias intergubernamentales. GPB: Gasto Público en educación básica. NC= nivel central (gobierno central o federal); NI=nivel intermedio (Estados provincias, departamentos); NL=Nivel local (municipios). b/ Educación primaria. c/ Solamente se considera la distribución del presupuesto del nivel central de educación básica (o sea, no se incluyen los recursos propios de los niveles subnacionales). No incluye, tampoco, los recursos de coparticipación. d/ Educación total (incluye educación superior). e/ El grado de descentralización moderado se debe principalmente a los recursos públicos destinados al sector privado subvencionado, que permanecen centralizados. f/ Educación total (incluye educación superior). El grado de descentralización moderado se debe no solamente a la inclusión de la educación superior, sino también a la permanencia de un grado de centralización en la contratación de los recursos humanos y a la importancia de programas (por ejemplo, para el mejoramiento de la calidad educativa y el fomento a la ciencia y cultura) que siguen centralizados. g/ Educación total. Recursos descentralizados a municipios y escuelas. Incluye recursos propios generados por las escuelas. La escasa cobertura del proceso en 1996 explica el grado todavía bajo de descentralización presupuestaria

Con respecto a la evaluación del grado de autonomía otorgado en el financiamiento de los servicios, es necesario considerar dos aspectos principales: el peso de los recursos propios respecto de los recursos traspasados de otros niveles, y las condiciones de utilización de los recursos traspasados. Una estructura de financiamiento muy dependiente de recursos de origen central, deja por supuesto menos autonomía en la provisión del servicio que una estructura más dependiente de recursos propios. Por otro lado, sin embargo, hay diferencias importantes en el grado de condicionamiento de las distintas estructuras de financiamiento, según las condiciones atadas a los recursos traspasados que hay que tomar en cuenta. El cuadro 17, que incluye una desagregación del gasto público en educación básica por nivel ejecutor del gasto (incluyendo, entonces, las transferencias intergubernamentales) y una corta descripción de la naturaleza y condiciones de utilización de las transferencias, además de los criterios de distribución entre áreas e instituciones públicas, entrega información útil para la evaluación.

Haciendo un esfuerzo de síntesis y sopesando el grado de autonomía y participación de los niveles subnacionales en las distintas funciones, se puede intentar clasificar los procesos analizados de acuerdo a cinco grandes tipologías de reforma (cuadro 18):

1. Reformas de tipo principal/agente<sup>42</sup> (P/A) entre un principal (nivel central) y un agente (nivel intermedio o local) con poca participación como son los casos de Chile y México. Estos procesos se caracterizan, en primer lugar, por una proporción similar de recursos propios, en promedio, alrededor del 10% de los recursos totales del nivel proveedor disponibles para educación, que limitan la responsabilidad financiera del nivel proveedor de los servicios, a pesar de dejarle libertad en la asignación de sus recursos, no sujetos a directivas de gasto o asignación. En segundo lugar, por una proporción y tipología similar de recursos descentralizados: aproximadamente, entre el 50% y el 60% de los recursos destinados a la educación primaria y secundaria se manejan de forma descentralizada, y la totalidad –en el caso de Chile–, o la mayoría de estos –en el caso de México– se traspasan en forma de transferencias específicas (cuadro 17). Por último, se caracterizan por la negociación salarial así como por los aspectos principales de la carrera docente que se mantienen centralizados, y por la responsabilidad por los contenidos educativos compartida entre el nivel central y el nivel intermedio o local, con un papel importante del nivel central en la definición de los planes de estudio. Otra similitud de los modelos, a pesar de ser el chileno un modelo de municipalización y el mexicano uno de estadualización, es la falta de mecanismos efectivos de participación local. En Chile, como ya se ha mencionado, por lo menos se están realizando esfuerzos de traspaso de responsabilidades en las escuelas que deberían tener un impacto positivo sobre la participación. La utilización de un subsidio por estudiante como mecanismo de asignación de los recursos en el país debería obrar como un incentivo a la participación de los padres a través de la elección del establecimiento escolar. Sin embargo, al distribuir el subsidio a la municipalidad y no a la escuela y tampoco a las familias, estas no se sienten involucradas en el proceso de asignación de recursos, siguen teniendo la impresión de recibir una educación “gratuita” (Carciofi, Larrañaga y Cetrángolo, 1996) y se restringe el incentivo a una participación activa en la elección y operación de las escuelas.

2. Reformas de tipo P/A entre un principal (nivel central) y dos agentes (niveles intermedio y local) con poca participación, como son los casos de Bolivia y Colombia, respecto

---

<sup>42</sup> De ahora en adelante el modelo principal agente se refiere al modelo P/A de intensidad media definida en el capítulo II.

a sus procesos de descentralización. Estas reformas se caracterizan, en primer lugar, por un cofinanciamiento que involucra dos niveles, además del nivel proveedor, con una proporción similar de recursos descentralizados (aproximadamente el 90%) sujetos a directivas de utilización bastante restrictivas (cuadro 17). En segundo lugar, por un monto limitado de financiamiento con recursos locales, aproximadamente 5% en Bolivia y 10% en Colombia. En tercer lugar, por la gestión de la política laboral y de los aspectos pedagógico-curriculares compartidos entre el nivel proveedor y, por lo menos, dos otros mismos niveles (caso de Colombia) o que dependen de dos mismos niveles que no incluyen el nivel proveedor (caso de Bolivia). Estas formas de descentralización, además de la poca autonomía que dejan al nivel proveedor, pueden llevar a problemas de "abandono de responsabilidades" de cada nivel involucrado, generando a la vez problemas de *accountability*, de coordinación entre niveles y de supervisión financiera. En los dos países, a pesar de que se están promoviendo mecanismos eficaces para involucrar a la comunidad local a través de la formación de órganos de participación y, en Colombia, mediante una desconcentración incipiente a nivel de escuelas, la participación y el control social siguen todavía débiles. Además, hay que tener cuidado de que la poca claridad de responsabilidades recíprocas de los niveles no termine, en el futuro, desincentivando la participación local. En Colombia, se está actualmente discutiendo un cambio en las fórmulas de asignación de los recursos por un sistema de asignación por estudiante para mejorar la eficiencia de la provisión a través de un mayor involucramiento de los padres.

3. Procesos de desconcentración participativa, como es el caso de la descentralización escolar en Brasil. La experiencia –que se está dando desde la mitad de los años ochenta en las escuelas estatales de varios estados–, de traspaso de algunas categorías de recursos directamente a las escuelas combinado con el nombramiento de los directores por los consejos escolares y la participación de estos en la gestión corriente y de contenidos de los establecimientos, puede ser considerada como una desconcentración, ya avanzada, de responsabilidades en las unidades escolares con un grado satisfactorio de participación de la comunidad escolar, a través de los consejos, en el proceso educativo.

4. Procesos de *devolución* híbrida con poca participación, como el de Argentina con su provincialización, y el de Brasil con sus sistemas estatales y municipales de provisión de educación primaria. Estos procesos se caracterizan, en primer lugar, por proporciones similares de recursos descentralizados en los niveles subnacionales (alrededor del 90% de los recursos totales para educación primaria) y el predominio, o la totalidad, en el caso argentino, de traspasos bajo la forma de transferencias generales (cuadro 17). En segundo lugar, por las proporciones de los recursos generados por los niveles proveedores, que representan generalmente más del 40% de los recursos totales disponibles para educación<sup>43</sup>. Estas características confieren más autonomía financiera a los niveles proveedores que en los casos anteriores, con distintos grados dependiendo de las directivas de utilización existentes. Argentina es el país que tiene probablemente mayor libertad de decisión, ya que las provincias no están sujetas a ninguna directiva de utilización sobre los recursos propios y coparticipados; el caso contrario corresponde a los estados y municipios brasileños. En tercer lugar, estos modelos se caracterizan por tener un grado de autonomía prácticamente total en la política laboral, e importante en lo pedagógico-curricular existiendo amplia autonomía para la formulación e implementación de los planes de educación. Con respecto a la participación, ambos procesos no han sido participativos, o, por lo menos, los mecanismos de participación

---

<sup>43</sup> Excepto en el caso de los municipios brasileños, donde las proporciones de recursos propios deben representar alrededor del 15 al 20% de los recursos totales. En el Estado de Santa Catarina, por ejemplo, en 1993 los municipios financiaban en promedio el 20% del gasto educativo con recursos propios, y el porcentaje va en aumento (FUNDAP, 1996).



existentes no funcionan de manera eficaz. Como ya se dijo, en Brasil, por lo menos, el proceso de desconcentración escolar en curso está fomentando la participación al interior de las escuelas.

5. Procesos de *devolución* híbrida participativa, como la descentralización escolar en Nicaragua. Este proceso, por el monto de recursos propios generados por las escuelas mismas, que representaban en promedio el 45% del financiamiento total de los centros de enseñanza secundaria, en 1996, y el grado importante de autonomía en la gestión del personal (nombramiento de directores, contratación/despidos de personal, incentivos salariales) y en lo pedagógico-curricular, se acerca a un proceso de *devolución* híbrida a pesar de tener mayores limitaciones de autonomía que en los casos de Argentina y Brasil. Puede, además, ser caracterizado como participativo por la importancia creciente de los consejos directivos en la administración de los centros escolares.

**Cuadro 18**  
**MODELOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN**  
**EN PAÍSES SELECCIONADOS**

Países	Principal/agente			<i>Devolución</i>			Desconcentración			Grado de participación de la comunidad
	I	L	U	I	L	U	I	L	U	
Argentina				H						Bajo
Bolivia										Incipiente
Brasil				H	H					Medio (U)
Chile									A	Bajo/en aumento
Colombia									A	Bajo/en aumento
México										Bajo
Nicaragua						H				Medio/en aumento

Fuente:Elaboración propia

I = Nivel intermedio (provincia, estado o departamento)

L = Nivel local (municipios)

U = Unidad de producción (escuelas)

H = Modelo híbrido

A = Autonomía incipiente

## V. CARACTERIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La heterogeneidad de los países de la región, sumada a la diversidad de estrategias de descentralización empleadas en cada caso, y las restricciones de información, limitan la rigurosidad de los análisis comparativos del proceso de descentralización de la atención primaria de salud en los distintos países. A pesar de lo anterior, en este capítulo se hace un esfuerzo por sistematizar las diversas experiencias mediante el reconocimiento de los elementos comunes y las principales diferencias en las estrategias adoptadas. En beneficio de la comparabilidad, en el análisis que se presenta a continuación se introduce un elevado grado de simplificación que puede representar en algunos casos un costo, en la medida que se pierde la riqueza que provee el análisis de cada experiencia en particular.

### 1. La estrategia de descentralización de la salud por país

Las reformas vinculadas con la descentralización de los servicios de salud tienen una larga tradición en América Latina y se caracterizan por su gran variedad respecto del contenido, extensión y persistencia en el tiempo. El cuadro 19 resume la evolución histórica de los procesos de descentralización del sector salud en América Latina.

En esta sección se intenta sistematizar las diversas experiencias tratando de tipificar el modelo predominante en cada uno de los países analizados. Esta sistematización se efectúa en base a la tipología de modelos de descentralización destacada en la parte teórica y utilizada también en el capítulo sobre educación. Es importante señalar que al analizar cada una de las experiencias se encuentra una línea divisoria poco clara entre un modelo y otro, lo cual introduce cierto grado de arbitrariedad en la caracterización de cada una de ellas.

Para efectos de simplificación, a continuación se realiza un ejercicio en el que se distingue el papel de los diferentes niveles en cada una de las funciones principales. Los niveles considerados son el central, el intermedio, el local, la unidad productiva y la comunidad. Entre las funciones, se distinguen cuatro amplias categorías: conducción, regulación y evaluación; financiamiento; administración, y área programática.

#### a) *Argentina*

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Argentina se encuadra en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público en general y el financiamiento de los programas sociales en particular. Por otra parte, la experiencia argentina presenta ciertos elementos específicos que la diferencian del resto. En primer lugar, se trata del caso más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud en la región, tanto por la cuantía de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como por las facultades y poder de decisión traspasados a las provincias. Además, se trata de una compleja estructura en la que, tan importante como el sistema público es el de las 'obras sociales', mecanismo de aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización

autónoma que es importante de considerar en todos los análisis del sector salud argentino. Finalmente, a diferencia de otras experiencias, la atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (Montoya , 1997).

A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha avanzado en forma progresiva hacia una salud pública descentralizada, en un proceso que se ha caracterizado por su gradualidad, en el sentido de que ha pasado por diversas fases en las cuales hubo un traspaso progresivo de competencias al nivel intermedio (provincias) y, más recientemente, a la unidad microeconómica (hospitales de autogestión). La descentralización en el nivel local no ha formado parte del modelo de descentralización explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. La función de coordinación entre las provincias fue establecida a comienzos de los años setenta a través de la creación de Comités federales de salud y de consejos federales de salud.

El proceso de descentralización más reciente, iniciado en el año 1978, tuvo como motivación principal la reducción de las presiones fiscales del nivel central, y ha consistido en el traspaso de mayores funciones a las provincias sin una contrapartida de nuevos recursos. La eficiencia y equidad no estuvieron presentes entre las motivaciones del proceso, lo que determinó la falta de mecanismos de coordinación y de políticas dirigidas a buscar una mayor eficiencia y equidad en el gobierno nacional.

En general, el proceso de provincialización de la salud se caracteriza por el traspaso amplio de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central. El proceso de descentralización que tiene lugar a partir de 1978 se caracteriza por la transferencia gradual de hospitales que aún quedaban en el ámbito de la nación, a las provincias. En esta fase, en 1986 comenzó en forma gradual la descentralización microeconómica, brindando mayor independencia a los hospitales en materia de financiamiento y gestión. En particular, en la década de 1990 se observa en Argentina un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias; casos de descentralización de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de hospitales de autogestión. En el modelo de "autonomía hospitalaria" los hospitales públicos participan en la dirección de la unidad, cuentan con la posibilidad legal de facturar, captar fondos para ser utilizados en equipamientos y, en algunos casos, a salarios, y administran autónomamente el servicio.

Actualmente, existe una serie de hospitales que se han ido transfiriendo a las provincias sin que exista un marco global que permita articular el funcionamiento de cada uno de ellos. En general, las provincias tendieron a repetir el mismo esquema centralizado de la nación: un Ministerio de Salud, cierta cantidad de hospitales de baja complejidad, otros de alta complejidad, y algún grado más o menos razonable de articulación, generándose de ese modo en vez de un sistema nacional de salud, 23 sistemas provinciales de salud. Como resultado de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, los que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales. Existen modelos en que la provincia ha dado espacio al municipio para desempeñar un papel más activo en materia de administración, transfiriendo grados importantes de autonomía a los municipios y a las unidades hospitalarias, e incluso se ha llegado a crear algún espacio de participación de la comunidad en la dirección del hospital. En otros casos, por el contrario, el modelo es altamente centralizado en el nivel provincial.

**Cuadro 19**  
**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS**

	HITOS DE DESCENTRALIZACIÓN
ARGENTINA	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias
BOLIVIA	1994: Delegación de responsabilidades nivel municipal 1995: Delegación de responsabilidades nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario
BRASIL	1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (SUS). Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el SUS (pero con competencias ambiguas), el cual es reglamentado en 1990 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización
CHILE	1981-1982: Traspaso en forma experimental de función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987
COLOMBIA	1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado como un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud, y a los departamentos los del segundo y tercer nivel Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud
MÉXICO	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud. Se trató de un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias
NICARAGUA	1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud a/. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, bajo el sistema unificado de salud 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria b/ 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)

**Fuente:** Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz-Mier y Giussani, 1997; Ornelas b, 1997; Vargas y Sarmiento, 1997c; México, Consejo Nacional de Salud, 1996; Draibe, 1998; Gómez, 1997; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996.

a/ 1982: Gobierno central nombra delegados regionales de gobierno con rango de ministro. 1985: Presupuesto de Salud de Managua pasa a ser controlado directamente por la administración regional del Ministerio de Salud. b/ 1987: Presupuesto de salud de Managua fue descentralizado en el nivel de unidades operativas. A partir de esta experiencia, se extendió a otras regiones. La descentralización presupuestaria consistió en la asignación directa del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas a las direcciones regionales del Ministerio de Salud de las regiones II, III y IV.

La salud pública en Argentina es financiada a través de transferencias generales automáticas a los gobiernos provinciales, derivadas del denominado “pacto fiscal”, y de recursos propios. Las provincias reciben una transferencia automática, y cada una de ellas asigna de manera autónoma los recursos presupuestarios al sector. No hay transferencias específicas desde el nivel central al sector (como ocurre con otros servicios). Por lo tanto, el presupuesto provincial de salud queda sujeto a la asignación provincial de los recursos propios y de aquellos provenientes de la coparticipación. Adicionalmente, existen recursos propios sectoriales que provienen de la venta de servicios o recuperación de costos que se realiza a nivel hospitalario.

Como se observa en el cuadro 20, los diversos esfuerzos descentralizadores de los servicios de salud en las provincias dieron origen a un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial. Se trata entonces de un modelo de *devolución* híbrida de competencias al nivel provincial y de las unidades productivas<sup>44</sup> por la vía de la autonomía hospitalaria, con una escasa participación de la comunidad. El carácter híbrido proviene del hecho de que, a pesar de gozar de plena autonomía en materia programática y de gestión, las provincias y hospitales mantienen una relación de dependencia del nivel central en el plano financiero. Aunque las provincias están facultadas para obtener recursos propios, su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias automáticas desde el nivel central al nivel provincial, por intermedio de la coparticipación tributaria.<sup>45</sup> El nivel central mantiene participación en el diseño de programas y en la dictación de normas, pero sus directrices no tienen más que un valor indicativo.

---

<sup>44</sup> Respecto a la descentralización microeconómica el término *devolución* es utilizado en un sentido amplio debido a las limitaciones de autonomía de los hospitales en los temas vinculados a política de recursos humanos (negociación salarial, contrataciones).

<sup>45</sup> En cuanto a los hospitales autónomos, se puede señalar que en la provincia de Santa Fe, por ejemplo, la captación de recursos propios adicionales es creciente en el tiempo, y su relevancia oscila entre un 5% y un 40% de los ingresos totales dentro de una muestra de hospitales analizados.

**Cuadro 20**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN ARGENTINA, DESDE 1978**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social)		Diseña programas, dicta normas y coordina subsistemas. Sin embargo, sus directrices tienen solo valor indicativo	Coparticipa de recaudaciones tributarias			Define programas de cobertura nacional: lucha contra endemias; campañas preventivas; educación sanitaria; programas materno-infantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental
NIVEL INTERMEDIO (Autoridades sanitarias provinciales)		Cuenta con autonomía para la definición de políticas de su jurisdicción y ejerce el control sobre los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en su territorio (excepto en obras sociales)	Puede captar recursos adicionales en forma de impuestos y usarlos en forma irrestricta	Política de recursos humanos	Ejecución de programas y provisión de servicios.  A partir de 1992, se transfirieron los principales programas de prevención (nutrición, inmunización y materno)	Define planes provinciales de cobertura de determinadas endemias.
GOBIERNO LOCAL (Municipios)					- Tiene a su cargo la ejecución de programas y la administración de servicios de su órbita.  - Hay casos de descentralización desde las provincias a los municipios.	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales públicos)			Independencia en facturación por prestaciones a Obras Sociales y recursos adicionales a través de copagos (hospitales de autogestión)	Sobresueldos (hospitales de autogestión)	Transferencia desde la nación a los hospitales de autogestión: provisión de servicios.	Autonomía en el proceso de asignación de recursos internos (hospitales de autogestión)
COMUNIDAD			Copago			

**Fuente:** Elaboración propia en base a Bisang y Cetrángolo, 1997.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

En síntesis, se puede afirmar que el proceso de descentralización de los servicios de salud que progresivamente se ha ido implementando en Argentina se ha caracterizado por la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector, lo que ha contribuido a generar modelos heterogéneos de salud provinciales, donde se reconoce un rasgo común que es el avance hacia la descentralización microeconómica.

#### *b) Bolivia*

El modelo de descentralización de la salud promovido en Bolivia, conocido como modelo de gestión compartida con participación popular, responde a una voluntad más amplia de democratizar y modificar la distribución del poder político en el país. El proceso de descentralización no refleja las demandas sectoriales, sino que se inserta dentro de un plan global de redefinición de las relaciones entre las unidades locales y centrales al interior del sector público en general. La descentralización de los servicios sociales forma parte, entonces, de un conjunto más amplio de reformas estructurales que han modificado radicalmente la institucionalidad del país.

El proceso de descentralización en el sector se inicia con la promulgación de la ley de participación popular en 1994, que crea 311 municipios. Por intermedio de esta ley se descentraliza el sector salud transfiriendo a los municipios la infraestructura física de las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, incluyendo hospitales de referencia nacional. Se transfieren también las responsabilidades ligadas al mantenimiento de esa infraestructura, su equipamiento y la provisión de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.

El proceso de descentralización continúa con la ley de descentralización administrativa, que en la práctica implica la transferencia de la administración de los recursos humanos del sector salud a los departamentos. Los departamentos pasan teóricamente a estar a cargo de la supervisión, administración y control de los recursos humanos en salud.

Se trata de un proceso de corta existencia y, por lo tanto, con un número importante de discrepancias entre el modelo teórico y el que actualmente se aplica. En teoría, según el modelo, los diferentes niveles de gobierno contribuyen en materia de regulación, supervisión, financiamiento y administración, y la comunidad cumple un papel importante en la supervisión de actividades y en la formulación de los programas de salud. La función de coordinación, teóricamente, la desempeñan las direcciones locales de salud. Aunque falta consolidar el proceso, su implementación geográfica ha sido muy rápida, no gradual, y ha abarcado todo el territorio.

Uno de los elementos característicos del modelo boliviano es la distribución de los papeles entre los niveles intermedios y locales. A diferencia de otros países en que estos papeles se determinan por los niveles de atención de salud, en Bolivia, la distinción se establece según los insumos sobre los cuales los distintos niveles ejercen su responsabilidad de administración. En consecuencia, puede ser concebido como un "modelo de descentralización por factores". En este contexto, el papel del municipio se centra en la gestión de infraestructura y operación, mientras que los departamentos tienen a su cargo la administración de los recursos humanos (cuadro 21). Al tratarse de un modelo de gestión compartida y fragmentado por factores, pasa a ser altamente demandante de mecanismos de coordinación vertical, con el objeto de poder concretar en forma eficiente la función de producción de los servicios de salud. Se trata entonces, de una transferencia a diferentes niveles del gobierno, de las distintas piezas que componen la función de provisión.

Dentro de este modelo, la Secretaría Nacional de Salud Pública es responsable establecer y controlar el cumplimiento de la normativa y la comunidad está encargada de la identificación de la demanda y el control social. A diferencia del sector educación, el sector salud no tiene una estructura de participación independiente a la creada con la ley de participación popular. El control social se realiza a través de los comités de vigilancia, que tienen funciones mucho más amplias que simplemente la de controlar las actividades del sector salud.

Para resolver el problema de falta de coordinación en este esquema descentralizado, se estableció el nuevo modelo sanitario, que se centra en el sistema público, y que se define como un modelo de "gestión compartida con participación popular". Este modelo se aplica a través del directorio local de salud (DILOS), que es un organismo participativo localizado en el municipio y cuya función es cumplir un papel de coordinación, pero que debido a la falta de reglamentación y normativa existente en el sistema, todavía no lo está cumpliendo.

En materia de financiamiento, la principal fuente proveedora de recursos es el nivel central. A través de mecanismos de transferencias generales automáticas, vinculadas a las rentas nacionales de coparticipación tributaria, el gobierno central financia los gastos de inversión de responsabilidad de los municipios, y, a través de transferencias específicas a los departamentos, financia los gastos de operación relacionados con la planilla de sueldos y salarios. El grado de autonomía sobre los recursos de transferencia es bajo, toda vez que el 85% de la recaudación tributaria efectiva que se transfiere a los gobiernos municipales debe ser utilizada para gastos de inversión pública. Por otra parte, existe un copago que antes de la descentralización era administrado por la unidad productora para gastos de funcionamiento, personal y equipo de apoyo. Como consecuencia de la descentralización, los centros de producción de servicios de salud perdieron autonomía al pasar a ser administrados por los municipios, lo que afectó su capacidad de gestión. Llama la atención que la definición de la oferta de servicios o contenido programático no es explícita, lo que en parte es el reflejo de la ausencia de una clara política sectorial global.

En el caso boliviano, los cambios radicales en la institucionalidad que define la estructura organizativa de provisión de los servicios de salud se han manifestado en un grado de descentralización muy profundo en cuanto a la ejecución presupuestaria, dado que, después de las transferencias, el nivel central solamente gasta en salud el 11.6% del gasto público en salud (cuadro 31). Sin embargo, las condiciones de utilización de las transferencias son restrictivas, limitando el grado de autonomía de los nuevos niveles proveedores. Por el momento, el de Bolivia puede ser catalogado como un modelo de tipo principal/agente en los niveles intermedio y local, tal como lo es en educación. La dependencia financiera con el nivel central es muy elevada, y en materia de gestión del personal y programática existe una autonomía parcial en el nivel intermedio. Cabe destacar la existencia de un esfuerzo por establecer mecanismos de participación de la comunidad en el área programática y de control.



**Cuadro 21**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE SECTOR SALUD EN BOLIVIA, A PARTIR DE 1994**

ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			DEL PERSONAL	OTRA	
INSTITUCIONES					
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría Nacional de Salud Pública)	- Norma, regula y conduce el nuevo modelo sanitario. - Planifica y define políticas de salud, personal, medicamentos e insumos. - Define política de paquete mínimo de atención gratuita (Seguro de maternidad y niñez)	- Municipios: Transferencias generales vía coparticipación tributaria de 20%. - Departamentos: Transferencias del Tesoro General de la Nación (TGN) para financiar planilla de recursos humanos y gasto de operación.	- Define políticas de recursos humanos - Masa salarial establecida por negociación	- Administración de medicamentos esenciales	- Definición de las patologías prioritarias de atención
NIVEL INTERMEDIO (Prefecturas departamentales, dirección departamental de salud)	- Planificación estratégica - Supervisión y control de los recursos humanos	- Opción de cofinanciar con fondos de empresas departamentales que no han sido privatizadas y con regalías	- Administración de los recursos humanos	- Aplicación de las políticas nacionales de salud dentro de su región	- Existe espacio (por ausencia de definiciones) para iniciativas departamentales
GOBIERNO LOCAL (Gobiernos municipales, directorio local de salud-DILOS-) a/	- Supervisión del desempeño de las autoridades de salud y propuesta de ratificación y remoción - Supervisión y coordinación de la elaboración del presupuesto de los centros de salud y hospitales	- Recursos propios (básicamente válido para municipios grandes)	- Puede contratar personal médico con recursos de generación de los centros de salud	- Administración y mantenimiento de la infraestructura, construcción, equipamiento, administración de los gastos de operación - DILOS administran programa de maternidad y niñez	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel)		- Recaudación vía tarifas por consultas, servicios médicos y medicamentos (pero administración de los recursos a cargo de los municipios).			
COMUNIDAD (Comité de vigilancia y juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas)	- Vigila que los recursos municipales se inviertan en forma equitativa entre la población urbana y rural - Propone cambio o ratificación de autoridades	- Copago			- Identificación necesidades de salud. Sólo en teoría ya que la población no demanda salud. b/

**Fuente:** Elaboración propia en base a Ruiz-Mier y Giussani, 1997.

a/ Los DILOS están conformados por representantes del alcalde, el director departamental de salud y el comité de vigilancia.

b/ Gran incidencia del factor cultural que lleva a aceptar las enfermedades como orden natural.

**Nota:** Casillero no sombreado significa función teóricamente definida, aún no en práctica.

*c) Brasil*

El proceso de descentralización del sector salud en Brasil se inicia a fines de la década del 70, y se ha caracterizado por su relativa gradualidad y por los cambios que ha experimentado respecto a su contenido, orientación del proceso y prioridades.

En su primera etapa, el proceso de descentralización es una respuesta a las crecientes demandas por cambios en la orientación de la política de salud dirigidos a universalizar el derecho a la salud y a eliminar la fuerte segmentación y fragmentación del sistema. En este sentido, la descentralización se percibe como uno de los instrumentos destinados a optimizar la asignación de recursos al interior del sector salud, y, adicionalmente, forma parte de una serie de reformas más amplias orientadas a integrar el sistema público de salud, reducir el poder del nivel central fortaleciendo los niveles subnacionales, y aumentar el grado de participación ciudadana.

El origen de la experiencia de descentralización del sector salud en Brasil constituye una excepción en el contexto regional, en el sentido de que el proceso de reforma no fue liderado por el nivel central sino por personal del área médica (principalmente del sector público), el que a través de movimientos sociales dirigió un proceso de cambio institucional cuyos ejes eran la integración de los tres niveles de gobierno en el sistema unificado de salud (SUS), la descentralización, y la desconcentración de los recursos y del poder político.

En el modelo de descentralización que se ha establecido, los niveles subnacionales participan en alto grado en las diversas funciones; sin embargo, en la práctica, desde 1993 se ha acentuado el carácter municipalista del modelo implantado. Con el objeto de introducir flexibilidad frente a la heterogeneidad que caracteriza a los diversos entes subnacionales, el proceso de descentralización adoptó una mecánica gradual, mediante la cual cada estado y municipio solicita ser calificado en una modalidad de gestión y donde el elemento de negociación entre las tres esferas de gobierno lo constituyen las comisiones de intergestores, cuyo propósito es apoyar el proceso de implementación de la descentralización. Para los estados se definieron dos categorías: gestión parcial y semiplena; mientras que los municipios pueden ajustarse además a una tercera categoría, "incipiente". Esta clasificación se traduce en diferencias respecto de las facultades y autonomía en el uso de los recursos. El grado de avance del proceso de descentralización es moderado si se considera que en tres años del total de municipios (incluidos aquellos que aún no han solicitado clasificación) el 45% estaban clasificados en la categoría de gestión incipiente, el 12% en gestión parcial, y el 1.8% en gestión semiplena (que representa, sin embargo, el 12% de la población). Evaluado en términos de dependencia financiera, el sistema sigue manteniendo una exagerada dependencia de los recursos federales, lo que, en ausencia de vínculos automáticos establecidos constitucionalmente y en un contexto de ajuste fiscal, ha implicado un desequilibrio significativo en el financiamiento del sector.

Uno de los problemas no resueltos en la experiencia de Brasil es la falta de correspondencia entre las fuentes de financiamiento y las funciones y atribuciones de las distintas esferas de gobierno. Por otra parte, la irregularidad y la ausencia de una vinculación constitucional de los recursos para la salud ha constituido una restricción al avance de la descentralización efectiva y una fuente de vulnerabilidad para el financiamiento del sector, al depender fuertemente de la orientación de las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica. En efecto, como resultado de la profundización de la crisis de 1991-1993, el

gasto en salud contribuyó al ajuste fiscal<sup>46</sup>, quedando en la práctica el sistema de salud desfinanciado, lo que obligó recientemente a establecer un impuesto provisorio sobre el movimiento financiero, destinado a financiar el sector a partir de 1997.

En relación con las transferencias federales destinadas a salud, teóricamente la ley estableció un sistema de transferencias automáticas a las entidades subnacionales según diversos criterios: perfil demográfico y epidemiológico; características de la red de servicios y equipamiento; desempeño técnico, económico y financiero en el período anterior; participación del sector salud en el presupuesto estatal y municipal; planes de inversión; recuperación por servicios prestados a otras esferas de gobierno, y requisitos organizacionales. En la práctica, sin embargo, como resultado de dificultades técnicas y políticas, la implementación de estos criterios se ha desarrollado con lentitud, y el mecanismo predominante de traspaso de recursos del gobierno federal a los estados y municipios es el de remuneración por compra de servicios a los entes subnacionales. Esto desincentiva la participación financiera de los niveles subnacionales, fortalece la cultura de dependencia del gobierno central, estimula procedimientos médicos más caros y no necesariamente más eficientes, aumenta las presiones políticas permanentes sobre la "caja federal" y, en fin, inhibe el proceso de descentralización (Barros, Piola y Vianna, 1996). Las transferencias desde el gobierno federal a las entidades subnacionales operan a través de los siguientes mecanismos: a) traspasos por concepto de actividades ambulatorias y hospitalarias de acuerdo a la población, complejidad de la red y valores históricos, y b) traspasos por incentivos a la descentralización a través del factor de apoyo a los estados (FAE) y del factor de apoyo al municipio (FAM), asignado a cada entidad que se habilita en alguna condición de gestión.

Como se observa en el cuadro 22, que ilustra el modelo de municipalización semiplena que se está implementando gradualmente en Brasil, las competencias específicas del nivel municipal son la elaboración, administración y ejecución de acciones y servicios de salud local –vale decir la gestión de la salud local–, mientras que el papel de los estados se relaciona con la planificación regional de las políticas de salud. Un elemento que diferencia el proceso de descentralización implementado en Brasil de otras experiencias de la región es que la función de contratación de personal la realizan mayoritariamente los niveles subnacionales; en los otros casos esa competencia se tiende a mantener centralizada. Los municipios gozan de gran autonomía en materia administrativa y programática. Sin embargo, a pesar de ser un país con un elevado grado de descentralización fiscal en el que los gobiernos subnacionales, incluidos los municipios, pueden dictar sus propias leyes orgánicas, y sobreponerse a las leyes ordinarias y federales, estos niveles subnacionales mantienen una importante dependencia de los recursos del nivel central para el sector (solamente un 12% del gasto público en salud se financiaba con recursos propios municipales, en 1990). En ese sentido, se trata de un modelo que puede definirse como de *devolución* híbrida al nivel de los municipios. Los estados también deben descentralizar y municipalizar los servicios de salud, ejecutando en forma complementaria o sustitutiva algunas de las acciones y servicios aún no asumidos por los municipios. Sin embargo, en la práctica sus competencias no están claramente delimitadas.

---

<sup>46</sup> Estimaciones del gasto federal, responsable del 75% del gasto público en salud, muestran una reducción desde 65.9 dólares per cápita en 1990, a 49.6 dólares, en 1993.

**Cuadro 22**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL, A PARTIR DE 1990**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				TRANSFERENCIAS GENERALES	DEL PERSONAL	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud; comisión nacional. de intergestores tripartita;a/, consejo nacional de salud; fondo de salud; conferencia de salud)		- Formula políticas nacionales -Norma y evalúa directrices generales de SUS -Define y coordina los sistemas de redes integradas de salud -Regula la formación, el ejercicio profesional, y las relaciones entre el SUS y los productores privados	- Transfiere recursos provenientes del fondo nacional de salud formado por recursos del presupuesto de seguridad social y del presupuesto de la Unión -Define criterios de asignación de recursos para cobertura asistencial -Cooperación financiera a estados y municipios	- Apoyo al desarrollo de los recursos humanos - Contratación de personal, sueldos y salarios, horas de trabajo, y capacitación	- Ejecuta, en circunstancias especiales que representan riesgo nacional, acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
NIVEL INTERMEDIO (Secretarías estatales de salud; comisión de intergestores bipartita) a/		-Formula políticas estatales de acuerdo con política nacional -Coordina red estadual de laboratorios de salud pública y hemocentros -Norma, procedimientos de control de calidad	- Recursos propios - Presta cooperación financiera a municipios	Contratación de personal, sueldos y salarios, horas de trabajo y capacitación. La contratación se realiza mayoritariamente en este nivel		Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
GOBIERNO LOCAL (Secretarías municipales de salud)		- Elabora acciones de vigilancia del ambiente y de procesos de trabajo -Formula política municipal de salud en concordancia con políticas estatales y nacional - Planea, controla y evalúa las acciones y servicios de salud - Norma complementariamente las acciones y servicios de salud	- Recursos propios (tiene capacidad de recaudación tributaria)	Participa en la contratación de personal. También participa en la determinación de horas de trabajo y capacitación	- Gestión de los sistemas locales de salud -Administración y ejecución de acciones y servicios de salud locales (servicios ambulatorios y hospitalarios asistenciales, gestión de red de productores privados, acciones de vigilancia epidemiológica, etc.) -Ejecuta política de insumos y equipamiento	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención
UNIDAD DE PRODUCCIÓN						
COMUNIDAD (Participa en consejos de salud b/: consejo estadual de salud, consejo municipal de salud)		Aprobación de planes de salud, fiscalización de recursos y supervisión de las políticas, en su ámbito de actuación				

**Fuente:** Elaboración propia en base a Draibe, 1998, y Lucchese, 1996.

a/ Comisiones intergestores se crean a partir de 1993 como órganos colegiados responsables de la gestión del sistema, particularmente de la descentralización (grado de autonomía transferidos a los estados y municipios según nueva tipología de grados de descentralización). b/ Los Consejos de Salud se organizan en cada nivel de gobierno y se componen de representantes gubernamentales, prestadores de servicios, profesionales de salud y usuarios de los servicios. Entre sus funciones están la aprobación de los planes de salud y fiscalizar los recursos y supervisar la política de salud.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

En el ámbito del control social de la gestión, se han creado diversos organismos coordinadores y de participación, pero la precariedad del acceso a la información limita el control efectivo por parte de los representantes de la sociedad. En cuanto a la participación de la comunidad, existen organismos al efecto en los diversos niveles subnacionales, como los consejos de salud creados en las diferentes jurisdicciones. En estos consejos participan representantes gubernamentales, profesionales de la salud, prestadores de servicios y usuarios de los mismos.

#### *d) Chile*

El proceso de descentralización de la salud en Chile, iniciado a comienzos de los años ochenta, se inserta en un contexto más amplio de reformas de políticas sociales cuyos ejes centrales fueron la introducción de mecanismos de mercado, de criterios de subsidiariedad del Estado (focalización y privatización), y la descentralización territorial de la atención primaria de salud en el nivel municipal. El origen de esta reforma fue una decisión del nivel central, en un contexto no democrático.

El modelo de descentralización implantado consistió en el traspaso de la administración de los establecimientos y del personal de la salud primaria a la administración municipal, y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel. En forma simultánea y de una sola vez se traspasó la infraestructura y el personal del primer nivel de atención a los municipios, y los hospitales de administración centralizada vía ministerio pasaron a ser administrados por los 26 servicios de salud que se crearon en todo el territorio<sup>47</sup>.

En sus inicios, la municipalización de la atención primaria de la salud avanzó en forma paulatina debido a la presión de los gremios que se resistían a la reforma y a la crisis económica de principios de los años ochenta, que frenó el avance de las reformas estructurales. Por ello se reconocen dos fases, la primera entre 1981 y 1985, durante la cual se transfirió el 20% de los establecimientos, y la segunda, que va desde 1986 a 1989, en la cual se traspasó la casi totalidad de los establecimientos restantes.

La descentralización del sector implicó introducir una diferencia en la modalidad contractual de los funcionarios, dependiendo de la unidad productiva en que se desempeñaban en el momento en que esta tuvo lugar. En efecto, mientras los funcionarios dependientes de los servicios de salud mantuvieron en general su calidad de funcionarios públicos, en el caso de la atención primaria de la salud la transferencia del personal se hizo a través de una modalidad en la cual los funcionarios del sector perdieron su condición de empleados públicos, y con ello perdieron también el régimen laboral de la carrera funcionaria, pasando a regirse por el sistema de los empleados particulares y negociando con los municipios sus condiciones laborales y salarios, de acuerdo a las condiciones específicas de cada localidad. En los últimos años, sin embargo, como resultado de la presión de los gremios y sindicatos del sector, se ha tendido a una recentralización del régimen laboral, dictándose un estatuto por el cual se recentralizan los salarios y las condiciones de empleo.

En cuanto a la función programática, los niveles subnacionales no tienen autonomía; por el contrario, el Ministerio de Salud norma con bastante precisión todo lo que está relacionado con el contenido de la atención primaria de salud.

---

<sup>47</sup> El director de cada uno de los servicios de salud es nombrado por el Ministerio de Salud.

El financiamiento es fundamentalmente de origen central, pero existen aportes de los municipios que complementan los recursos del nivel central. Este aporte ha sido tradicionalmente interpretado por los municipios como un "déficit", dado que su origen radicaría en la insuficiencia de fondos centrales para financiar los gastos de operación de los consultorios. En cierta medida, este déficit refleja una restricción presupuestaria "blanda" que ha absorbido ineficiencias de la gestión local y que luego se ha utilizado como mecanismo de presión para obtener un mayor aporte financiero del nivel central al sector descentralizado (Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996).

En forma simultánea al proceso de descentralización se modificó el esquema de financiamiento de los establecimientos de atención primaria de salud, el que ha estado expuesto a numerosas modificaciones a lo largo del tiempo. Desde 1981 hasta 1994, el sistema de financiamiento pasó a ser una especie de presupuesto histórico, con ciertos grados de discrecionalidad. En un comienzo, se estableció un sistema de reembolso a los consultorios en función del gasto del período anterior valorado conforme a una estructura de aranceles por tipo de prestación, la que desde la partida estaba distorsionada. Esta modalidad de pago retrospectivo alcanzó a durar solo un año ya que rápidamente las cuentas que enfrentaba el Ministerio de Salud sobrepasaban la disponibilidad de recursos. El esquema de financiamiento de la atención primaria de salud se basó desde el principio en el sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipales (FAPEM), el que experimentó a su vez numerosas modificaciones para compatibilizar la eficiencia, contención de costos y la equidad en la atención de salud. Actualmente se está implementando un nuevo sistema de capitación prospectiva, que consiste en el traspaso de recursos a los consultorios según la población inscrita y con probabilidades ciertas de hacer uso de la atención médica, transfiriendo de esta forma al proveedor una parte del riesgo financiero de la atención de salud. Adicionalmente este sistema prospectivo va acompañado de compromisos de gestión, que constituyen un instrumento con el cual la autoridad de salud puede monitorear el funcionamiento y la eficiencia del sistema.

De la revisión del cuadro 23 –que resume el modelo predominante de descentralización de la atención primaria de salud en Chile– se desprende que el grado de descentralización es parcial, en la medida que: los municipios no tienen autonomía sobre el área programática; no hay flexibilidad de gestión, y el municipio se transforma básicamente en un intermediario entre el nivel central y los insumos y profesionales que operan en el nivel local. Sin embargo, el municipio tiene un grado de autonomía importante en lo que se refiere a la contratación del personal vinculado con la atención primaria de salud. Por otra parte, hay señales de recentralización, ya que el nivel central ha procedido a inyectar recursos a través de una modalidad centralizada asumiendo decisiones acerca de diversos aspectos operativos. Con respecto al financiamiento, es cierto que la ejecución de la atención primaria es altamente descentralizada, pero también es cierto que las transferencias de recursos a los municipios no tienen márgenes de discrecionalidad en cuanto a su utilización. Finalmente, la comunidad no cuenta con mecanismos de participación formal que permitan contribuir a la función de control –aunque a nivel informal– en algunas unidades productivas se han creado consejos de desarrollo, que contribuyen al ejercicio de la función de control social. En definitiva, el modelo chileno se identifica predominantemente como un modelo de desconcentración administrativa en los municipios, donde su papel es básicamente de un intermediario que sigue las directivas del nivel central.

**Cuadro 23**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE, A PARTIR DE 1981**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)		Norma, dicta y regula	Traspasa recursos a los municipios para gastos de operación y mantención de infraestructura según población inscrita a las unidades de salud primaria (desde 1994)	Contrata personal dependiente del Ministerio de Salud Negocia salarios, de acuerdo a lo que determina la ley.	Servicios de atención primaria de urgencia, turnos vespertinos, ciertas compras de medicamentos	La autoridad técnica del Ministerio de salud determina el contenido de la actividad del consultorio
NIVEL INTERMEDIO (Servicios de salud a nivel regional) a/		Supervisión, inspección técnica y administrativa, y control de los establecimientos de salud				
GOBIERNO LOCAL (Municipios)			Aporte local destinado a complementar los recursos del nivel central	Contrata personal de atención primaria Puede establecer incentivos salariales	Administra la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Consultorios, postas de salud)						
COMUNIDAD						

**Fuente:** Elaboración propia en base a Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996.

a/ Los servicios de salud son dependientes del Ministerio de Salud.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica

*e) Colombia*

La característica que distingue el modelo de descentralización que está siendo aplicado en Colombia de los procesos en curso en otros países de América Latina, es el hecho de que la descentralización forma parte de una reforma integral del sector salud, que afecta no solamente la reorganización institucional de la provisión del servicio sino también la modalidad de su financiamiento, tanto en la provisión como en el aseguramiento. En efecto, el elemento distintivo del caso colombiano es la presencia de un sistema descentralizado de seguridad social en salud, que interrelaciona el aseguramiento con la gestión territorial.

El origen del proceso de descentralización en Colombia es esencialmente político. En el caso específico del sector salud, las motivaciones surgen principalmente del contexto de la descentralización iniciada en 1986, que originó demandas en el nivel local de una mayor autonomía en la gestión de los servicios de salud; de la percepción generalizada de incapacidad de los esquemas centralizados de responder a las crecientes demandas sociales, y de la convicción de que la descentralización de los servicios sociales constituía un instrumento adecuado para el control de las finanzas públicas, al estimular una mayor eficiencia del gasto.

El proceso de descentralización de la salud en Colombia ha sido acelerado. En una primera fase, en 1986, se descentralizó la inversión en infraestructura a nivel municipal. En una segunda fase, a partir de la reforma sectorial de 1990, se profundiza el proceso de descentralización asignando a los municipios no solo la responsabilidad de la inversión, sino también la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud. En esta etapa se sitúa la responsabilidad de la atención de salud de segundo y tercer nivel en el gobierno departamental. La tercera fase se inicia con la Constitución de 1991. En ella se establecen las bases del nuevo sistema de salud, que tiene como elementos centrales la organización descentralizada de los servicios de salud por niveles territoriales y con participación ciudadana, y la obligatoriedad de la seguridad social. Posteriormente, en 1993, se definieron las competencias territoriales en todos los sectores, incluyendo el de salud, y la estructura de su financiamiento, a la vez que se aprobó el nuevo sistema de seguridad social en salud, que entró en vigencia en diciembre de ese año. De esta manera, se establecen las bases del nuevo sistema de salud integrado por la gestión territorial y el aseguramiento, con elementos explícitos en materia de equidad (universalidad del aseguramiento y de las acciones de salud pública) y eficiencia (competencia, participación del sector privado). A grandes rasgos, la responsabilidad de la atención de la enfermedad individual quedó cubierta por el componente de aseguramiento, mientras que la atención colectiva quedó vinculada al componente territorial.

El carácter descentralizado del nuevo sistema de seguridad social se manifiesta en el hecho de que el régimen subsidiado que garantiza la universalidad del aseguramiento al cubrir a las familias sin capacidad de ingresos, es administrado y financiado a través de los municipios. Es de competencia de los municipios, a su vez: a) la identificación de las familias beneficiarias; b) la afiliación de los pobres a una entidad promotora de salud (EPS), y c) la cotización correspondiente a estos casos, a través de un subsidio otorgado por el municipio y complementado por el fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA).

Hay ciertos componentes de las competencias que se descentralizan automáticamente. Pero esta fase de descentralización ha sido gradual, ya que se estableció un mecanismo de certificación mediante el cual los departamentos adquieren plena autonomía de gestión -traspasándoseles las competencias sectoriales- cuando la entidad territorial reúne los requisitos previstos para que pueda asumir las responsabilidades descentralizadas. Algo similar ocurre en el caso de los municipios, los que, aún cuando reciben automáticamente responsabilidades



y recursos (transferencias correspondientes a la participación en los ingresos corrientes de la nación), deben acreditar ante el departamento respectivo un conjunto de requisitos para obtener de este su "certificación" de idoneidad y poder así administrar los hospitales del primer nivel y los recursos correspondientes del situado fiscal, tutelados hasta ese momento por el departamento. El proceso ha avanzado más ágilmente en la certificación de departamentos que de municipios, de manera que la descentralización de los servicios de salud, al igual que en educación, es más "departamentalista" que "municipalista", lo cual permite un mejor aprovechamiento de las economías de escala regionales.

El financiamiento de la salud en los diversos entes territoriales está ligado a un complejo sistema de transferencias de recursos desde el nivel central, de recursos propios, cofinanciación, regalías petroleras y créditos. Entre las transferencias centrales, el situado fiscal constituye la fuente más importante de recursos para el departamento, y la participación en los ingresos corrientes de la nación (PICN) para el municipio. Se trata de transferencias con directivas de gasto.

Con respecto a la autonomía, el modelo prevé otorgar tanto al municipio como a los departamentos un alto grado de autonomía en los diversos espacios de decisión: en el área financiera, en la organización de los servicios y en la gestión de recursos humanos, salvo en despidos de personal, materia que está regida por la carrera administrativa. Los hospitales, por su parte, refuerzan su autonomía institucional bajo una modalidad empresarial, pero son de adscripción territorial y quedan obligados a rendir cuentas al departamento o municipio. Se han realizado avances importantes en materia de autonomía en el nivel departamental y moderados en el municipal. En este ámbito, el área donde se han producido menos avances corresponde la formación de un verdadero mercado de trabajo para el personal del sector salud, pues la adscripción a la carrera administrativa restringe la negociación, rigidiza los niveles salariales, dificulta la entrada y la remoción, e impide el establecimiento de incentivos, en perjuicio de la administración del personal y de los propios trabajadores. Con respecto a los hospitales, a pesar de que existía un plazo hasta junio de 1994 para que éstos se convirtieran en empresas, a diciembre de 1996, a penas la mitad de ellos habían operado esta conversión.

El proceso de descentralización colombiano representa, junto con el argentino, uno de los procesos más radicales implementados en la región. Del cuadro 24 se desprende que el modelo colombiano se aproxima a una *devolución* híbrida, dado que hay una entrega importante y amplia de competencias a los niveles intermedio y local, acompañada de una transferencia significativa de recursos (cuadro 31) y autonomía; si bien en materia de recursos existe una alta dependencia del nivel central y en materia de autonomía, al tratarse de un proceso en marcha, subsisten áreas en donde esta es aún limitada. Por ejemplo, sigue lenta la transferencia de recursos del situado fiscal de los departamentos a los municipios para traspasarles la responsabilidad plena de la administración de los recursos humanos<sup>48</sup>. Además, las transferencias se combinan con directivas de asignación que, constituyen restricciones a la autonomía en el uso de los recursos aún cuando en la práctica estas directivas se eluden con facilidad. Por otra parte, se observa un proceso gradual de desconcentración de funciones financieras y administrativas en los hospitales. Finalmente, la participación de la comunidad en la toma de decisiones es moderada, pero el modelo contempla la ampliación de espacios de decisión para la comunidad.

---

<sup>48</sup> En el caso hipotético de que todos los municipios del país estuviesen ya recibiendo su 50% del situado para salud, las proporciones indicadas en el cuadro 31 pasarían a distribuirse así: 17% nivel central, 56% departamentos y 27% municipios.

**Cuadro 24**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA, A PARTIR DE 1990**

INSITUACIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formula políticas</li> <li>- Dicta normas científico-técnicas y administrativas para la prestación de servicios</li> <li>- Evalúa el cumplimiento de las políticas y la ejecución de los recursos</li> <li>- Vigila aseguramiento y salud pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda financiera a hospitales públicos con déficit</li> <li>- Presta asesoría en materia de financiamiento</li> <li>- Financia campañas y programas nacionales de prevención y atención</li> <li>- Transferencias generales a municipios (PICN) y a departamentos (situado fiscal), con directiva de asignación</li> <li>- Cofinanciación a municipios y departamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despidos se rigen por carrera administrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsa y coordina campañas y programas nacionales de prevención y atención</li> </ul>	Elabora plan nacional
NIVEL INTERMEDIO (Departamentos)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza la planeación y coordinación de los servicios en su jurisdicción</li> <li>- Asesora y apoya técnica, administrativa y financieramente a los municipios en la ejecución del gasto social</li> <li>- Evalúa, controla y hace seguimiento a la acción municipal</li> <li>- Vigila la calidad de los servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos propios</li> <li>- Crédito</li> <li>- Rentas entregadas a su recaudo y administración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fijación de sueldos</li> <li>- Nombramientos</li> <li>- Contrataciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordina y puede proveer servicios de segundo y tercer nivel</li> <li>- Contrata servicios que presta a través de hospitales regionales, universitarios y especializados</li> <li>- Ejecuta las campañas cuando le son delegadas y garantiza la operación de la red de servicios</li> </ul>	Tiene la facultad y la obligación de elaborar los planes de salud, en el marco de las políticas nacionales
GOBIERNO LOCAL (Municipios)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atiende salud pública</li> <li>- Planifica, evalúa y controla acciones de salud locales</li> <li>- Regula la operación de aseguramiento</li> <li>- Vigila la calidad de los servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos propios</li> <li>- Crédito</li> </ul>	Municipios certificados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombramientos</li> <li>- Contrataciones</li> <li>- Fijación de sueldos (todavía teórica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordina y puede proveer servicio de primer nivel de atención de salud (municipios certificados)</li> <li>- Provee el plan de atención básica</li> </ul>	Elabora planes de salud en el marco de políticas nacionales
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos propios y venta de servicios a aseguradores y usuarios (empresas prestadoras de salud)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración parcial (empresas prestadoras de salud)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deben operar como empresas sociales del Estado</li> </ul>	
COMUNIDAD			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copagos y cuotas moderadoras</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participa en juntas directivas de empresas sociales del Estado</li> </ul>	Participa en plan local de salud

**Fuente:** Elaboración propia en base a Vargas y Sarmiento, 1997a, c.

**Nota:** Casillero no sombreado significa función teóricamente definida, aún no en práctica.

En síntesis, se trata de un modelo de descentralización acelerada que se caracteriza por ser amplio, considerando el contenido de las competencias traspasadas (provisión y aseguramiento) y los niveles subnacionales involucrados (departamentos, municipios y, en forma más incipiente, unidades, de producción); por darse en un marco de profundas e innovadoras reformas del sector tendientes a modificar los mecanismos de asignación de recursos mediante una combinación de subsidios a la demanda y a la oferta, con un importante componente de equidad; y por conceder un significativo grado de autonomía a los niveles subnacionales. La revisión de la experiencia colombiana indica que a pesar de la coherencia interna del modelo, persisten aún problemas de implantación.

*f) México*

La descentralización de los servicios de salud en México se inicia a comienzos de la década de 1980. Este proceso tuvo su origen en el nivel central y estuvo motivado por consideraciones políticas, fiscales y administrativas. En el plano político, la descentralización es una respuesta a las demandas acumuladas de los gobiernos estatales por una mayor descentralización del poder político. En el plano fiscal, es un intento de reducir las presiones sobre el presupuesto federal en un contexto de inestabilidad económica y fuertes desequilibrios fiscales. Finalmente, la descentralización estuvo motivada por la necesidad de racionalizar la oferta y mejorar la gestión al interior de las unidades locales.

El proceso de descentralización, iniciado en 1983, se caracterizó por su gradualidad y adicionalmente por su limitada cobertura nacional. Fue un proceso gradual, porque los estados seleccionados para participar de la reforma en un primer momento fueron aquellos que disponían de buena cobertura y bajos costos de homologación salarial, y porque en una primera instancia se descentralizaron las facultades operativas pero no los recursos, los que serían descentralizados solamente una vez generadas las capacidades locales para el manejo presupuestario. Por su parte, el carácter parcial del proceso de descentralización se refleja en el hecho de que, a pesar de que inicialmente se pretendía descentralizar todos los estados, hacia fines de 1987 solamente 14 de los 31 estados se habían incorporado al proceso.

En la práctica, en 1995, del presupuesto federal asignado a los estados solamente el 21.9% de los recursos eran manejados por estos, siendo el resto dispuesto centralmente (Bonilla, 1996). El presupuesto descentralizado para los estados no incorporados al proceso era del 21% de los recursos percibidos por ellos; el 79% restante lo administraba la Federación. En el caso de los estados descentralizados era el 23.9% o sea, la descentralización de los recursos alcanzó solamente al 2.9% del presupuesto.

El modelo aplicado en México en este período, descrito en el cuadro 25, fue uno de descentralización en el nivel intermedio, que careció de elementos explícitos de municipalización de los servicios y que no consideró tampoco una autonomía efectiva de los establecimientos proveedores. La autonomía de los estados en el manejo de los recursos se limitó a los gastos financiados con recursos propios, los que eran bajos. Además, hubo limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales. Finalmente, el modelo no incorporó mecanismos efectivos de participación de la comunidad. Por todos los antecedentes anteriores, el modelo mexicano de comienzos de los años ochenta puede ser tipificado como uno de desconcentración administrativa en el nivel intermedio.

Como resultado, la descentralización de 1983 tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados sobre los procesos y los recursos. Sin embargo, esta experiencia de descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales en los años posteriores, permitió iniciar la fase siguiente de descentralización con recursos y personal capacitado y administrativamente desconcentrado a nivel subnacional.

A mediados de la década del 90 se inicia en México un proceso de descentralización de segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político, se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública (De la Fuente, J. R., 1996). La motivación sectorial está estrechamente relacionada con la necesidad de superar la ineficiencia del sector, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de salud. La población objetivo es la población abierta esto es, aquella que es incapaz de pagar servicios privados y no está cubierta por alguna institución de seguridad social.

El modelo teórico que se intenta implantar en este período, a partir del Acuerdo de 1996, contiene elementos que permiten caracterizarlo como un modelo de *devolución* híbrida de facultades a los estados (cuadro 26), a pesar del grado de autonomía relativamente limitado que prevee otorgar en el área de recursos humanos. Elemento, este, más bien característico de un modelo principal/agente estándar. A diferencia de la primera experiencia, el proceso correspondiente a esta segunda fase iniciado en agosto de 1996, y que aún está en marcha<sup>49</sup> fue rápido y abarca todos los estados de la república. En materia de competencias, la descentralización de los servicios de salud contempla tanto el área financiera como el área programática. Como en la experiencia anterior, no hay indicaciones explícitas respecto de avanzar hacia el nivel municipal, quedando la profundización del proceso –al igual que en Argentina– sujeta a la iniciativa y voluntad política del nivel intermedio.

Se puede afirmar que la experiencia mexicana corresponde a un modelo de estadualización de la salud que pretende otorgar mayor autonomía a los estados en la definición de políticas y en la asignación presupuestaria, reservando al nivel central exclusivamente la función normativa en materia de salubridad general y la operación de actividades generadoras de externalidades. Se pretende descentralizar la totalidad del presupuesto de salud en el nivel estadual y eliminar, a partir de 1997, la intervención del gobierno central en materia de distribución del presupuesto, aunque se mantienen indicaciones respecto de satisfacer el "irreductible" de salud (paquete básico de salud). Se pretende conservar la autonomía fiscal sobre las cuotas de recuperación; es decir, que los recursos vinculados a las cuotas de recuperación (copagos) continúen considerándose recursos propios de las unidades médicas que las generan, las que han contribuido a una mayor capacidad de respuesta para atender situaciones de emergencia (Tovar y de Teresa, 1996).

Las transferencias de recursos financieros que realice la Secretaría de Salud al gobierno del Estado para que este se encargue de la operación de todas las unidades médicas y administrativas que recibe, están condicionadas al techo autorizado en el presupuesto de egresos de la Federación, aprobado para cada ejercicio. El gobierno central conserva la facultad de distribuir el presupuesto federal en materia de salud entre los estados, mediante una fórmula por definir en la cual se incorporen las necesidades en materia de salud, las condiciones

---

<sup>49</sup> En la práctica está pendiente la transferencia de un 20% de recursos, aproximadamente.

económicas y financieras de la entidad territorial para hacer frente a dichas necesidades, los resultados de las evaluaciones y los aportes de recursos de los estados en materia de salud. Las entidades federativas mantendrán su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y lo incrementarán según sus posibilidades.

La nueva normativa modifica el mecanismo de asignación presupuestaria pasando de un sistema basado en criterios históricos que propició severas inequidades en la distribución del presupuesto al establecimiento de una fórmula de asignación que garantice mayor equidad, transparencia y menor discrecionalidad de la Federación en la asignación de recursos. El nuevo mecanismo de asignación presupuestaria vigente desde 1996 obedece a dos grandes variables: el índice de marginación (pobreza) y la tasa de mortalidad estandarizada, buscando detectar los problemas y necesidades de cada estado en esta materia.

El modelo contempla en el futuro programas compensatorios para regiones deprimidas y los sectores más vulnerables de la población. Se establecen políticas de compensación con el fin de preservar y mantener la unidad del sistema y al mismo tiempo fortalecer a los estados y grupos más pobres. Por medio de fórmulas que tomen en cuenta los índices de rezago y desarrollo, se asignarán recursos complementarios para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios donde el rezago sea mayor. Como programa complementario se estableció el paquete básico de servicios de salud, idea impulsada por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud a través de la cual se buscó proporcionar un paquete de servicios de bajo costo y alto impacto, que promueva la prevención de salud.

En la nueva fase, que se inicia con la firma del Acuerdo del 20 de agosto de 1996, hay diferencias significativas con el modelo anterior en diversos aspectos. En primer lugar, el proceso abarca el conjunto de la república, los procedimientos son más explícitos, se ha logrado superar las resistencias de las fuerzas que se oponían a la descentralización, y se comprometen en forma simultánea la transferencia de recursos y responsabilidades. Además, y a diferencia también del proceso anterior que definía los propósitos pero no precisaba las competencias y responsabilidades de las partes involucradas, el nuevo modelo parte de especificaciones claras al respecto e introduce organismos de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno. Se descentralizará en una secuencia que considera traspasar el presupuesto a los estados durante 1997<sup>50</sup>, para posteriormente otorgar mayor autonomía en el diseño de estrategias de salud que sean acordes con las características demográficas, geográficas y epidemiológicas. Por último, la evolución del gasto desempeña un papel importante. Mientras en la experiencia de los años ochenta el gasto en salud experimentó una contracción, en el proceso iniciado en 1996 se observa una voluntad política de avanzar en la descentralización, notándose un incremento del gasto, lo que ha permitido reducir las fuentes eventuales de oposición al proceso.

En síntesis, es posible caracterizar el nuevo modelo de descentralización que se instaura a partir de 1996 como uno de *devolución* híbrida en el nivel intermedio, en el cual se transfieren recursos y responsabilidades a los estados. En este esquema hay un traspaso importante del poder de decisión en diversas áreas. Por otra parte, el nuevo modelo implica todavía una fuerte dependencia del poder central en materia de recursos financieros.

---

<sup>50</sup> En este sentido, los datos del cuadro 31 posiblemente ya no reflejan la situación actual.

**Cuadro 25**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO, A PARTIR DE 1983**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud)		Funciones normativas y rectoras	Autoriza y proporciona el financiamiento federal de tipo general y específico, que se complementa con las aportaciones estaduales	Contrata  Define dotación de personal cada cinco años.	Adquisición de medicamentos	Define programa nacional de salud
NIVEL INTERMEDIO (14 de 31 estados)		Dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salubridad general concurrente	Recursos propios	En 1994 se desconcentró la contratación de los mandos medios y el pago del personal en los estados descentralizados.	Opera y administra la atención médica a la población abierta (población no asegurada), la salud pública y el control sanitario - Se transfiere en uso gratuito la infraestructura federal de los servicios (la propiedad queda en el nivel federal)	
GOBIERNO LOCAL (Municipios)						
UNIDAD DE PRODUCCIÓN						
COMUNIDAD						

**Fuente:** Elaboración propia en base a Cardozo Brum, 1993 y Ornelas, 1998b.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

**Cuadro 26**  
**EL MODELO “TEÓRICO” DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO EN 1996**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud)		-Dicta normas en materia de salubridad general -Define y dirige políticas, estrategias y programas nacionales de salud -Supervisa y evalúa -Coordina el sistema nacional de salud	-Planeación presupuestaria. -Financiamiento del 100% del paquete básico de salud -Establece pautas presupuestarias y financieras para la operación de la estructura administrativa a cargo de los servicios estatales de salud	-Revisa las plantas de personal y los sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estatales propongan, los que somete para su aprobación a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público	-Opera el sistema nacional de vigilancia epidemiológica	- Define programa nacional de salud
NIVEL INTERMEDIO (Gobiernos estatales, servicios estatales de salud)		-Control y vigilancia sanitarios (en coordinación con el gobierno federal) -Regulación sanitaria en materia de salubridad local y general concurrente	-Apoya la formulación de los programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa encargada de los servicios estatales de salud	-Propone modificaciones de puestos y sueldos -Formula e implementa los programas de formación y desarrollo de recursos humanos -Se encarga de las relaciones laborales	- Manejo de los servicios de atención materno-infantil, y planificación familiar - Operación y administración de los recursos en las localidades y del paquete básico de salud.	- Define el contenido del paquete básico de salud y el programa estatal de salud
NIVEL LOCAL (Jurisdicción Sanitaria a/)		-Vigila el cumplimiento de la legislación sanitaria -Efectúa el control y fomento sanitario en el ámbito de su competencia		-Administra los recursos humanos a su cargo	- Responsable de la atención y promoción de los servicios de salud - Elabora y ejecuta programas de ampliación de infraestructura y gestiona la asignación de recursos	-Elabora el diagnóstico jurisdiccional de salud en el ámbito de su responsabilidad
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros de salud)			Recursos propios			
COMUNIDAD			- Copago			

**Fuente:** Elaboración propia en base a Narro, 1996; Bonilla, 1996; y Ornelas, 1997b.

a/ Es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por territorio, que depende del nivel estatal.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

*g) Nicaragua*

La motivación central del proceso de descentralización del sector salud desarrollado en Nicaragua a partir de 1992 está estrechamente relacionada con el propósito de consolidar el nuevo papel del Estado, como encargado de la formulación de políticas y principal responsable del financiamiento de los servicios, pero alejado de la gestión directa de los servicios de salud. Las motivaciones generales de este proceso son de naturaleza económica e ideológica. Entre las de origen económico están las de mejorar la asignación de recursos humanos, el abastecimiento de los insumos y la calidad de la atención. En el plano ideológico, la descentralización se concibe como un instrumento que permite consolidar la democracia y el proceso de participación social.

El modelo de descentralización de la salud implementado en Nicaragua, que se resume en el cuadro 27, consiste en una descentralización con limitaciones de autonomía en materia de financiamiento. Se realiza en el nivel intermedio a través de 17 sistemas locales de atención integral de salud –SILAIS–, que tienen una relación territorial próxima con el nivel de los departamentos. Se trata de un modelo asimilable a una desconcentración en el nivel intermedio de la gestión administrativa correspondiente al manejo de los componentes de gasto variable (bienes y servicios). Existe autonomía sobre las funciones transferidas, aunque en términos presupuestarios, la importancia de dichas funciones es escasa. En este modelo, el papel del municipio no está claramente definido.

En efecto, el grado de descentralización presupuestaria es relativamente escaso, alcanzando solamente al 19% de los recursos destinados por el nivel central (correspondientes a fondos asignados para la compra de bienes y servicios), siendo el resto administrado centralmente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas (cuadro 31). Cabe destacar que en Nicaragua el presupuesto central constituye una fuente parcial de recursos para el sector salud siendo los recursos extrapresupuestarios provenientes de la cooperación externa y de cuotas de recuperación de costos una fuente importante de financiamiento del sector. En particular, existen numerosos programas de apoyo discrecional a los SILAIS provenientes de distintas fuentes de cooperación externa. De esta manera, es difícil estimar el grado de autonomía efectivo de las unidades descentralizadas, toda vez que se desconoce el monto y la distribución interterritorial de los recursos extrapresupuestarios.

Las funciones de financiamiento, administración y contratación de los recursos humanos siguen centralizadas. El presupuesto de cada SILAIS es fijado centralmente por el Ministerio de Salud, y el de este es determinado a su vez por el Ministerio de Finanzas. Las transferencias de recursos a los SILAIS sobre los cuales estos pasaron a tener autonomía de gestión, afectaban a los servicios no personales, materiales y suministros. Los volúmenes de recursos transferidos dependen del presupuesto del nivel central; vale decir, no existen mecanismos automáticos de traspaso de recursos. La importancia de los recursos descentralizados es escasa, representando solamente el 19% de los recursos presupuestarios. El grueso del financiamiento, correspondiente a los servicios personales, es administrado centralmente por el Ministerio de Finanzas. Sin embargo, debe considerarse que aparte de los recursos descentralizados existen recursos de cooperación externa y la recuperación de costos por venta de servicios al Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social, que no tienen una contrapartida presupuestaria.

Por otra parte, la descentralización ha ido acompañada por importantes cambios en los mecanismos de asignación de recursos. En esta materia, se estableció un sistema de contrato denominado “compromiso de gestión”, en el cual se especificaban metas deseables en materia de productividad y satisfacción de los usuarios, y en salud pública de los SILAIS y hospitales



de referencia nacional. Este mecanismo solo tuvo aplicación en 1994 y 1995. En 1995 se introdujo una regla de distribución presupuestaria basada en el sistema per cápita corregido por un índice que recoge el estado de salud de la población, las características epidemiológicas, la prevención de salud y la accesibilidad al servicio. Sin embargo, la aplicación de esta modalidad estuvo fuertemente restringida por la necesidad de consensuar con los directores de los SILAIS la mantención de los presupuestos nominales, en aquellos casos en que el cambio de sistema perjudicara al SILAIS, y porque las transferencias de recursos son reducidas.

En cuanto a la participación, el modelo diseñado consideró como estrategia de reforma la democratización de la gestión de los SILAIS y la ampliación de la base de participación del sector salud mediante la creación de organismos participativos de la comunidad, tanto a nivel nacional, como local. Se crearon diversas organizaciones de participación: consejo nacional de salud y consejos locales de salud, y juntas directivas en todos los SILAIS y hospitales de referencia nacional.

El consejo nacional de salud constituye un instrumento de participación para la coordinación, vale decir, apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas. También se crearon los consejos locales de salud, que actúan como entes coordinadores a nivel departamental. La responsabilidad general de las juntas directivas atañe a la gestión, a la definición de los planes y programas de trabajo de los SILAIS y hospitales respectivos, así como a la observación y evaluación de su cumplimiento. En la práctica, la eficacia de estas juntas directivas ha resultado irregular, generándose en algunos casos demandas de mayor autonomía de parte de las autoridades de los SILAIS y hospitales.

En síntesis, se trata de un modelo de desconcentración, con autonomía en el manejo de funciones muy específicas y con un grado relativamente alto de participación comunitaria. A pesar de que el proceso de implementación de los SILAIS fue relativamente rápido, el componente de municipalización de los servicios de salud ha sido lento y sin una agenda claramente definida. En lo que respecta a competencias, se trata de una descentralización muy parcial dado que solamente se descentralizó la gestión vinculada al gasto variable; es decir, no se descentralizó ni el personal ni las inversiones. Por otra parte, la ejecución del gasto permanece fuertemente centralizada y solo algunos de los SILAIS definen el paquete de servicios que ofrecen, y tienen cierta autonomía para asignar los recursos.

**Cuadro 27**  
**EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA, A PARTIR DE 1992**

INSTITUCIONES	ÁREAS	CONDUCCIÓN, REGULACIÓN, EVALUACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
				DEL PERSONAL	OTRA	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud, y Ministerio de Finanzas en materia presupuestaria)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provee asistencia técnica al SILAIS</li> <li>- Garantiza integralidad del sistema nacional de salud</li> <li>- Norma, regula, monitorea y evalúa</li> <li>- Formula política sectorial nacional</li> <li>- Coordina el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presupuesto centralizado en el Ministerio de Finanzas</li> <li>- Transferencia del 19% del presupuesto central a los SILAIS, correspondiente a bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Finanzas aprueba contratación y administra el pago de salarios</li> <li>- Ministerio de Salud es responsable de la contratación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquisición y distribución de insumos</li> <li>- Nombra directores de SILAIS, hospitales y centros especializados, miembros de la junta hospitalaria y los consejos departamentales de los SILAIS</li> </ul>	Definición de programas básicos y estrategias sectoriales
NIVEL INTERMEDIO (SILAIS) a/		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observa y evalúa la ejecución de los planes y programas de trabajo en su nivel territorial</li> <li>- Coordina a nivel territorial los sistemas de vigilancia epidemiológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresos propios de la venta de servicios diferenciados (al INSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsable de las contrataciones junto con el Ministerio de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión del servicio dentro de su territorio (ejecución de las políticas del SILAIS)</li> <li>- Coordina con el sector privado y cooperación externa la prestación de salud en su espacio</li> <li>- Recolecta información</li> </ul>	Solo algunos SILAIS: Planificación de acciones de salud y saneamiento en su territorio
GOBIERNO LOCAL (Municipios)					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservación del medio ambiente</li> </ul>	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales, policlínicos, centros de salud)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observa y evalúa la ejecución de los planes y programas de trabajo en su nivel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperación de costos (aunque es marginal)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejecución de programas</li> <li>- Generación de información</li> </ul>	
COMUNIDAD (consejo nacional de salud b/; consejos de salud departamentales; consejos de salud municipales y consejos de dirección de hospitales. Son todos órganos consultivos)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo nacional de salud apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas</li> <li>- Junta directiva participa en la definición final de los planes y programas de trabajo de los SILAIS además evalúa su ejecución</li> <li>- Junta directiva participa en la definición final de los planes y programas de trabajo del hospital además evalúa su ejecución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombra autoridades de salud (directores de SILAIS y hospitales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprueba presupuesto de ingresos y gastos</li> <li>- Participación de organizaciones comunales y voluntarios sociales, en acciones masivas de salud y en emergencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprueba el plan de salud y programas de servicios según perfil epidemiológico</li> <li>- Junta directiva apoya en materia de planificación programática de los SILAIS y hospitales de referencia nacional</li> </ul>

**Fuente:** Elaborado en base a Espinosa, 1997 y Gómez, 1997.

a/ Los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud -SILAIS- tienen una representación que corresponde aproximadamente a los departamentos. b/ Integrado por miembros de la sociedad civil, representativos de las organizaciones, instituciones civiles, gremios, sindicatos de trabajadores de la salud, universidades, comisión de salud de la Asamblea Nacional, empresa privada.

**Nota:** Casillero no sombreado se refiere a función teóricamente definida, aún no en práctica.

## 2. Análisis comparativo

La revisión de las experiencias de descentralización de la salud en América Latina indica que estas muestran una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del modelo implantado. Sin embargo, a pesar de estas diferencias existen algunos elementos comunes entre los distintos países, los que se examinan a continuación.

En la mayoría de los países, los procesos de descentralización del sector salud han sido impulsados desde el nivel central y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales. Como se observa en el cuadro 28, las motivaciones predominantes de los procesos de descentralización de la salud han sido de naturaleza económica y política. Entre las primeras, la búsqueda de una mayor eficiencia técnica en la provisión del servicio ha sido la principal motivación. Respecto de las motivaciones políticas, han predominado aquellas vinculadas a los objetivos de legitimación política, los cambios en la distribución del poder político, y las crecientes demandas de democratización.

**Cuadro 28**  
**MOTIVACIONES DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD**

	ECONÓMICAS			POLÍTICAS				OTRAS
	Efi- ciencia técnica	Movili- zación de recursos	Ajuste Fiscal	Legitima- ción políti- ca	Redistribución del poder político	Democra- tización	Control de situaciones conflictivas	
ARGENTINA								
BOLIVIA								
BRASIL								a/
CHILE								
COLOMBIA								
MÉXICO (1983)								
MÉXICO (1996)								
NICARAGUA								

**Fuente:** Elaboración propia en base a Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz--Mier y Giussani, 1997; Draibe, 1998; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996; Vargas y Sarmiento, 1997c; Cardozo Brum, 1993 y Ornelas, 1997b; Espinosa, 1997 y Gómez, 1997.

a/ Unificación del sistema de salud.

En lo que concierne a la secuencia y gradualidad de los procesos de descentralización de la salud en América Latina, se observa una variedad de patrones. Por ejemplo, en algunos casos la descentralización ha sido una imposición (Bolivia y Chile) en la cual mediante una ley y las reglamentaciones respectivas se descentralizan de una vez las competencias en todos los niveles subnacionales, mientras que en otros casos las jurisdicciones participan de un proceso gradual en el cual la descentralización se aplica selectivamente a algunas de ellas en función del

cumplimiento de determinados requisitos o bien en esquemas opcionales o no obligatorios (México, 1983). Por otra parte, en algunos países, las competencias se traspasan de una vez a los entes subnacionales (Argentina, Bolivia, Chile, México), mientras en otros existe un proceso de certificación gradual que determina una profundización de las competencias traspasadas (Brasil y Colombia) (cuadro 29).

**Cuadro 29**  
**SECUENCIA Y VELOCIDAD DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD**

	<i>Por nivel</i>	<i>Por competencia</i>	<i>Por área geográfica</i>
Argentina	-Dos etapas de descentralización en las provincias (desde 1955, y luego desde 1978) -Desde 1978 alguna municipalización y descentralización hacia el centro productor (hospitales auto-gestionados).	Traspaso amplio y rápido de competencias de diseño y regulación, administrativas y programáticas a las provincias.	Gradual hasta 1992. Se completa en 1992 en todas las provincias en un proceso de carácter no voluntario. Proceso rápido a partir de 1992.
Bolivia	1994: Descentralización de la provisión a nivel municipal. 1995: Delegación de responsabilidades a departamentos.	Competencias compartidas, definidas y asignadas al comienzo del proceso.	No hay requisitos. Reforma rápida (3 años), pero aún en proceso. Normas se aplican de una vez a todos los departamentos y municipios.
Brasil	Descentralización implica transferencia de competencias al nivel estadual (papel estratégico) y municipal.	Competencias definidas al comienzo del proceso: Unión, papel normador; estados papel estratégico; y municipios, a cargo de la gestión. Para municipios y estados se definen distintos grados de autonomía en las competencias transferidas según la modalidad de descentralización en la cual sean calificados.	Se aplica a todos los entes federados según modalidad de gestión solicitada. Entre 1995 y 1996, más del 50% de los municipios se integran al proceso. Proceso de profundización de la autonomía gradual por área.
Chile	Atención primaria al nivel municipal.	Gestión de los servicios traspasada de una vez con la firma de los convenios de descentralización.	El proceso procede lentamente por área entre 1981 y 1989 para llegar a una cobertura total de los municipios.
Colombia	Atención de primer nivel a los municipios, y atención de segundo y tercer nivel a los departamentos.	Competencias se profundizan con el proceso de certificación.	La mayor parte de las responsabilidades y los recursos para atenderlas fueron entregados a partir de 1994. La cobertura geográfica del proceso es completa. Proceso de certificación municipal gradual.
México (1983-1995)	Descentralización en los estados. No hay indicación explícita respecto a la municipalización.	Gestión de los servicios traspasada de una vez.	Proceso lento. Entre 1983 y 1995 cobertura parcial (solo 14 de los 31 estados). Los estados fueron seleccionados. Los estados, a su vez, podían aceptar o no la transferencia.
México (1996)	Descentralización en los estados. No hay indicación explícita respecto a la municipalización.	Competencias definidas y asignadas al comienzo del proceso.	Rápido. No hay requisitos. Todos los Estados. 1996 fue un año de transición en el cual el nivel central conjuntamente con los estados definió asignación de los presupuestos estatales.
Nicaragua	Descentralización de la gestión en los SILAIS. Municipalización de los servicios no ha avanzado.	Descentralización de la gestión vinculada al gasto variable efectuada entre 1993 y 1995.	Proceso de creación de los SILAIS rápido, con cobertura total. Existe una asociación territorial con los departamentos. SILAIS presentes en todos los departamentos.

**Fuentes:** Elaboración propia en base a Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz- Mier y Giussani, 1997; Draibe, 1998; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996; Vargas y Sarmiento, 1997c; Cardozo Brum, 1993; Ornelas, 1997b; Espinosa, 1997, y Gómez, 1997.

De acuerdo a la experiencia de los países seleccionados, el cuadro 30 resume los modelos predominantes de descentralización de la salud según el grado de autonomía traspasado sobre el conjunto de las funciones, los niveles involucrados y la existencia o no de instancias de participación de la comunidad <sup>51</sup>.

**Cuadro 30**  
**MODELOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**  
**EN PAÍSES SELECCIONADOS**

Países	Desconcentración			Principal/Agente			Devolución			Órganos de participación de la comunidad
	I	L	U	I	L	U	I	L	U	
Argentina							H		H	No
Bolivia										Sí
Brasil								H		Sí
Chile										No
Colombia a/								H		Incipiente
México (1983)										No
México (1996)							H			No
Nicaragua										Medio/En Aumento

**Fuente:** Elaboración propia.

I = Nivel intermedio (provincia, estado o departamento)

L = Nivel local (municipios)

U = Unidad de producción (centros de salud, postas u hospitales)

H = Modelo híbrido

a/ El modelo contempla una descentralización del segundo y tercer nivel de atención de salud en los departamentos y una descentralización del nivel primario de atención en los municipios.

Como se advierte en el cuadro 30, sobresale la heterogeneidad de las experiencias en cuanto a la autonomía entregada y los niveles involucrados en el proceso. La experiencia de los países analizados sugiere que no existe un modelo único de descentralización de la atención primaria de salud en la región, sino que existen experiencias individuales en donde la única tendencia común a todos los países que es posible apreciar es el reforzamiento de la función reguladora, normativa y definidora del nivel central respecto a la política nacional de salud, y la tendencia a descentralizar la gestión relacionada con la provisión de los servicios de atención de salud en los niveles subnacionales. En cuanto a los niveles involucrados, se observa que los modelos implementados comprenden principalmente los niveles intermedios y locales, y que el traspaso de responsabilidades al nivel de la unidad productiva solamente se ha incorporado en forma explícita y profunda en Argentina, con el modelo de autonomía hospitalaria, aunque aparece en forma incipiente en Colombia con la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado.

En el caso de los países seleccionados en este estudio, se observa que en general los países federales tienden a implantar modelos de descentralización más profundos, que se asemejan a modelos de *devolución*, mientras que los unitarios han tendido a implantar modelos menos radicales tipo principal/ agente o de desconcentración. Las excepciones son Colombia, cuyo proceso de descentralización comprende una importante transferencia de recursos y de poder de decisión a las unidades subnacionales, constituyendo de esa forma un modelo más parecido a una *devolución*, y el caso de México en el cual la descentralización del período 1983-

<sup>51</sup> En el caso de la salud, se indica solamente la existencia o no de órganos de participación, siendo difícil evaluar el grado de participación.

1995 tuvo el carácter de desconcentración parcial en el nivel intermedio. Sin embargo, este carácter se ha modificado con el fin de transferir un mayor grado de autonomía y responsabilidades al nivel estadual, tendiendo a configurar, teóricamente, un modelo de *devolución*.

En el caso de los modelos de *devolución*, se trata siempre de situaciones híbridas. El factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales lo constituye el excesivo grado de dependencia de los recursos del nivel central que caracteriza a todos los países, independientemente del grado de descentralización de la ejecución presupuestaria que, como aparece en el cuadro 31, varía entre países. Además, en algunos casos de *devolución* siguen existiendo restricciones de autonomía en el manejo de los recursos humanos. El caso más puro de *devolución* dentro de los analizados es el argentino, donde, si bien el gasto en salud que es mayoritariamente ejecutado por el nivel provincial se financia con recursos provenientes del nivel central, la naturaleza de ese financiamiento es de libre disponibilidad para las provincias y existe autonomía total en el manejo de los recursos humanos. En el caso colombiano, si bien los niveles subnacionales gozan de una amplia autonomía en el manejo de los recursos, el diseño de las transferencias del sector salud contempla diversas especificaciones relativas al uso general de estos recursos y también existen restricciones en el manejo de los recursos humanos.

En general, en todos los países, excepto en Argentina y en Brasil, los recursos humanos constituyen el área que se mantiene relativamente más centralizada. En gran parte, ello obedece al régimen de carrera administrativa al cual están sujetos los funcionarios del sector.

Finalmente, cabe destacar que no existe entre los diferentes tipos de modelos, un patrón determinado en relación con la participación de la comunidad, pero en general la participación de esta en el proceso de provisión, control o definición de políticas de salud, es deficiente. Existen, no obstante, casos donde al menos se han realizado esfuerzos de creación de organismos de participación como en Bolivia, Brasil y Nicaragua.

**Cuadro 31**  
**CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DESCENTRALIZADOS DE PROVISIÓN DE LA SALUD EN SIETE PAÍSES**  
**DE AMÉRICA LATINA, POR DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO Y TIPOLOGÍA DE LAS TRANSFERENCIAS**

	Distribución territorial del financiamiento del GPS a/			Naturaleza de las transferencias y criterios de asignación
	NC	NI	NL	
<b>Argentina</b> (desde 1978)	15	76	9 (1995)	Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas por ley
<b>Bolivia</b> (a partir de 1994)	12	62	26 b/	Transferencias específicas del TGN a departamentos, con directivas de asignación para gasto corriente. Transferencias generales vía coparticipación de impuestos asignadas según población. Desde 1996, los recursos destinados a los municipios tienen una directiva de asignación (el 85% para inversión).
<b>Brasil</b> (a partir de 1990)	52	33	15 c/ (1990)	Transferencias generales vía coparticipación de impuestos asignadas según criterios de negociación y de equidad. Transferencias federales de recursos del presupuesto de seguridad social a salud, asignadas según perfil epidemiológico, desempeño y características de los servicios, y otras variables. En la práctica, como remuneración por compra de servicios.
<b>Chile</b> (a partir de 1981)	90	-	10 d/ (1991)	Transferencias específicas, asignadas según atención prestada y sujetas a techos que aseguran correspondencia con la disponibilidad agregada de recursos. Desde 1994, se asignan según población inscrita en los consultorios. Existen también transferencias cruzadas redistributivas entre municipios (a través del fondo común municipal).
<b>Colombia</b> (a partir de 1990)	17	69	14 (1996)	Transferencias generales a departamentos (situado fiscal), con directivas de asignación para salud (25%) y educación (75%), asignadas según gasto histórico, población y esfuerzo fiscal. En la práctica, según gasto histórico. Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, a municipios, con directivas de asignación para los sectores sociales, (salud, 25%), y asignadas según gasto histórico, indicadores de pobreza relativa local, esfuerzo fiscal y eficiencia administrativa.
<b>México</b> (a partir de 1983)	78 43	22 e/ 57 f/	- -	Transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas según población y recaudación histórica. Transferencias específicas asignadas en función de dos grandes variables: índice de marginación (pobreza) y tasa de mortalidad estandarizada, a partir de 1996. Antes, eran asignadas según gasto histórico.
<b>Nicaragua</b> (a partir de 1992)	81	19 (1996) g/	-	Transferencias específicas asignadas según metas de productividad y de satisfacción de los usuarios hasta 1994/1995, y según población con correcciones por un índice que recoge el estado de salud de la población, las características epidemiológicas y otras variables a partir de 1995.

**Fuente:** Bisang y Cetrángolo, 1997; Ruiz-Mier y Guissani, 1997; Draibe, 1998; Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996; Vargas y Sarmiento, 1997a, c; Ornelas, 1997b; Espinosa, 1997; y Gómez, 1997; Vargas de Flood, 1997; Medici, 1997; Espinosa y Marcel, 1994; Bonilla, 1996.

a/ Después de las transferencias intergubernamentales. GPS = Gasto público en salud; NC = Nivel central (gobierno central o federal); NI = Nivel intermedio (estados, provincias, departamentos); NL = Nivel local (municipios). b/ 1996. Solamente se considera la distribución del presupuesto del nivel central. c/ A partir de 1993, con el nuevo empuje a la descentralización, se ha profundizado el grado de descentralización de la ejecución presupuestaria. d/ La descentralización se ha limitado a actividades de atención primaria ejecutadas en consultorios y postas de salud. e/ 1995. Datos antes de la reforma de 1996. Solamente se considera la distribución del presupuesto federal. El escaso grado de descentralización presupuestaria se debe a la limitada extensión geográfica del proceso y a la persistencia de un grado de centralización en la contratación de los recursos humanos. f/ 1996. Después de la reforma. Solamente se considera la distribución del presupuesto federal. Descentralización presupuestaria todavía en curso. g/ Solamente se considera la distribución del presupuesto central, sin considerar los aportes de los SILAIS. El limitado grado de descentralización presupuestaria se debe a que solo se han descentralizado rubros de gasto corriente, no de personal.

## **VI. SÍNTESIS COMPARATIVA DE LAS REFORMAS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD**

Para concluir esta primera parte, en este capítulo se efectúa una breve síntesis comparativa de los modelos de descentralización implementados en los dos sectores, señalando algunos resultados preliminares de eficiencia y equidad –en base a la información presentada en los estudios de caso reseñados– y algunas lecciones para el diseño e implementación de futuras reformas de descentralización de los servicios sociales.

### **1. Breve análisis comparativo de los modelos de descentralización**

Como se desprende de las secciones anteriores, en todos los sistemas de provision analizados la administración directa de los servicios ha sido traspasada a niveles territoriales o no territoriales subnacionales, mientras que los aspectos de regulación, supervisión y conducción del sistema han permanecido centralizados. Aparte de esta característica común, las diversas condiciones socioeconómicas y político-institucionales de cada uno de los países, así como las distintas motivaciones iniciales de los procesos de reforma y las características propias de los sectores de educación y salud, han llevado a diferentes sistemas descentralizados de provisión: por sector, niveles involucrados, mecanismos de traspaso de los recursos, grado de autonomía entregado en las principales funciones, y, por intensidad de la participación de la comunidad.

El cuadro 32, que resume los modelos de descentralización de los sectores de educación y salud adoptados en los países analizados, ilustra claramente la heterogeneidad de estas experiencias.

Respecto de los niveles territoriales e institucionales involucrados, las principales diferencias se presentan entre países más que entre sectores. En efecto, tanto en educación como en salud, la descentralización involucra predominantemente al nivel intermedio en aproximadamente la mitad de los casos, y en la otra mitad al nivel local, dando poco espacio a la unidad productora. Al interior de cada país, se pueden destacar las diferencias entre los niveles involucrados por sector en Brasil, Colombia y Nicaragua. En los dos primeros países, se detecta un enfoque de carácter más municipalista en atención primaria de salud que en educación básica, mientras que en Nicaragua el enfoque se ha distanciado del municipalismo para volverse departamentalista en salud y fuertemente orientado a la unidad productora en educación.



**Cuadro 32**  
**SÍNTESIS DE LOS MODELOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA**  
**EDUCACIÓN Y LA SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS**

**Argentina: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C	T				T

**Argentina: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**Bolivia: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					T

**Bolivia: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI	T				
GL	T				
UP					
C	T				T

**Brasil: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C	T				

**Brasil: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**Chile: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP		T		T	
C				T	

**Chile: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**Colombia: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP				T	
C	T			T	

**Colombia: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					T

**México: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**México: salud (1983-1995)**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**México: salud (1996 en adelante)**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC	T	T	T	T	T
NI	T	T	T	T	T
GL	T		T	T	T
UP		T			
C		T			

**Nicaragua: educación**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

**Nicaragua: salud**

	C,R,E	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP		T			
C					

**Fuente:** Elaboración propia.

GC = Gobierno Central; NI = Nivel Intermedio; GL = Gobierno Local; UP = Unidad Productiva y C = Comunidad. C,R,E = Conducción, Regulación y Evaluación; F = Financiamiento; A = Administración; RH = Recurso Humano; O = Otras funciones ligadas con la administración; P = Programación y T = Función teórica.

Todos los modelos revisados son de tipo principal/agente, donde los niveles subnacionales –los agentes– siguen respondiendo al nivel central –el principal– por sus acciones, debido a una estructura de financiamiento dependiente de este y a la vinculación a normas e incentivos puestos por él. Dentro de esta amplia categoría, existen sin embargo diferencias entre países y sectores.

La profundidad de los procesos de descentralización medida por su ejecución presupuestaria tiende a ser inferior en los sistemas de salud que de educación (cuadros 17 y 31). Al margen de razones relacionadas con la extensión y profundidad actual de los procesos, en algunos casos ello puede obedecer a la importancia relativa del componente descentralizado en el total del gasto público sectorial. En efecto, la participación del gasto en atención básica de salud en el total de gasto público en salud es inferior a la participación del gasto en educación básica en el gasto público de educación. En general, si se toma como base la estructura de financiamiento antes de las transferencias, o sea considerando la distribución de los recursos por el nivel que los origina y no que los ejecuta, el grado de descentralización en los dos sectores es bajo, al ser la recaudación tributaria altamente centralizada. En algunos países, como en Argentina, Brasil y Colombia, sin embargo, como ya se mencionó, la naturaleza de las transferencias, predominantemente generales, sin directivas de gasto y/o asignación, o con directivas no vinculantes, genera un grado relativamente alto de autonomía financiera. En los dos sectores, pero posiblemente más en educación que en salud, se observa en la mayoría de los países la persistencia de rigideces en la administración de los recursos humanos que reducen sustancialmente el grado de autonomía en la provisión del servicio. Aunque, en general, es la aplicación de los estatutos del funcionario público lo que incide en mayor medida en el escaso grado de autonomía, estas rigideces provocan, en los casos de menor autonomía (como México, en educación y salud, y Nicaragua en salud) que la función de contratación se mantenga parcial o completamente centralizada. En los dos sectores, se advierte un mayor grado de autonomía en los aspectos programáticos de la provisión (planificación local del proceso educativo o de salud).

## 2. Análisis sintético de resultados

Los estudios de caso revisados e incluidos en este libro, además de presentar una caracterización de los distintos procesos de reforma, intentan hacer una evaluación preliminar de los resultados o tendencias en materia de eficiencia y equidad, en base, principalmente, a encuestas efectuadas en los niveles intermedios, locales y de unidad productora. Dependiendo del horizonte temporal de la reforma, de su profundidad, de la metodología utilizada y del sector, la calidad de las evaluaciones resulta heterógena entre los países, complicando notablemente un análisis comparativo de los resultados de la reforma en el caso de un sector y, con mayor razón, entre sectores. Un intento de análisis comparativo de los resultados por sector, con la identificación de algunos factores de contexto y de diseño que afectan estos resultados, se encuentra en Di Gropello (1997), para educación, y Cominetti (1997), para salud. En este texto se presentan solamente algunas conclusiones y lecciones de orden general, remitiendo al lector a los estudios de caso para una mayor profundización.

Una primera dificultad para la evaluación de la reforma es su propia naturaleza vinculada al carácter gradual en el tiempo, a la heterogeneidad espacial y al alto grado de complejidad al intervenir numerosos factores de carácter institucional, políticos y socioeconómicos. Otra dificultad es el hecho de que la mayoría de las reformas analizadas se han implementado a principios de esta década, no contando con un horizonte temporal suficiente para efectuar una evaluación de resultados. Finalmente, con respecto a la eficiencia

social, la ausencia de evidencia directa debido a la ausencia de encuestas de satisfacción de los usuarios repetidas en el tiempo reduce las posibilidades de evaluación, cualquiera sea el horizonte temporal, al análisis de indicadores de participación de la comunidad en las decisiones de provisión. Se supone que un grado de participación satisfactorio es una precondition para un grado de eficiencia social satisfactorio. El grado de participación alcanzado en los dos sectores fue expuesto en las secciones anteriores y está indicado en los cuadros 18 y 30. En base a esta información, a la información sobre los criterios de asignación de las transferencias presentada en los cuadros 17 y 31, y a la información contenida en cada estudio de caso, se puede tentativamente efectuar el siguiente balance:

- El escaso avance que se ha logrado en materia de participación en los dos sectores y en la mayoría de los países no ha permitido aprovechar realmente las potencialidades de las reformas en materia de ganancia en eficiencia social. En todos los países existen canales de participación más o menos específicos, pero solamente en algunos estos han demostrado ser eficaces. En los dos sectores, las motivaciones iniciales de las reformas constituyen el factor más relevante en la explicación del grado de eficacia. De hecho, en Nicaragua, y en menor medida en Brasil y en Bolivia, es donde se registran los mayores avances en materia de participación en los dos sectores, y esto se puede relacionar con la importancia de los objetivos de democratización en estos países. En el caso de la educación, el grado de autonomía financiera de los nuevos niveles proveedores y el grado de autonomía de las unidades productoras, son otros factores que han tenido influencia, como puede observarse en los casos de Brasil y Nicaragua.
- Existe relativamente poca evidencia sobre la evolución de la eficiencia técnica –medida a través de indicadores de costo/impacto<sup>52</sup> – de la provisión, por lo reciente de la mayoría de las reformas analizadas y por la carencia de información. Solamente en los casos de Argentina, Brasil, y Chile, en educación, y de México en salud, existe alguna evidencia de largo plazo acerca de la evolución de indicadores de este tipo<sup>53</sup>. En general, se puede adelantar que la evolución ha sido ambigua en todos los casos de traspaso de responsabilidades a niveles de gobierno subnacionales, si se considera que los resultados y gastos (o insumos) han experimentado trayectorias crecientes o decrecientes de igual magnitud<sup>54</sup>, o que eventuales mejoras en los indicadores de costo/cobertura se han dado conjuntamente con una evolución negativa de los indicadores de costo/calidad. En otros términos, las reformas no han sido acompañadas de mejoras tangibles en la productividad del gasto. Por el contrario, se observa una evolución generalmente positiva en los casos de descentralización de la provisión en las unidades productoras (escuelas, hospitales), como lo ilustran los casos de Nicaragua y Brasil en educación y Argentina en salud, a pesar de los problemas que se plantean en la gestión de procesos de este tipo. En ausencia o para complementar los indicadores de costo/impacto, todos los estudios destacan algunas señales positivas o negativas respecto a la eficiencia, en base a información sobre eventuales cambios en la asignación y utilización de los recursos, sobre la existencia o inexistencia de condiciones previas de capacitación, desarrollo institucional y regulación necesarias para

---

<sup>52</sup> Para medir directamente la eficiencia técnica, se utilizan indicadores de costo/impacto, donde el impacto puede ser medido por el efecto sobre la cobertura o la calidad, y el costo por indicadores de gasto o insumos.

<sup>53</sup> En Argentina, para el sector salud, y en Nicaragua para ambos sectores existe algunas evidencia de corto plazo, aunque todavía poco indicativa

<sup>54</sup> Por ejemplo, tanto en Argentina, como en Brasil el gasto real per cápita aumentó por lo menos tanto como la tasa neta de escolaridad y, en Chile, una caída del gasto se reflejó en una caída de magnitud equivalente en la matrícula del sector municipal. Ver, Di Gropello (1997) y Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga (1996).

el éxito de las reformas, y sobre las características de estas en materia de autonomía entregada a los subniveles y unidades productoras, y de los mecanismos existentes de incentivo a la eficiencia. En general, se destacan algunas tendencias positivas como por ejemplo, casos de aumento de la inversión, pero también algunos problemas que se están presentando en la utilización y asignación de los recursos, como por ejemplo, algunos casos de deficiente utilización de la infraestructura, de excesivo gasto en personal, y otros, generados por deficiencias en el diseño e implementación de los modelos.

- Con respecto a la equidad territorial, existe poca evidencia sobre la evolución de la distribución interterritorial de los resultados educativos y de salud, y de la relación entre esta evolución y las reformas. En casi todos los países el análisis se ha centrado en la distribución de recursos y gastos entre las áreas geográficas generada por las reformas, como indicador intermedio de equidad<sup>55</sup>. En los pocos casos donde se dispone de datos comparativos entre dos momentos en el tiempo suficientemente alejados (Argentina, Brasil, y México) existe evidencia de que la dispersión de la calidad del servicio entre áreas ha tendido a aumentar. En Argentina y Brasil esto se relaciona con la inequidad en la distribución de los recursos entre áreas, en el marco de los modelos de *devolución* híbrida aplicados en los dos países, que ha llevado a un aumento en la dispersión de indicadores intermedios o indirectos de la calidad educativa o de la salud (sueldos, formación docente, consultas médicas)<sup>56</sup>. En México, se relaciona con el leve aumento en el grado de regresividad de la distribución del gasto federal<sup>57</sup>. En los otros casos, por lo general, se ha procedido a analizar la distribución de recursos o gastos interterritorial con posterioridad al inicio de la reforma, sin comparaciones temporales, con el solo fin de detectar el grado de progresividad/regresividad de la distribución. Cabe destacar que los estudios detectan una falta de correlación entre gasto y nivel de ingreso o pobreza, como consecuencia de la combinación de una distribución levemente progresiva de las transferencias de recursos centrales y una regresiva de los recursos propios de los niveles subnacionales. En la mayoría de los casos, las mismas transferencias no muestran ninguna correlación con los niveles de desarrollo, denotando ausencia de criterios redistributivos<sup>58</sup> o su poca eficacia<sup>59</sup>.

### 3. Principales lecciones

¿Qué se puede concluir de este rápido balance? No es fácil sacar conclusiones, pero las evaluaciones efectuadas a partir de los estudios reseñados han puesto en evidencia que los resultados de eficiencia y equidad de más largo plazo de las reformas no han sido, en general, muy positivos, al evidenciar escasos avances en la eficiencia social de la provisión y en la productividad del gasto, así como una divergencia en los indicadores de calidad. Por otra parte, las tendencias más recientes son ambiguas. Con todo, queda claro que estos resultados se deben

<sup>55</sup> Se supone que una distribución progresiva del gasto debería permitir reducir la brecha de resultados en educación y salud.

<sup>56</sup> En Argentina, por ejemplo, se nota un aumento en la dispersión de los niveles de sueldo de docentes de la enseñanza primaria entre 1983 y 1992 (la desviación estándar se triplica en este período). Ver, Di Gropello (1997) y Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga (1996).

<sup>57</sup> Que se vincula a un leve aumento en la dispersión de la tasa de repitencia, calculada sobre todos los estados.

<sup>58</sup> Como se observa, a partir de los cuadros 17 y 31, en los casos de Brasil, para educación (hasta 1995), y de Argentina, México y Nicaragua, para ambos sectores, aunque en estos últimos dos países se modificaron recientemente los criterios de asignación.

<sup>59</sup> Como en los casos de Colombia, para educación y salud, y Brasil, para salud.

principalmente a problemas de diseño e implementación de las reformas, que pueden, consecuentemente, solucionarse.

De hecho, observando las experiencias más recientes, se notan algunos cambios positivos como son, por ejemplo: los esfuerzos por crear un consenso acerca de la reforma, una implementación de esta más conforme con objetivos de eficiencia, los esfuerzos por reducir la arbitrariedad en las asignaciones de las transferencias y para crear canales de participación más eficaces en contextos donde la democratización es un objetivo relevante, y, en el caso de la educación, los enfoques menos municipalistas. Incluso, algunos de estos elementos han sido sucesivamente incorporados en las reformas de más largo plazo. Sin embargo, se pueden destacar algunos elementos que siguen siendo problemáticos:

- la escasa autonomía real en algunas funciones, (en particular, en la gestión de los recursos humanos);
- los marcos reguladores todavía poco desarrollados para la correcta implementación de las fórmulas de asignación y la supervisión de los sistemas de provisión;
- la elección de modelos de provisión difíciles de coordinar y regular;
- la falta de autonomía de las unidades productoras de los servicios;
- la falta de sistemas actualizados de información, y
- los esfuerzos de capacitación, insuficientes para las nuevas exigencias de provisión.

A continuación, se intenta reseñar algunas de las principales lecciones<sup>60</sup> que se desprenden de una lectura comparativa de los estudios de caso.

- Los procesos de descentralización deben estar insertos en un proceso más amplio de reforma de los sectores, que permita compensar los costos que inevitablemente provoca inicialmente la descentralización. La ausencia de estrategias globales para los sectores, ha sido y es en muchos casos una limitante importante del proceso de reforma.
- La secuencia de implementación de las reformas debe tomar en cuenta el marco socioeconómico y político-institucional de partida de cada país, y tender al logro de objetivos de eficiencia y equidad. Además, debe tratar de maximizar el grado de consenso entre los distintos actores involucrados en la reforma.
- Es necesario entregar un grado de autonomía real a los nuevos niveles proveedores, minimizando el número de restricciones directas. Los escasos avances de Chile, por ejemplo, en el terreno de la eficiencia, se deben en gran parte a las rigideces del modelo implementado. Por otro lado, la falta de flexibilidad laboral, problema común de muchos países, es un freno para alcanzar metas más elevadas de eficiencia.
- La coherencia interna de los modelos es otro aspecto fundamental para los resultados. En particular, en lo que se refiere a la claridad en el diseño de las responsabilidades asignadas a cada nivel y a la existencia de mecanismos eficaces de coordinación vertical y horizontal. La falta de claridad y de mecanismos de coordinación genera una discrecionalidad en la provisión, duplicación de funciones, falta de responsabilidad, y otras ineficiencias en el uso de los recursos. Este aspecto es particularmente importante en el caso del sector salud que, por su complejidad, requiere un modelo de provisión que distribuya y articule con cuidado todas las principales funciones de las unidades y niveles proveedores.

---

<sup>60</sup> Las cuales deben ser obviamente calibradas por la situación de partida de cada país (condiciones socioeconómicas y político-administrativas iniciales).

- Un punto crucial para el éxito de las reformas lo constituye el diseño e implementación de las transferencias financieras entre niveles. En el contexto de una reforma de descentralización, la permanencia de un monto de financiamiento central significativo y asignado entre los niveles subnacionales según criterios socioeconómicos, es una garantía para la preservación de la equidad, potencialmente en riesgo con la reforma. Por otro lado, en un contexto de escasa participación y capacitación, las transferencias del nivel central pueden tener un papel importante para estimular decisiones técnica, fiscal y socialmente eficientes. Considerando las peculiaridades de los agentes –los nuevos niveles proveedores– y del principal –el nivel central–, este último debería garantizar un nivel mínimo de financiamiento a todos los niveles subnacionales, proporcional a las condiciones socioeconómicas de partida y a los costos de producción local (ajuste por equidad), complementado con un financiamiento adicional vinculado a criterios de eficiencia, como los resultados de cobertura de los servicios, de calidad, y otros. Para minimizar los problemas de “selección adversa” y “riesgo moral” que se plantean en situaciones de información asimétrica y objetivos diferentes entre agentes y principal, es necesario que el nivel central implemente un sistema eficiente de supervisión para chequear el esfuerzo de los agentes para alcanzar las metas de producción y facilitar las asignaciones según eficiencia, e incentive, por otra parte, la recolección y transmisión a los niveles superiores de información sobre la situación socioeconómica de las áreas cubiertas por los nuevos niveles proveedores, con el fin de facilitar las asignaciones según equidad. De no ser así, las intervenciones del nivel central, o sea el supuesto remedio, podrían ser tan o más dañinas que la enfermedad.

Ahora, al revisar la naturaleza y los criterios de asignación de las transferencias utilizadas en las reformas de primera generación, llama la atención, en primer lugar, la poca relevancia de las transferencias específicas, más apropiadas que las generales para responder adecuadamente a las exigencias de los sectores y necesarias para que se puedan vincular los recursos a indicadores de eficiencia de la provisión. En segundo lugar, se destaca la ausencia de criterios y directivas de asignación que tomen en cuenta la equidad y la eficiencia técnica. Esto es parte de la explicación de los resultados generalmente poco satisfactorios de eficiencia y equidad. En cuanto a las reformas de segunda generación, ellas intentan incorporar de manera explícita criterios de eficiencia y equidad mediante la utilización de fórmulas más o menos complejas y de directivas de gasto o asignación. Sin embargo, hay casos donde las debilidades del marco regulador y la falta de información, sobre todo en el sector salud, hacen difícil la implementación de estos criterios y directivas, explicando la falta de equidad en la distribución de los recursos y los problemas de eficiencia. Para que esta estructura de incentivos funcione, es igualmente importante contar con mercados laborales flexibles y autonomía efectiva a fin de que los niveles receptores de los servicios puedan responder eficazmente a los incentivos.

- La descentralización de las principales competencias en un nivel intermedio o en agrupaciones de municipios combinada con la descentralización de funciones administrativas, de contenidos y financieras en las unidades productoras (escuelas, hospitales), debería permitir maximizar la eficiencia y preservar la equidad. En particular, los enfoques municipalistas aplicados en muchos países crean problemas de pérdida de economías de escala, particularmente en salud, que una descentralización a un nivel superior debería solucionar. Las ganancias de eficiencia técnica y social pueden ser maximizadas con la entrega de autonomía a las unidades productoras, como sugieren las experiencias positivas de Brasil y Argentina, y los resultados preliminares de Nicaragua, sobre todo en el caso de la educación.

- Es fundamental contar con un marco regulador adecuado a las exigencias de regulación y supervisión de un sistema descentralizado de provisión. Este marco debería involucrar al nivel central, así como a los niveles intermedios y locales.
- Aumentar la participación y el control social es otro gran desafío de la reforma. Motivaciones iniciales de democratización, la introducción de mecanismos de financiamiento que estimulan la participación, mediante, por ejemplo, subsidios a la demanda, y la entrega de más autonomía a las unidades productoras, deberían actuar positivamente sobre estas dimensiones. Esta última medida, sin embargo, es más bien válida para el caso de la educación, por cuanto el usuario es identificable de antemano y comparte durante un determinado período de tiempo con la oferta, contribuyendo a establecer una relación más estrecha que permite crear canales de comunicación más permanentes y eficaces entre la comunidad y la unidad productiva. En salud, existe una relación aleatoria entre los usuarios y la unidad prestadora que dificulta la función de control social en este nivel.
- Es necesario acompañar la reforma con medidas y programas de capacitación específica sobre todo en los aspectos de gestión. La falta de habilidades técnicas y de administración ha tenido un impacto negativo sobre los resultados de un país como Brasil, y es un problema particularmente serio para Bolivia y Nicaragua.
- Finalmente, las necesidades de información para el funcionamiento del sistema requieren que se cuente con bases locales de información actualizada y con canales eficaces de transmisión de esta información.



**BIBLIOGRAFÍA PARTE I**

- Afonso, J.R. (1995), "A questao tributaria e o financiamento dos diferentes niveis de governo", *A Federaçao em perspectiva*, FUNDAP (Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo), São Paulo.
- Argentina, INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (1995), *Proyecciones de la población por provincia según sexo y grupo de edad. 1990-2010*, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
- Arcia, G., H. Mendoza y R. Iachan (1996), "Mapa de pobreza municipal de Nicaragua", informe presentado al Fondo de Inversión Social de Emergencia.
- Banco Mundial (1992), "Mexico: The Initial Education Strategy", Informe n°10129-ME, Washington, D.C.
- (1995), *Priorities and Strategies for Education*, A World Bank Review, Washington, D.C.
- (1996a), "Nicaragua's School Autonomy Reform: A First Look", serie de documentos de trabajo sobre Impact Evaluation of Education Reforms, n°1, Washington, D.C.
- (1996b), *Social Indicators of Development*, John Hopkins University Press, Baltimore y Londres.
- Barros M.E., S. Piola y S.M. Vianna (1996), "Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas", texto para discusión, n°401, IPEA (Instituto de Investigación Económica Aplicada), Brasilia.
- Behrman, J. (1995), "The Impact of Distributive Policies, Governmental Expenditure Patterns and Decentralization on Human Resources", documento de respaldo para el Informe sobre desarrollo humano del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 1996, Nueva York.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo)(1996), *Economic and Social Progress in Latin America*, 1996 Report, Washington, D.C.
- (1997), *Economic and Social Progress in Latin America: Latin America After a Decade of Reforms*, 1997 Report, Washington, D.C.
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997), "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", serie Reforma de política pública, n°47, Proyecto regional CEPAL(Comisión Económica para América Latina y el Caribe)/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Boisier, S. (1991), "Descentralización y equidad", *Revista de la CEPAL*, n°46, Santiago de Chile.
- Bolivia, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría de Participación Popular (1996), *Bolivia. La participación popular en cifras: Resultados y proyecciones para analizar un proceso de cambio*, La Paz.
- Bonilla, J. (1996), "Descentralización de la Secretaría de Salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México,D.F.
- Caballero, P. (1995), "Descentralización y la gestión educativa en Colombia", CIDE (Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación), serie Gestión escolar, Santiago de Chile.

- Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*, CEPAL/UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Santiago de Chile.
- Cardozo Brum, M. (1993), "La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", *Gestión y política pública*, vol. 2, n° 2, julio-diciembre.
- Castillo, M. (1998), "La descentralización de los servicios de educación en Nicaragua", serie Reforma de política pública, n°53, Proyecto regional CEPAL/ASDI (Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional) sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), "Políticas sectoriales y de población: el caso de México", serie Documentos docentes, Santiago de Chile.
- (1996), "Redistribuição espacial da população: características e tendencias do caso brasileiro", serie Documentos docentes, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe) (varios años), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- (1995a), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, edición 1994, Santiago de Chile.
- (1995b), *Panorama social 1995*, Santiago de Chile.
- (1997), *Panorama Social 1996*, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile.
- (1998), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, edición 1997, Santiago de Chile.
- CEPAL/GTZ (Agencia Alemana de Cooperación Técnica) (1996), *Descentralización fiscal en América Latina. Balance y principales desafíos*, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. (1997), "Descentralización de la atención primaria de salud en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, n°56, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI, sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. y E. di Gropello (1994), "El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo" serie Cuadernos de la CEPAL, n° 73, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. y G. Ruiz (1997), "Evolución del gasto público social en América Latina: 1980-1995", serie Cuadernos de la CEPAL, n° 80, Santiago de Chile.
- Chile, MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1996), *Realidad económico-social de los hogares en Chile*, Santiago de Chile.
- Chile, Ministerio de Educación (1996a), *Objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios de la educación básica chilena*, Santiago de Chile.
- (1996b), Modificación de la Ley n° 19.070 que aprobó el Estatuto Docente, Santiago de Chile.
- Chile, SUBDERE (Subsecretaría de Desarrollo Regional) (1994), "Datos de balances educativos municipales", Santiago de Chile.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación (1996), "1996: ¿Cómo va la descentralización?", *Planeación y desarrollo*, vol.27, n°3, julio-septiembre, Santafé de Bogotá.

- De Groot, H. (1988), "Decentralization Decisions in Bureaucracies as a Principal-Agent Problem", *Journal of Economic Theory*, vol 33.
- De la Fuente, J. R. (1996), "Federalismo y descentralización del sector salud", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
- Di Gropello, E. (1997), "Descentralización de la educación en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, n°57, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- (1998), "Resultados preliminares de la encuesta SUBDERE Universidad de Oxford sobre aspectos de eficiencia, autonomía y participación en el sector municipal en Chile", *mimeo*.
- Draibe, S. M. (1998), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", serie Reforma de política pública, n°52, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Duarte, J. (1996), "Los problemas de la descentralización en educación y salud en Colombia", inédito.
- Espínola, V. (1995), "El impacto de la descentralización sobre la educación gratuita en Chile", CIDE, serie Gestión escolar, n°1, Santiago de Chile.
- Espinosa, J. (1997), "Nicaragua: Descentralización de los servicios de salud", serie Reforma de política pública, n°55, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Espinoza, J. y M. Marcel (1994), "Descentralización fiscal: el caso de Chile", serie Política fiscal, n°57, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Fiske, E. (1996), *Decentralization of Education: Politics and Consensus*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Fresneda, O. y C.E. Vélez (1996), "El gasto público social y normatividad en Colombia", *Coyuntura social*, n°14, mayo.
- Fuller, B. (1985), "Raising School Quality in Developing Countries: What Investments Boost Learning?", Education and Training Series, Banco Mundial, Washington D.C.
- FUNDAP (Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo) (1996), *Federalismo no Brasil: Descentralização e políticas sociais*, São Paulo.
- Galindo, M. y F. Medina (1995), "Descentralización fiscal en Bolivia", serie de Política fiscal, n°72, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Galvao, A.C., M.L. Rodriguez y N.F. Zackseski (1997), "Perfil regional e estadual da execução da despesa orçamentaria da Uniao. 1995", texto para discusión, n°518, IPEA, Brasília.
- Gómez, J.P. (1997), "Evaluación de la descentralización del sector salud en Nicaragua", serie Reforma de política pública, n°54, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- González, E. (1995), *Regulación, competencias y gestión descentralizada de los proyectos de vías, agua potable y saneamiento básico, educación y salud: el caso de Colombia*, ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica), Santiago de Chile.

- González Block M. A., E. Gutiérrez y L. Gutiérrez (1989), "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", *Health Policy and Planning*, vol. 4, n°4.
- (1997), "Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas", *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, Julio Frenk (ed.), Fundación Mexicana para el Desarrollo.
- Guedes, A. y otros (1997), "Gestión descentralizada de la educación en el estado de Minas Gerais, Brasil", Informe n°11: Grupo de desarrollo humano, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Harbison, R. y E. Hanushek (1992), *Educational Performance of the Poor: Lessons from Rural Northeast Brazil*, Banco Mundial, Oxford University Press, Washington, D.C.
- Hart, O. y B. Holmstrom (1987), "The Theory of Contracts", *Advances in Economic Theory*, Fifth World Congress, Cambridge University Press.
- Helm, D. y S. Smith (1987), "The Assessment: Decentralization and the Economics of Local Government", *Oxford Review of Economic Policy*, vol.3, n°2.
- Hernández, P. y otros (1996), "Las cuentas nacionales de salud", *Observatorio de la Salud*, FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud), México, D.F.
- IPEA (Instituto de Investigación Económica Aplicada) (1993), "Regional Disparities in Education Within Brazil: the Role of Quality of Education", texto para discusión, n°311, Brasilia.
- (1994), "Gestao escolar: Desafios e tendencias", n°145, Brasilia.
- (1995), "Gestao educacional: Experiencias inovadoras", n°147, Brasilia.
- Jarquín, A. (1996), "Criterios, estrategias y alcances de la descentralización y municipalización en Nicaragua", *Administración pública y democracia*, Solórzano A. y H. Teuchler (ed.), Instituto Nicaragüense de Administración Pública y Fundación Konrad Adenauer.
- Juan, M. (1997), "La descentralización de los servicios de salud a población abierta en México", presentación durante el seminario regional sobre Descentralización en educación y salud: La experiencia latinoamericana, Puebla, México, 24 al 26 de marzo.
- Klugman, J. (1994), "Decentralization: A Survey of Literature from a Human Development Perspective" Oficina del informe sobre desarrollo humano, Occasional Papers, n°13, PNUD, Nueva York.
- Kreps, D. (1990), "Moral Hazard and Incentives", *A Course in Microeconomic Theory*, Harvester Wheatsheaf.
- Larrañaga, O. (1995), "Descentralización y equidad: el caso de los servicios sociales en Chile", CEPAL, Séptimo seminario regional de política fiscal, *borrador para discusión*.
- Livesey, D. (1987), "Central Control of Local Authority Expenditure", *Oxford Review of Economic Policy*, vol.3, n°2.
- Londoño, J.L. y O. Icochea (1996), "Latin American Health Care Systems: A Simple Description of its Financing and Organization", Latin American Technical Department, Banco Mundial, versión preliminar.
- Lucchese P. (1996), "Descentralização do financiamento e gestao da assistência à saúde no Brasil: A implementação do sistema unico de saúde. Retrospectiva 1990 -1995", *Planejamento e políticas públicas*, n°14.
- Maia, E. (1995), "Nuevos modelos de gestión escolar: La experiencia de Minas Gerais", CIDE, serie Gestión escolar, Santiago de Chile.

- Mac Lure, C. (1995), "Comments on the "Dangers of Decentralization", by Prud'homme", *The World Bank Research Observer*, vol.10, n°2.
- Medici, A.C. y A.C. Agune (1993), *Desigualdades sociais e desenvolvimento no Brasil: uma analise dos anos oitenta ao nivel regional*, IESP/FUNDAP, São Paulo.
- Medici, A. (1996), "Descentralização e gastos em saúde no Brasil", *Federalismo no Brasil Descentralização e políticas sociais*, FUNDAP, São Paulo.
- (1997), "Perfil da saúde no Brasil", IPEA, texto para discusión, n°472, Brasília.
- Medici A., M. Cicero y M. P. Maciel (1996), "A dinâmica do gasto social na três esferas do governo: 1980-92", *Federalismo no Brasil. Descentralização e políticas sociais*, FUNDAP, São Paulo.
- México, Consejo Nacional de Salud (1996), *Hacia la federalización de la salud en México*, México, D.F.
- México, Secretaría de Educación Pública (1996), *Informe de labores 1995-1996*, México, D.F.
- Moncada, D. (1996), "Análisis de los procesos de descentralización y participación comunitaria en el sector social desde la perspectiva del nivel central", informe hecho para el Gobierno de Nicaragua.
- Montoya, S. (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud. Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, n°60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.
- Musgrave, R y P.B. Musgrave (1989), *Public Finance in Theory and Practice*, " cap. 13, 27 y 28, quinta edición, Nueva York.
- Narro, J. (1996), "Modelo de atención a la salud para población abierta", *Hacia la federalización de la salud en México*, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
- Oates, W. (1972), *Fiscal Federalism*, Nueva York.
- (1985), "Searching for the Leviathan: An Empirical Study", *The American Economic Review*, vol. 75.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1995), "National Health Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean. Challenges for the 1990s", *Health Development Series*, n°3, Washington, D.C.
- Ornelas, Carlos (1997a), "El proceso de descentralización de los servicios de la educación en México", Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, *mimeo*.
- (1997b), "El proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta en México", Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: el rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, *mimeo*.
- Palacios, M. (1996), "Descentralización y la participación ciudadana", *Administración pública y democracia*, Solórzano A. y H. Teuchler (ed.), Instituto Nicaragüense de Administración Pública y Fundación Konrad Adenauer.
- Pietrobelli, C. y C. Scarpa, (1990), "Inducing Efficiency in the Use of Foreign aid: the Case for Incentive Mechanisms Based on Country Performance", Development Studies Working Papers, Luca d'Agliano/Queen Elizabeth House, n° 30.

- Porto, A. y P. Sanguinetti (1996), "Las transferencias intergubernamentales y la equidad distributiva: El caso argentino", serie Política fiscal, n°88, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Prawda, J. (1992), *Educational Decentralization in Latin America: Lessons Learned*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Prud'homme, R. (1995), "The Dangers of Decentralization", *The World Bank Research Observer*, vol.19, n°2.
- Rasmusen, E. (1989), *Games and Information. An Introduction to Game Theory*, Basil Blackwell, Cambridge, Estados Unidos.
- Rees, R. (1985), "The Theory of Principal and Agent: Part 1 and 2", *Bulletin of Economic Research*, vol.37, n°1 y 2.
- Ricketts, M. (1986), "The Geometry of Principal and Agent: yet Another Use for the Edgeworth Box", *Scottish Journal of Political Economy*, vol 33, n°3.
- Rondinelli, D., J. Nellis y G.S. Cheema (1984), "Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experiences", World Bank Staff Working Papers, n°581, Washington, D.C.
- Ruiz-Mier, F. y B. Giussani (1997), "El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia", serie Reforma de política pública, n°48, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Schiefelbein, E. (1995), "Education Reform in Latin America and the Caribbean: An Agenda for action", *The Major Project of Education in Latin America and the Caribbean*, 37, Santiago de Chile.
- Stiglitz, J. (1988), *Economics of the public sector*, W.W. Norton Co., Nueva York.
- Tovar y de Teresa, F. (1996), "Acciones para consolidar la descentralización de las cuotas de recuperación y los programas de la beneficencia pública", *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, Consejo Nacional de Salud, De la Fuente, J.R. y M.Juan (compiladores), México, D.F.
- UNESCO (1994), *Medición de la calidad de la educación*, vol.1,2 y 3, Santiago de Chile.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (1996), *Situación educativa de América Latina y el Caribe, 1980-1994*, Santiago de Chile.
- UNESCO/REDUC (Red Latinoamericana de Información y Documentación en Educación) (1991), *Política de descentralización en la educación básica y media en América Latina: Estado del arte*, Santiago de Chile.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1994), Una propuesta de clasificación de las comunas del país, Santiago de Chile.
- Valenzuela, J.P (1995), "Financiamiento de la educación en Chile", SUBDERE, Santiago de Chile, mimeo.
- Vargas de Flood, M. C. (1994a), *Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura*, Argentina, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
- (1994b), *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Argentina, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.

- (1997), "Gasto y financiamiento en salud en Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, n°57, proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.
- Vargas J.E. y A. Sarmiento (1997a), "Características de la descentralización colombiana", serie Reforma de política pública, n°49, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- (1997b), "La descentralización de los servicios de educación en Colombia", serie Reforma de política pública, n°50, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- (1997c), "La descentralización de los servicios de salud en Colombia", serie Reforma de política pública, n°51, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.
- Wiesner, E. (1994), "Fiscal Decentralization and Social Spending in Latin America: The Search for Efficiency and Equity", serie Documentos de trabajo, n°199, BID, Washington, D.C.
- Winkler, D. y T. Rounds (1993), "Municipal and Private Sector Response to Decentralization and School Choice: The Case of Chile, 1981-1990", Human Resources and Operations Policy Working Papers, n°8, Banco Mundial, Washington D.C.
- Winkler, D. (1991), "Decentralization in Education: An Economic Perspective"; Population and Human Resources Department, Banco Mundial, Washington, D.C.
- (1994), "The Design and Administration of Intergovernmental Transfers: Fiscal Decentralization in Latin America", World Bank Discussion Papers, n°235, Washington, D.C.
- Wolff, L., E. Schiefelbein y J. Valenzuela (1993): "Improving the Quality of Primary Education in Latin America: Towards the 21st Century", Regional Studies Program Report 28, Latin America and Caribbean Region, Banco Mundial, Washington, D.C.

## **PARTE II**

### **ESTUDIOS DE CASO NACIONALES**

- I. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA**
  - II. LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN BOLIVIA**
  - III. LA RECIENTE DESCENTRALIZACIÓN DE LA POLÍTICA BRASILEÑA DE ENSEÑANZA BÁSICA Y DE SALUD**
  - IV. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN COLOMBIA**
  - V. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y DE SALUD EN MÉXICO**
  - VI-A. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN EN NICARAGUA**
  - VI-B. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA**
- BIBLIOGRAFÍA PARTE II**



## I. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA<sup>1</sup>

**Roberto Bisang**  
**Oscar Cetrángolo**

### 1. INTRODUCCIÓN

En muchos países de América Latina se están llevando a cabo profundas modificaciones en las políticas de gestión pública, particularmente en el campo social, con el objeto de lograr un uso más eficiente y equitativo de los recursos. La descentralización constituye una de las herramientas que mayor atención ha concitado en este proceso. Se sostiene que los programas de reforma destinados a descentralizar el gasto público en salud se llevan a cabo con el objeto de lograr un uso más eficaz de los recursos, mediante una mejora en los incentivos para los administradores y en el acceso de la población a los mecanismos de control. Al mismo tiempo, el avance en la equidad del acceso a los servicios provistos por el Estado y la eficiente operación de aquellos mecanismos requieren la existencia de políticas globales relacionadas con el sector, en el marco de cada esquema particular de federalismo. El presente capítulo tiene por objeto, precisamente, evaluar las mejoras en la eficiencia y la equidad atribuibles al proceso de descentralización fiscal argentino en materia de salud.

### 2. EL FEDERALISMO FISCAL EN ARGENTINA

Al revisar las características centrales del federalismo fiscal argentino se comprueba la compleja y conflictiva evolución de las relaciones financieras entre los diferentes niveles de gobierno. Particularmente a lo largo de los últimos veinte años, una conjunción de factores políticos y macroeconómicos determinaron la fragilidad del esquema de transferencias financieras. A ello se sumó la intensa presión de la crisis previsional sobre los recursos tributarios tanto nacionales como provinciales. La descentralización de los hospitales realizada hacia fines de los años setenta y la efectuada más recientemente, a principios de los noventa, fueron parte de una estrategia global tendiente a la modificación del esquema de distribución de recursos entre la nación y las provincias. La hipótesis que domina este trabajo es que el objetivo central de estas reformas se relaciona con el desarrollo del conflicto financiero entre las distintas jurisdicciones, sin prestar mayor atención a la particular conformación sectorial. Más aún, se constata que el diseño de las relaciones financieras entre la nación y las provincias no comprende mecanismos claros y explícitos para atender cuestiones de equidad, en general, ni el financiamiento de políticas compensadoras específicas en el campo de la salud. Esta carencia reviste suma importancia considerando que el esquema actual de federalismo fiscal en Argentina se caracteriza por una marcada disparidad entre potestades tributarias y responsabilidades de gasto (véase cuadro 1).

---

<sup>1</sup> Resumen del documento final (Bisang y Cetrángolo, 1997) elaborado para el Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicado por la CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N° 47).

**Cuadro 1**  
**EROGACIONES Y RECURSOS TRIBUTARIOS POR NIVEL DE GOBIERNO, AÑO 1994**  
*(En porcentaje)*

	Recaudación tributaria (1)	Gastos (2)	Diferencia (1-2)
Nación	75.0	54.2	20.8
Provincias	21.2	38.5	-17.3
Municipios	3.8	7.3	- 3.5
TOTAL	100.0	100.0	0.0

**Fuente:** Basado en datos de la Secretaría de Hacienda y Secretaría de Programación Económica.

### 3. DESCENTRALIZACION Y SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Históricamente, el desarrollo de la provisión pública de salud en Argentina no ha presentado una trayectoria lineal en busca de mayor grado de descentralización. Por el contrario, se han registrado períodos en donde las reformas fueron orientadas por la búsqueda de un modelo centralizado. Con todo, a lo largo de las últimas cuatro décadas han predominado los avances hacia una salud pública con un mayor grado de descentralización. Es así que en la actualidad el presupuesto de la administración nacional destina solo el 2.4% de sus erogaciones a la salud. En consecuencia, del total de erogaciones públicas en atención médica, los gobiernos provinciales y municipales efectuaron más del 87%, como se observa en el cuadro 2.

Sin embargo, el análisis del tema no puede quedar restringido al proceso de descentralización operado en el sector público. En la organización del sistema de salud argentino cobra suma importancia la presencia de un sistema de seguridad social en manos de instituciones denominadas "obras sociales". Estas, que se financian mediante cargas sobre la nómina salarial establecidas por ley de la nación, están mayoritariamente en manos de los sindicatos de cada rama de actividad, y fuera de la estructura del sector público. En efecto, durante esas cuatro décadas donde el gasto público pasó sustancialmente a los gobiernos provinciales y municipales, el gasto en salud de las obras sociales (casi la tercera parte del gasto total en la materia) giró alrededor de instituciones con un alto grado de centralismo. Adicionalmente, la actividad privada recibió un fuerte impulso al desarrollarse autónomamente y como subcontratista de la seguridad social. A partir de esta realidad, el análisis del reciente proceso de descentralización de la salud necesariamente debe considerar los efectos de los cambios operados en el subsistema de las obras sociales y las transformaciones del sector privado. Al seguir esta línea de análisis se puede argumentar que la organización que prevaleció en el sector, tomado en su conjunto, ha mostrado a lo largo de su evolución serios problemas de equidad y eficiencia, cuyo análisis exhaustivo queda más allá de los alcances del presente documento.

**Cuadro 2**  
**GASTOS POR SECTOR Y NIVEL DE GOBIERNO**  
*(En porcentaje)*

Finalidad/Función	Nación		Provincias		Municipalidades:	
	1980/1984	1994	1980/1984	1994	1980/1984	1994
<b>FUNCIONES DEL ESTADO</b>	58.0	44.4	32.3	43.0	9.7	12.6
Administración general	27.6	34.1	44.0	40.5	28.4	25.4
Justicia	37.9	35.8	62.1	64.2	0.0	0.0
Defensa y seguridad humanos	77.4	60.9	22.6	39.1	0.0	0.0
<b>GASTO PÚBLICO SOCIAL</b>	61.9	54.0	32.7	39.2	5.4	6.8
<b>RECURSOS HUMANOS</b>						
Educación básica	33.7	0.4	63.7	96.5	2.6	3.1
Educación superior y universitaria	83.9	78.0	16.1	22.0	0.0	0.0
Ciencia y técnica	97.3	94.1	2.7	5.9	0.0	0.0
Atención médica	14.8	12.7	75.2	73.7	10.0	13.6
Obras sociales	88.0	71.6	12.0	28.4	0.0	0.0
Saneamiento ambiental	32.4	7.9	67.6	92.1	0.0	0.0
Vivienda	13.5	6.5	75.4	69.6	11.1	23.9
Bienestar social	65.9	16.2	34.1	83.8	0.0	0.0
Seguridad social	79.3	80.6	20.7	19.4	0.0	0.0
Servicios urbanos	0.0	0.0	3.6	6.7	96.4	93.3
Otros	71.3	74.9	28.7	25.1	0.0	0.0
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	78.9	55.0	19.9	40.5	1.2	4.5
<b>ECONÓMICA SERVICIOS</b>						
<b>DEUDA PÚBLICA</b>	97.8	87.2	2.2	12.8	0.0	0.0
<b>TOTAL</b>	70.7	54.2	25.0	38.5	4.3	7.3

Fuente: Secretaría de Programación Económica.

Volviendo al gasto público, los procesos de descentralización que tuvieron lugar entre fines de los años setenta y principios de los noventa no presentan como motivación central la búsqueda de niveles crecientes de eficiencia y equidad. Por el contrario, han obedecido a la presión que el gobierno nacional ha ejercido con el objeto de modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios). Esto determinó la ausencia de mecanismos de coordinación, búsqueda de mayor eficiencia y políticas nacionales tendientes a cuidar la equidad, en el marco de un programa que asumiera las múltiples facetas que involucra un proceso tan complejo como el de la plena descentralización en las áreas sociales. Como se señaló, el reducido monto de gasto público nacional en salud ilustra acerca del débil vínculo de apoyo a las provincias mediante los programas asistidos desde el nivel nacional. Estos no son determinantes del curso de las políticas provinciales, ni cuenta el estado nacional con capacidad técnica y económica para ejercer la supervisión del destino de dichos fondos.

El proceso de descentralización fiscal, encarado por las autoridades nacionales a principios de la década de 1990, tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas de parte de los ejecutores públicos provinciales, en lo referente tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones.

El primero se vincula a la conformación previa del sistema de prestaciones sociales a nivel local donde, cabe destacarlo, ya existían experiencias de intentos de descentralización desde los años 60. Los resultados de este proceso varían regionalmente de acuerdo con la importancia del sector público como prestador, el desarrollo del sector privado, la relación entre ambos, la dinámica del sistema institucional de las obras sociales y, entre otros factores más, del perfil socioeconómico en que se asienta la demanda por servicios de salud. Así, en situaciones donde el hospital público opera como referente sanitario casi excluyente y la actividad privada tiene un desarrollo menor, la descentralización enfrenta desafíos y genera resultados diferentes de aquellos casos donde el eje provisor de servicios gira en torno al sector privado.

El segundo se relaciona con las especificidades que las provincias le imprimen al proceso de descentralización. Cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, distintas políticas sanitarias –locales y regionales–, perfiles diferenciados de demanda y marcos regulatorios específicos (por lo general, cuentan con regulaciones sanitarias propias y legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, entre otras normas).

#### **4. DESCENTRALIZACIÓN PROVINCIAL Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA: EL CASO DE SANTA FE**

Desde una perspectiva nacional, ambos conjuntos de razones determinan una gran heterogeneidad en el proceso de descentralización, en cuanto a sus modalidades operativas, grados de avance, y resultados en equidad y eficiencia. A nivel microeconómico, el "mapa" de la situación de los hospitales desde el ángulo de la descentralización indica que coexisten, con distintas intensidades, diversas formas de organizaciones. La complejidad de cada proceso de descentralización explica la existencia de 24 sistemas con significativas diferencias. Sin embargo, con el objeto de clarificar el análisis, las diversas experiencias se han agrupado en cinco categorías. Para ello se tuvo en cuenta, fundamentalmente, el grado de autonomía hospitalaria, el nivel de integración de la red de salud y la articulación entre los diferentes subsectores, especialmente entre el público y el privado. La definición de cada experiencia está muy influida por las circunstancias en que ellas se llevaron adelante y por la respuesta que, frente a la política de descentralización, tuvo cada gobierno provincial. Los grupos se clasificaron según las siguientes características dominantes: i) autonomía hospitalaria en el marco de un plan provincial de salud; ii) hospitales autónomos con intentos de coordinación provincial; iii) hospitales autónomos sin esquema provincial explícito; iv) hospitales autónomos de jurisdicción nacional, y v) sistemas mixtos.

Se trata de procesos de gran complejidad cuya maduración se prevé alcanzar en un plazo no perentorio, en el curso del cual se irán construyendo respuestas particulares conforme a las especificidades locales. En el caso de la provincia de Santa Fe, representativo del último de los grupos antes mencionados, el análisis de su esquema de descentralización ilustra elocuentemente sobre la complejidad del tema. Se trata de una provincia que desde un punto de vista socioeconómico y sanitario reproduce varios aspectos presentes en la realidad nacional, y en la cual desde inicios de los años noventa comenzó un proceso de descentralización en el campo sanitario. Con una población de casi tres millones de personas, su sistema sanitario está conformado por unidades centralizadas a nivel provincial, y su dotación pública de camas y establecimientos (año 1994) representa poco más del 50% de la capacidad instalada; el resto se reparte entre establecimientos dependientes de las municipalidades y los aportes surgidos de un proceso de descentralización implementado en los años sesenta: los sistemas de asistencia médica a la comunidad (SAMCO).

Los SAMCO –que cubren alrededor del 30% de la capacidad instalada – son esquemas de organización entre la provincia y algunos municipios que tienen como base una entidad local sin fines de lucro. La administración está descentralizada y cuenta con la participación de representantes locales, mientras que sus recursos provienen en gran parte de la provincia y el resto de los municipios y de ingresos captados por la entidad que los respalda. No cuentan con mayor autonomía en el manejo de los recursos humanos –aún dependen de los estatutos provinciales o municipales– y están sujetos a un sistema de control sanitario por parte de las autoridades provinciales. Su relevancia se relaciona fuertemente con las condiciones iniciales de equipamiento y la infraestructura local de servicios. En localidades donde el desarrollo privado o de las obras sociales es poco relevante y la inversión pública inicial fue sustantiva, el SAMCO es el provisor sanitario obligado y casi excluyente; al cubrir un espectro poblacional variado tiene la posibilidad de mejorar su eficiencia operativa (por economías de escala y captación de recursos adicionales) y favorecer la equidad (vía transferencia hacia pacientes de menores recursos). No ocurre lo mismo cuando la entidad está ubicada en zonas con fuerte presencia de otras organizaciones sanitarias no públicas, que captan los segmentos de mercado mejor posicionados económicamente y circunscriben a los SAMCO a las poblaciones de menores recursos. Finalmente, la inexistencia de un mecanismo de "compensación" entre los distintos hospitales administrados de esta manera atenta contra el logro de la equidad, cuando la visión se traslada desde la unidad microeconómica a la provincia en su totalidad.

Desde 1991 comenzó a implementarse un nuevo modelo de autonomía hospitalaria al cual se han incorporado los principales hospitales provinciales. Sus rasgos centrales son los siguientes:

- \* Prevé una amplia descentralización en la administración cotidiana de los hospitales traspasando el sistema de compras, la administración, y el manejo de los servicios auxiliares (cocina, y otros);
- \* la dirección está conformada por representantes del sector público provincial, de los distintos estamentos internos del hospital, y miembros de la comunidad;
- \* el hospital tiene la posibilidad legal de facturar y captar recursos adicionales a través de convenios con terceros o por prestaciones específicas (manteniendo su obligación de atender a todo paciente que lo demande);
- \* así mismo, puede celebrar contratos de provisión de servicios (como oferente) como y de adquisición de insumos –sean estos bienes o servicios – (como demandante);
- \* se establece, *ex-ante*, un mecanismo de reparto de los fondos adicionales captados, donde una parte va al hospital para equipamiento y el resto para distribuirse como adicional salarial (de acuerdo con la escala salarial vigente y el grado de cumplimiento de asistencia). Los nombramientos de personal así como su categorización siguen aún dependiendo de la administración provincial.

Si bien se trata de una experiencia reciente –los principales hospitales ingresaron al sistema a partir de 1992–, el análisis de los casos más relevantes permite extraer algunas conclusiones. Al respecto, los datos contenidos en el cuadro 3, altamente representativo del universo en proceso descentralizador, ilustran acerca de las múltiples facetas y desafíos que a nivel microeconómico plantea la descentralización.

**Cuadro 3**  
**INDICADORES DE ALGUNAS INSTITUCIONES EN PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN**

	1991		1992		1993		1994		1995	
	Valor	índice	Valor	índice	Valor	índice	Valor	índice	Valor	índice
<b>Caso 1 (1)</b>										
Egresos a/	9 790	100	10 023	102.4	10 171	103.9	10 108	103.2	14 498	148.0
Consultas	107 090	100	120 263	111.6	106 096	98.4	115 006	106.7	145 609	135.1
Porcentaje de ocupación	61.6	100	63.8	103.6	66.7	108.3	64.8	105.2	78.8	127.9
Giro camas b/	40.3	100	42.4	105.2	44.1	109.4	48.4	120.1	59.4	147.4
Presupuesto provincial c/	s/i	...	1 195	100	1 084	90.7	1 156	96.7	1 267	106.0
Recursos adicionales c/	s/i	...	110	100	390	354.5	495	450.1	589	535.5
<b>Caso 2 (2)</b>										
Egresos a/	3 855	100	4 432	115.0	4 345	112.7	4 679	121.4	5 400	140.1
Consultas	134 996	100	136 852	101.4	127 537	94.5	127 935	94.8	120 793	89.5
Porcentaje de ocupación	77.6	100	70.5	90.9	67.3	86.7	68.9	88.8	79.3	102.2
Giro camas b/	48.5	100	46.6	96.1	45.8	94.4	49.2	101.4	58.6	120.8
Promedio diario de egresos	10.6	100	12.1	114.2	11.9	112.3	12.8	120.8	14.8	139.6
Presupuesto provincial c/	s/i	...	s/i	...	112	100	128	114.3	145	129.5
Recursos adicionales c/	s/i	...	s/i	...	5	100	20	400.0	43	860.0
<b>Caso 3 (3)</b>										
Egresos a/	4 425	100	4 373	98.8	4 741	107.1	5 356	121.0	5 442	123.0
Consultas	133 460	100	152 530	114.3	127 387	95.5	122 776	92.0	134 269	100.6
Presupuesto provincial c/	s/i	...	s/i	...	s/i	...	590	100	636.9	108.0
Recursos adicionales c/	s/i	...	s/i	...	s/i	...	5.8	100	15.5	267.2
<b>Caso 4 (4)</b>										
Egresos a/	6 013	100	6 075	101.0	5 701	94.8	6 386	106.2	6 458	107.4
Consultas	84 479	100	104 537	123.7	98 753	116.9	111 477	132.0	124 251	147.1
<b>Caso 5 (5)</b>										
Egresos a/	4 936	100	5 458	110.6	5 978	121.1	6 490	131.5	7 694	155.9
Consultas	136 526	100	154 466	113.1	128 170	93.9	145 723	106.7	157 485	115.4
<b>Total provincia</b>										
Egresos a/	118 440	100	128 378	108.4	134 351	113.4	139 953	118.2	159 721	134.9
Consultas	3 477 846	100	4 040 091	116.2	4 535 775	130.4	4 949 272	142.3	5 799 555	166.8

**Fuente:** Elaboración propia en base a entrevistas e información secundaria

**Notas:** (1) Hospital de media complejidad, 240 camas; 6 horas diarias de atención a pacientes ambulatorios; 906 personas ocupadas. Descentralizado desde 1992.

(2) Hospital de media y alta complejidad, 95 camas; 16 horas diarias de atención a público; 420 personas ocupadas. Descentralizado desde 1994.

(3) Hospital de media y alta complejidad, 170 camas; 6 horas diarias de atención a pacientes ambulatorios; 895 personas ocupadas. Descentralizado desde 1994.

(4) Hospital de media complejidad, 135 camas. Descentralizado desde 1993.

(5) Hospital universitario de media y alta complejidad, 250 camas. Descentralizado desde 1993.

a/ Alta de enfermos internados. b/ Indicador que mide el uso de las camas. c/ Los recursos son valores estimados en miles de pesos por mes.

Inicialmente, el cambio de forma de funcionamiento se percibe como una reformulación sustantiva en la institución, en un proceso más cercano al cambio exógeno proveniente de la administración provincial que a un proceso deseado e impulsado en forma endógena (aunque haya amplias coincidencias respecto de su necesidad en aspectos parciales). La nueva situación ha obligado al replanteo de la forma de funcionamiento interno, dando paso a la necesidad de reforzar (o crear) nuevas áreas que "compiten" con las tradicionales, ligadas casi exclusivamente con los aspectos sanitarios. Estos cambios ponen en evidencia la necesidad –no siempre satisfecha plenamente– de contar con personal capacitado dentro de las unidades hospitalarias, acorde con los nuevos perfiles de actividades.

Aun con estas dificultades, la derivación de las áreas de compras a los hospitales deviene en una clara mejora en la asignación de los recursos. Idéntica evolución positiva puede observarse al analizar algunos indicadores generales de la prestación: tanto los índices de ingresos como de egresos de pacientes internados mejoraron sustancialmente, con idéntica capacidad instalada, a partir de la implementación de las reformas. Cabe señalar, sin embargo, que ello se enmarca en una tendencia general del sistema provincial, el que aún incluye unidades no autónomas.

Menos evidente resulta la relación entre eficiencia y captación de recursos adicionales. Los datos relevados indican que dichos fondos no superan el 20% de los ingresos totales; provienen, por lo general, de otras instituciones públicas o semipúblicas, sujetas también a problemas presupuestarios y cuya cobertura recae sobre pacientes de menores ingresos. En suma, pensar en estrategias centradas exclusivamente en una ampliación sustantiva de la cobertura en base a este tipo de ingresos y con esta conformación de la demanda aparece como un intento de éxito poco probable.

Un tema aún no resuelto convenientemente –pero de indudable impacto sobre la eficiencia– lo constituye la relación entre el pago de ingresos salariales adicionales y productividad. El diseño del sistema actual propone pagos de acuerdo a la escala salarial vigente, con el requisito de perfecta asistencia para acceder al sobresueldo; ello no establece vínculo alguno entre mayor productividad y salarios mejorados. Una acción en ese sentido implicaría "transferir" mayores grados de autonomía en el nombramiento de personal y fijación de los niveles salariales desde la administración central a los hospitales, requiriendo de cambios profundos en los aspectos legales y afectando fuertemente los equilibrios políticos internos de la administración provincial.

Este proceso tiene clara incidencia sobre los aspectos de la equidad. Desde la óptica microeconómica, la idea central sería la captación de ingresos adicionales por la atención de pacientes supernumerarios con capacidad de pago, que permitan ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a pacientes de menores recursos. Ello supone un mecanismo donde el proceso de transferencia, en gran medida, se determina y materializa en cada una de las unidades prestadoras de servicios. Mirado así, pocos son los avances que, a la luz de la reciente experiencia analizada y de los escasos datos con que se cuenta, parecen haberse logrado en esta materia. Por un lado, la captación de ingresos adicionales se orienta en su mayor parte, a la recuperación de pagos por servicios prestados a otras entidades públicas o semipúblicas que cubren estratos de menores recursos económicos; es decir, el sistema no se nutre –al menos en sus primeros pasos– de ingresos por prestaciones adicionales efectuadas a la población de mayores recursos económicos. Por otro lado, no se ha ampliado el tiempo de atención al público, ni se ha vinculado el pago de sobresalarios a mejoras en la productividad de los agentes. Ello indicaría que no existe, aún, una relación importante de "transferencia" en el uso de los recursos. Complementariamente, cabe señalar la existencia de distintos puntos de partida

en cuanto a equipamiento, especializaciones y capacidades concretas entre las unidades objeto de descentralización, que afectan su posicionamiento competitivo inicial en el mercado. Ello puede derivar en que algunas unidades descentralizadas rápidamente puedan captar fondos adicionales, mientras que otras queden rezagadas por sus deficiencias estructurales iniciales, llevando a establecer grados crecientes de inequidad interna en la medida que no exista una entidad superior que tienda a compensar estos desequilibrios.

## 5. REFLEXIONES FINALES

La revisión efectuada de los aspectos operativos de las unidades bajo políticas de descentralización revela los crecientes grados de complejidad de estas medidas, y la no automaticidad e instantaneidad de sus eventuales ventajas. Alerta, además, sobre la necesidad de contar con una cuidadosa estrategia que gradualmente vaya articulando las soluciones cotidianas en un marco más general, que incluya una balanceada relación con los demás agentes del sistema de salud. No se trata de la puesta en marcha de una serie de conceptos generales de rápida aplicación cuyos resultados se pueden percibir a corto plazo, sino de un largo proceso de construcción institucional de múltiples facetas. Este proceso replantea tanto el funcionamiento y estructura de la autoridad de aplicación –los gobiernos nacionales o provinciales – como la cultura de funcionamiento microeconómico de los diversos estamentos que conforman los hospitales, siendo necesario un período muy largo de reconfiguración institucional. El caso de Mendoza<sup>2</sup>, por un lado, y el de Santa Fe, por otro, dan cuenta de ello.

La noción de proceso respecto en lo que respecta a la instantaneidad de la aplicación de estas medidas aparece cuando se advierte que en varios de los casos analizados la descentralización, vista desde la óptica de los ejecutores finales, es percibida como una imposición exógena sin un grado previo de preparación y, a menudo, sin un programa secuencial de medidas de mediano y largo plazo. Ello lleva, por ejemplo en el caso de Santa Fe, a la toma de medidas de descentralización –traspaso de las administraciones, posibilidad de facturación, y otras – sin que las unidades receptoras estén preparadas técnica y conceptualmente para llevarlas a cabo. Como resultado el proceso, luego de cierto avance inicial, ingresa a una etapa de menor dinamismo en la implementación, dada la aparición de problemas cuya solución debía haberse estudiado con anterioridad (falta de recursos humanos capacitados para las nuevas formas de gestión, por ejemplo). La descentralización implica un verdadero cambio de cultura organizacional. El tema es clave considerando que en este espacio se construye y dirime buena parte de la eficiencia y equidad del sistema.

En síntesis, el análisis del caso argentino y sus múltiples variantes indica que la descentralización aplicada al campo de la salud es un proceso complejo que excede largamente los aspectos estrictamente financieros que habitualmente dominan el mecanismo de toma de decisiones en este campo. Si el objetivo final es avanzar en los aspectos de equidad y eficiencia, la articulación microeconómica requiere de un acucioso proceso de aprendizaje institucional, bastante alejado de los ajustes automáticos vía mercado. Demanda, además, una activa participación del aparato público provincial en materia de regulación y control. Por otra parte, las distorsiones en materia de equidad y eficiencia producidas a nivel regional requieren una definición de política a nivel nacional.

---

<sup>2</sup> Ejemplificado en el estudio original.



## II. LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN BOLIVIA<sup>3</sup>

Fernando Ruiz-Mier  
Bruno Giussani

### 1. INTRODUCCIÓN

En 1994, se inicia en Bolivia un amplio proceso de descentralización que afecta profundamente la provisión de servicios sociales en el país. El presente capítulo presenta los resultados de un estudio que analiza los efectos iniciales de este proceso en los sectores de educación y salud, desde un punto de vista crítico de las condiciones imperantes en el país para la implementación y el avance del proceso. Con todo, este enfoque crítico no debe dejar duda de que el proceso de descentralización es alentador y presenta un potencial importante para mejorar la calidad de los servicios de educación y salud en el país.

### 2. EL PAÍS Y LA SITUACIÓN DE LOS SECTORES

Bolivia tiene una extensión territorial de 1.1 millones de km<sup>2</sup> dividida en 9 departamentos, 112 provincias y 311 municipios. La población boliviana estimada para 1995 es de 7.4 millones de habitantes: 58% urbana y 42% rural. La economía boliviana ha alcanzado en los últimos cinco años un crecimiento cercano al 4% anual y un PIB per cápita para 1995 de 856 dólares. Sin embargo, la pobreza, medida por las necesidades básicas insatisfechas, es todavía masiva. El 70% de los hogares bolivianos y el 95% de los hogares del área rural, son pobres.

La situación del sector educación se refleja en los siguientes indicadores. La tasa promedio de escolaridad es de 5.8 años. El 20% de la población mayor de 15 años es analfabeta, alcanzando al 50% entre las mujeres del área rural. La matrícula escolar para la enseñanza primaria es de 84%, reduciéndose al 32% en la secundaria. La tasa de finalización muestra que de cada 100 niños que empiezan la escuela, 26 terminan los 8 años de educación primaria y 14 la secundaria, mientras que en el área rural estos porcentajes son de 7 y 2, respectivamente. El 85% de los inmuebles escolares muestra deficiencias de construcción y de provisión de servicios básicos, y casi todas las escuelas tienen una dotación precaria de mobiliario.

El sector salud se divide entre la provisión pública y la privada de servicios. El sistema público de salud está compuesto por la Secretaría Nacional de Salud Pública y la seguridad social, y su cobertura alcanza al 44% de la población. El sector privado cubre al 30% y el porcentaje restante de la población no tiene acceso formal a los servicios de salud. La oferta pública de servicios de salud es deficiente, con 0.3 médicos, 0.15 enfermeras y 1.3 camas por cada mil habitantes. La mortalidad infantil alcanza a 75 niños por mil nacidos vivos, 106 en el área rural, y la mortalidad materna a 390 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, 524 en el área rural y 602 en la región del Altiplano. La desnutrición crónica afecta al 28% de los niños bolivianos menores de tres años, y a 37% de los niños del área rural. La incidencia de malaria

---

<sup>3</sup> Resumen del documento final (Ruiz-Mier y Giussani, 1997) elaborado para el Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicado por la CEPAL (serie Reformas de Política Pública N°48).

es de 60 por cada cien mil personas, y de tuberculosis de 16 por cada cien mil. Otras enfermedades prevalentes son el mal de Chagas y el cólera.

### 3. EL MARCO LEGAL PARA LA DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización se inicia con la promulgación de la ley de participación popular, que establece la creación de jurisdicciones municipales urbano-rurales en todo el territorio del país a cargo de gobiernos municipales autónomos y elegidos por voto popular. El proceso se extiende con la promulgación de la ley de descentralización administrativa, que crea el poder ejecutivo a nivel departamental radicado en las prefecturas departamentales. En el ámbito sectorial, la ley de reforma educativa establece nuevas estructuras administrativas y de participación para el sector. Por su parte el nuevo modelo sanitario adecua la estructura del sistema público de salud a la participación popular y la descentralización administrativa, estableciendo órganos de gestión sectorial a nivel departamental y de gestión compartida a nivel local. Finalmente, en el marco del nuevo modelo sanitario, el seguro nacional de maternidad y la niñez establece un paquete de servicios de provisión gratuita para las mujeres gestantes y los niños menores de 5 años.

Las principales características del proceso de descentralización en el país, son:

- La introducción de cambios que son de carácter político-administrativo y obedecen a una nueva lógica de gestión pública que sobrepasa las consideraciones sectoriales;
- la organización de la estructura de gobierno en tres niveles de decisión, cada uno con responsabilidades y fuentes de recursos bien definidas: el gobierno central, las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales;
- la creación de entidades y mecanismos de participación de la población en la toma de decisiones y el control social, y
- la descentralización por factores de los servicios sociales, que implica que cada uno de los diferentes niveles de la estructura de gobierno tiene responsabilidad sobre un conjunto diferente de insumos en la provisión de estos servicios.

El cuadro siguiente caracteriza el proceso de descentralización adoptado en Bolivia:

**Cuadro 1**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN**

	<b>Municipal</b>	<b>Departamental</b>
<b>Recursos</b>	Se reorganizaron y aumentaron las transferencias fiscales	
(Nacionales transferidos)	20% de coparticipación tributaria (no incluye el impuesto especial a los hidrocarburos, IEH)	25% de coparticipación del IEH Fondo compensatorio departamental (FCD) Transferencias específicas
(Propios)	Se incrementaron las facultades locales para recaudar recursos a través de impuestos locales, patentes, tasas y tarifas	Regalías departamentales (derechos de explotación de recursos naturales no renovables)
<b>Mecanismos de transferencia</b>	Fórmula, per cápita	IEH: 50% per cápita, 50% por departamento FCD: Fórmula de compensación en base al promedio de regalías per cápita
<b>Responsabilidades</b>	Desarrollo municipal: Construcción, equipamiento, administración y mantenimiento de la infraestructura social	Desarrollo departamental: Inversión en proyectos sectoriales, administración, supervisión y control de los recursos humanos en educación y salud
<b>Criterios de gasto</b>	No más del 15% de los recursos pueden ser empleados en gastos de administración No existe una orientación sectorial del gasto en el marco de las responsabilidades	
	Acceso a recursos de cofinanciamiento condicionado a que el 30% del presupuesto sea asignado al desarrollo humano y el 25% al apoyo de la producción	No se han impuesto condicionantes ni restricciones para el gasto
<b>Mecanismos de participación</b>	Reconocimiento jurídico de las organizaciones de los pueblos indígenas, las comunidades campesinas y las juntas vecinales como representantes de la sociedad civil Comités de vigilancia Elecciones directas de gobiernos municipales Planificación participativa	Consejo departamental con representación por provincia y población

Fuente: Elaboración propia.

#### 4. LA DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL

El modelo de descentralización en educación puede ser descrito a partir de la distribución de responsabilidades entre los tres niveles de gobierno. Para este propósito, es útil ordenar las acciones necesarias para la provisión del servicio de educación en cuatro grandes áreas funcionales: la conducción del sector o función normativa, el financiamiento, la compra o definición de la oferta de servicios, y la provisión de servicios. A estas cuatro funciones se debe añadir la de control social, que corresponde a la población en su carácter de usuarios del servicio. La distribución de responsabilidades es la siguiente:

- La conducción del sistema educativo y la definición de políticas y normas técnicas están a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano, a través de la Secretaría Nacional de Educación (SNE);

- el financiamiento del sector está a cargo del tesoro general de la nación, que financia a través de las prefecturas al personal docente y administrativo, y de los gobiernos municipales que son responsables de la infraestructura educativa y los gastos de operación del servicio;
- la definición de los parámetros que establecen la calidad de la oferta educativa está a cargo de la SNE. La cobertura se establece indirectamente con la contratación de maestros y la inversión en infraestructura;
- la provisión de los servicios educativos no tiene una sola entidad responsable ante la población pero es de responsabilidad conjunta de los distintos niveles;
- el control social en el sector lo ejerce la población a través de las juntas escolares a nivel local, y de los consejos educativos a nivel departamental y nacional.

El cuadro siguiente resume la distribución de responsabilidades:

**Cuadro 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS**

	Central	Departamental	Municipal
<b>Normatividad</b>			
Políticas	Educativa y de personal		
Normas técnicas	Infraestructura, equipamiento y materiales escolares		
<b>Financiamiento</b>			
Personal docente y administrativo	Masa salarial establecida por negociación		
Infraestructura	Cofinanciamiento FIS*	Opcional	Montos establecidos en el presupuesto municipal
Equipamiento	Cofinanciamiento FIS Dotación de la reforma educativa	Opcional	
Gastos operativos			
<b>Oferta educativa</b>			
Desarrollo curricular	Tronco curricular	Currículo regionalizado	Currículo regionalizado
Libros y materiales escolares	Compra, producción y distribución		
Capacitación docente	Módulos Materiales Cursos y talleres		
Apoyo	Supervisión Pedagógica		
Cobertura	Personal docente		Infraestructura
<b>Provisión del servicio</b>			
Insumos	Normas, currículo, libros y materiales escolares, capacitación y apoyo	Personal docente y administrativo	Infraestructura, equipamiento, materiales escolares y servicios básicos
Operación	Distintos participantes tienen responsabilidad sobre distintos aspectos de la provisión del servicio. No existe un responsable directo. La autonomía de gestión de las escuelas es mínima		

Cuadro 2 (concl.)

(Participantes)	Director general de educación	Directores distrital y departamental de educación	Alcalde (Director de escuela) (Director de núcleo)
Fiscalización	Recolección y procesamiento de la información		
<b>Control Social</b>			
Sectoriales	Consejo nacional de educación	Consejo departamental de educación Consejo educativo de los pueblos originarios	Juntas escolares Juntas de núcleo Juntas distritales
Generales			Comité de vigilancia

**Fuente:** Elaboración propia.

\* Fondo de inversión social

Es interesante resaltar que la descentralización no asigna responsabilidades ni recursos directamente a las escuelas. En la práctica, las escuelas no cuentan con capacidad de decisión ni autonomía de gestión.

Por su parte el modelo de descentralización en salud, también puede ser descrito a partir de la distribución de responsabilidades entre los tres niveles de gobierno, e igualmente la provisión del servicio de salud pública puede ordenarse en cuatro grandes áreas funcionales: la conducción del sector o función normativa, el financiamiento, la compra o definición de la oferta de servicios, y la provisión de servicios. Asimismo, la función de control social corresponde a la población como usuaria del servicio.

La distribución de responsabilidades es la siguiente:

- La conducción del sistema de salud y la definición de políticas y normas técnicas está a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano, a través de la Secretaría Nacional de Salud Pública (SNSP);
- el financiamiento del sector es de cargo del tesoro general de la Nación, que financia a través de las prefecturas al personal médico y auxiliar de salud, y de los gobiernos municipales, que son responsables de las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales de apoyo de segundo y tercer nivel;
- los parámetros que rigen la calidad de la oferta de salud los fija la SNSP, mientras que la cobertura del servicio se establece indirectamente con la contratación del personal médico y la inversión en infraestructura;
- la provisión y gestión de los servicios públicos de salud están a cargo del directorio local de salud (DILOS), organismo de gestión compartida conformado por representantes del alcalde municipal, el director departamental de salud y el comité de vigilancia;
- el control social se ejerce a través de las organizaciones de base -juntas vecinales, comunidades campesinas y organizaciones de los pueblos indígenas- y se expresa a través del comité de vigilancia.

El cuadro que sigue resume la distribución de responsabilidades:

**Cuadro 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

	Central	Departamental	Municipal
<b>Normatividad</b>			
Políticas	De salud, de personal, de medicamentos e insumos		
Normas técnicas	Infraestructura, equipamiento Protocolos de atención		
<b>Financiamiento</b>			
Personal docente y administrativo	Masa salarial establecida por negociación		
Infraestructura y equipamiento	Cofinanciamiento FIS, PROISS a/, PSF b/, CCH c/	Opcional	Montos establecidos en el presupuesto municipal
Gastos operativos			
<b>Oferta de Salud</b>			
Seguro nacional de maternidad y la niñez	Paquete de servicios gratuitos	Personal médico	Medicamentos e insumos
Otros servicios	No están claramente definidos		
Capacitación	Cursos y talleres		
Apoyo	Supervisión		
Cobertura	Personal médico		Infraestructura
<b>Provisión del servicio</b>			
Insumos	Medicamentos e insumos médicos	Personal médico y administrativo	Infraestructura, equipamiento, insumos médicos y servicios básicos
Operación  (Participantes)	El directorio local de salud (DILOS) en el marco de la gestión compartida con participación popular		
		Director departamental de salud Directores de establecimientos de salud	Alcalde (Comité de vigilancia)
Fiscalización	Recolección y procesamiento de la información		
<b>Control social</b>			
			Organizaciones de base Comité de vigilancia

**Fuente:** Elaboración propia.

a/ PROISS= Proyecto Integral de Servicios de Salud

b/ PSF= Proyecto Integrado de Servicios Básicos de Salud

c/ CCH= Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria

La descentralización no asigna responsabilidades ni recursos directamente a ninguno de los establecimientos de salud, sean estos postas sanitarias, centros de salud u hospitales de apoyo. Sin embargo, cada establecimiento percibe ingresos por la provisión de servicios de salud (los que no están incluidos en el seguro nacional de maternidad y la niñez). Estos recursos se utilizan para solventar los gastos de operación del establecimiento, incluida la contratación de personal.

## 5. LA ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y DEL GASTO EN EDUCACIÓN Y SALUD

La asignación del sector público al sector de educación en 1995 fue de 358.8 millones dólares, equivalente al 5.8% del PIB y a 48.9 dólares per cápita. El 90% de estos recursos estaban asignados para gasto corriente, y el restante 10% para inversión. El financiamiento del gasto educativo provenía en un 94.6% del gobierno central, en un 5% del los nuevos gobiernos municipales, y en un 0.3% del nivel departamental. La distribución de recursos por sector educacional mostraba una asignación de 48.2% para el nivel primario, de 10.3% para el nivel secundario y de 27% para las universidades públicas. El restante 14.5% estaba destinado a la administración del sistema educativo nacional.

Esta estructura del financiamiento y del gasto sectorial responde a las siguientes tendencias:

- *Los recursos destinados al sector se han incrementado.* Antes de la descentralización, la planilla salarial acaparaba los recursos asignados al sector. Las escuelas subsistían con los ingresos generados por concepto de pago de matrícula escolar, y la construcción de nueva infraestructura se realizaba a través del FIS. Con la descentralización, los recursos municipales se convierten en recursos adicionales para el sector, que deben destinarse a los ítemes que estaban prácticamente abandonados por el esquema centralizado, es decir al equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y la operación de los servicios. Si bien en la actualidad los recursos municipales están principalmente dirigidos a financiar la construcción de nueva infraestructura educativa, en la mayoría de los casos como contraparte del FIS, estos recursos podrán destinarse también y con mayor regularidad a estos otros ítemes de gasto. Lo que puedan invertir las prefecturas departamentales en educación serán también recursos adicionales para el sector.
- *La inversión ha aumentado significativamente.* Los recursos de participación popular, que pueden financiar un incremento sostenible de la inversión en el sector, se están complementando actualmente con recursos extraordinarios provenientes de la reforma educativa y del fondo de inversión social. Este esfuerzo ha contribuido al incremento de la participación de la inversión del 2.8% al 10% del gasto educativo entre 1993 y 1995. Para este último año, la ejecución de los recursos de inversión de la reforma educativa equivalía al 31% del total de la inversión en educación, mientras que la del FIS representaba el 28%. Es decir, estas dos fuentes aportaban el equivalente a 1.5 veces la inversión municipal, que alcanzaba a 14.2 millones de dólares.
- *La administración del gasto corriente no ha sufrido modificaciones.* El gasto corriente en educación está dominado en un 99% por la planilla salarial de los docentes y personal administrativo del sistema. El crecimiento de la masa salarial ha obedecido en los últimos años, como siempre, a la política salarial establecida por el gobierno en base a la capacidad fiscal del Estado para financiarla. Las prefecturas departamentales, que a partir de 1996 son responsables de la administración, control y supervisión de los

recursos humanos en educación, han podido hacer poco para ordenar y ajustar la planilla. Las planillas departamentales todavía se elaboran en la SNE y se pagan a través del tesoro general de la nación.

- *La desaparición de los ingresos propios ha afectado a las escuelas.* Una fuente importante de financiamiento operativo de las escuelas fiscales, por la flexibilidad y autonomía de gestión que les confería, eran los recursos propios generados por el pago de matrícula. Las escuelas recibían el 60% del total de los recursos recaudados para el mantenimiento, la compra de materiales de escritorio y la dotación de materiales escolares. Con la promulgación de la ley de reforma educativa, que introduce la gratuidad al sistema escolar, y la ley de participación popular, que transfiere la responsabilidad de la provisión de estos ítems de gasto a los gobiernos municipales, los ingresos por concepto de pago de matrícula desaparecen. El impacto de estas medidas ha sido negativo para las escuelas. Primero, porque ha reducido la autonomía de gestión para atender sus necesidades más urgentes, que ahora deben ser comunicadas al gobierno municipal en forma de requerimientos. Segundo, porque en la mayoría de los casos los materiales asignados por el municipio no han llegado a equiparar los que las escuelas adquirirían con los recursos propios.

En el caso de la salud la asignación estatal en 1995 fue de 108.8 millones de dólares, equivalente al 1.8% del PIB y a 16 dólares per cápita. Las estimaciones de los aportes públicos a la seguridad social y el gasto privado en salud incrementarían el gasto total en salud a 6% del PIB, y 53 dólares per cápita. Los recursos estatales se asignan en un 68% al gasto corriente y en un 32% a la inversión. El gasto corriente se divide en gastos de personal (47%), transferencias a instituciones (47%), y otros gastos (6%). Las transferencias son en su totalidad recursos destinados al pago de becas vitalicias a grupos vulnerables, por lo que no deberían contabilizarse como gasto en salud. La distribución del gasto por niveles de gobierno muestra al gobierno central con 95.8%, a los nuevos gobiernos municipales con el 3.4%, y a los departamentos con el 0.8%.

Esta estructura del financiamiento y del gasto en salud obedece a las siguientes tendencias:

- *Los recursos destinados al sector se han incrementado.* Como en educación, la planilla salarial y las transferencias a instituciones consumían la mayor parte de los recursos asignados a la salud. Las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales subsistían con los ingresos generados por la provisión de servicios, y la construcción y el equipamiento de nueva infraestructura estaban a cargo del FIS y de los programas de apoyo al sector, como el PROISS, PSF y CCH. Con la descentralización, los recursos municipales del sector se convierten en recursos adicionales, destinados a cubrir los ítems de gasto abandonados por el sistema centralizado, como son el mantenimiento de la infraestructura y los gastos de operación de los servicios de salud. En la actualidad, los recursos municipales financian principalmente la construcción de nueva infraestructura de salud, en la mayoría de los casos como contraparte del FIS y de los programas de fortalecimiento, pero es concebible que estos recursos se destinen también y con mayor regularidad a los ítems de gastos necesarios para la operación del sector.
- *La administración del gasto corriente no ha sufrido mayores modificaciones.* Los recursos públicos para la provisión de servicios de salud se detinan mayoritariamente a la planilla salarial del personal médico y administrativo del sistema. El crecimiento de esta masa salarial ha dependido de la política salarial del gobierno y de la capacidad fiscal del Estado para financiar los acuerdos logrados con las organizaciones gremiales del sector.



Las prefecturas departamentales, responsables de la administración, control y supervisión de los recursos humanos en salud desde 1996, poco han hecho para ordenar y ajustar sus planillas, puesto que éstas aún no han sido transferidas en su totalidad por la Secretaría Nacional de Salud Pública. Las planillas departamentales todavía se pagan con cargo al erario nacional .

- *La reducción de los ingresos propios ha afectado a los establecimientos de salud.* Con la puesta en marcha del seguro nacional de maternidad y la niñez, que establece la atención gratuita de mujeres gestantes y de los niños menores de 5 años en casos de enfermedades diarreicas y respiratorias, los establecimientos de salud han visto disminuidos los ingresos que generan. En principio, esta reducción debería ser cubierta por los gobiernos municipales mediante el aporte del 3% de los recursos de participación popular para la compra de medicamentos y otros insumos médicos. En la práctica, los recursos municipales no son suficientes para cubrir este déficit: primero, porque la reglamentación dispuesta por la SNSP en relación con el uso de los medicamentos e insumos, en cuanto a su pertinencia y cantidad, no es adecuada para tratar todos los casos existentes y en consecuencia los tratamientos involucran mayores costos que los contemplados en el seguro; y, segundo, porque el seguro no incluye el pago de servicios como la alimentación de los pacientes o los de lavandería, que tradicionalmente se financiaban con recursos propios. Esto último ha generado problemas de financiamiento a los establecimientos de salud, que han visto reducidos sus recursos propios y tienen mayores requerimientos debido al aumento de la cobertura. Adicionalmente, por dificultades operativas muchos municipios todavía no han hecho efectivo su aporte al seguro.
- *La proporción de recursos municipales asignada al sector es baja.* La asignación municipal al sector salud no alcanza al 5% del total de los recursos municipales, lo que la ubica como la más baja del área social. Este resultado parece atribuible, por un lado, a la falta de demandas y requerimientos de la población en este campo y, por otro, a la percepción de los gobiernos municipales de que los establecimientos de salud generan suficientes recursos como para atender sus gastos de operación. Esta percepción no es del todo correcta, y de todos modos los recursos generados en los establecimientos de salud son recursos municipales que deberían estar inscritos en los planes anuales operativos (PAO). Esto no está ocurriendo en la actualidad y, en consecuencia, existe a nivel municipal una situación en la que los establecimientos de salud están prácticamente marginados de los ejercicios presupuestarios de los gobiernos municipales. Otro efecto de esta situación es que la información del gasto municipal en salud es incompleta.

## 6. CONDICIONES EXISTENTES PARA EL AVANCE DE LA DESCENTRALIZACIÓN<sup>4</sup>

El avance en la implementación de una gestión descentralizada está íntimamente ligado al grado en que se dan las condiciones necesarias en el país. En Bolivia, las condiciones básicas para una adecuada implementación y avance del proceso de descentralización existen, pero todavía no son las ideales. Las siguientes son las principales:

---

<sup>4</sup> Las evaluaciones presentadas en esta y en la próxima sección se basan en visitas de campo a 28 municipios en 5 departamentos del país. El conjunto de municipios escogido refleja el perfil nacional con relación a la distribución de municipios por población. También refleja una variedad con relación a la predominancia lingüística en el municipio así como con relación a las características topográficas de los mismos.

**El compromiso político.** La descentralización avanza en la medida en que los principales actores de los niveles central, departamental y municipal están comprometidos con el proceso. El estudio realizado sugiere que:

- *La descentralización está bien afianzada entre la población.* El proceso de descentralización se ha construido sobre un sólida base legal y cuenta con el respaldo de la población. La resistencia inicial a los cambios, radicada en la defensa del status quo por parte de grupos de interés que desempeñaban funciones de intermediación entre segmentos de la población y el Estado, ha desaparecido.
- *El grado de compromiso con la descentralización sectorial varía entre los distintos niveles de gobierno.* Esto parece reflejar, en general, dos tipos de posiciones. La primera, que reconoce que el proceso de descentralización representa nuevas oportunidades, se traduce en un fuerte apoyo a la descentralización. Esta posición se observa principalmente en el nivel municipal. La segunda, más prevaleciente en los niveles central y departamental, muestra un compromiso más limitado. Esto parece ser el reflejo de la incertidumbre y la percepción de pérdida de poder vinculados a los cambios.
- *Las medidas de descentralización generan distintas respuestas.* La participación popular tiene un amplio respaldo a nivel local y departamental, mientras que existe cierta ambivalencia en relación con los beneficios de la ley de descentralización administrativa.

**Actitudes y cultura.** El avance del proceso de descentralización depende, entre otros factores, de las actitudes y las tradiciones culturales de la población. Cuando las actitudes y la tradición cultural tienden a la toma de decisiones de manera descentralizada, el proceso de descentralización puede ser más eficaz y su implementación más rápida. En este sentido, los desafíos del proceso de descentralización en el país son: i) romper con el hábito de dependencia del nivel central de gobierno que tiene la sociedad, ii) fortalecer las nuevas estructuras y mecanismos de participación popular que rescatan la tradición participativa de las culturas originarias. Las principales observaciones del estudio son que:

- *En el país persiste una actitud centralista tanto en el nivel central como local.* En lo concerniente a la Secretaría Nacional de Educación, esta actitud se refleja en la lenta adecuación operativa del sector, en la timidez con la que se transfieren ciertas decisiones a otros niveles "que no están preparados", y en la tendencia a "orientar" las acciones municipales. De igual manera, la Secretaría Nacional de Salud Pública no ha realizado esfuerzos significativos en el marco de la descentralización para adecuarse a sus nuevas responsabilidades y transferir competencias a los niveles departamental y local. En el ámbito local, la tradición centralista se refleja principalmente en cómo percibe la población al alcalde y al gobierno municipal. La percepción de la "autoridad" con un sentido distante similar a la que se tenía del gobierno central, se traduce en cierta desconfianza, reticencia a cuestionar y exigir transparencia, y en la creencia de que al alcalde le corresponde solucionar todos los problemas. Esta tendencia se refleja, también, en las demandas de la población por mandatos más estrechamente definidos para el gobierno municipal, respecto a la asignación y uso de los recursos municipales, manifestando de esta forma una desconfianza sobre la capacidad de la población para cuestionar y exigir transparencia en la gestión municipal.
- *Los mecanismos de participación están siendo aprovechados.* Las representaciones tradicionales de participación comunitaria se están incorporando formalmente al proceso de decisiones a nivel local, a través de los mecanismos establecidos por la participación popular. En todos los municipios se han conformado los comités de vigilancia con representantes de las organizaciones de base. En el caso de la salud, este comité forma parte del directorio

local de salud. En el caso de la educación, las juntas escolares constituyen el ejemplo más claro de esta transformación.

**Asignación de funciones.** La actual asignación de funciones entre los diferentes niveles de gobierno, es el resultado de un proceso de descentralización impulsado por una lógica de gestión pública que sobrepasa las consideraciones propias del sector, y sobre el cual tiene un impacto significativo. Por esta razón, es necesario complementar en base a criterios y características sectoriales la asignación de funciones para responder a los desafíos que están pendientes:

- *El sector no ha terminado de definir cómo debe operar.* La situación actual muestra que es necesario que ambos sectores terminen de definir cómo deben operar. La asignación de funciones, en lo que respecta a la provisión de servicios de educación y salud no está debidamente detallada. Tampoco existe suficiente claridad con relación a las nuevas estructuras y procedimientos para la provisión de servicios. Las entidades ordenadas por ley han sido conformadas, pero no han asumido totalmente las funciones que les fueron conferidas totalmente. Si bien la reforma educativa establece una serie de estructuras para el funcionamiento del sector, no especifica cómo participan las distintas entidades en la provisión del servicio. A su vez, el nuevo modelo sanitario propone una nueva estructura para facilitar la coordinación, pero no da una visión completa de cómo debe operar el sector. En consecuencia se observa, por un lado, que las estructuras dispuestas por la ley se han conformado pero no han asumido las funciones que se les asignó en su totalidad y, por otro, que los vacíos existentes se están supliendo en todos los niveles en base a iniciativas personales. Por lo tanto, la estructura de la gestión sectorial en salud es poco homogénea.
- *La coordinación entre niveles es todavía limitada.* Por la naturaleza de la descentralización, la coordinación es crítica para el buen funcionamiento del sistema educativo. En la actualidad, la coordinación es limitada y los mecanismos para lograrla son incipientes. En este sentido, es necesario desarrollar e institucionalizar los órganos y mecanismos que faciliten una labor coordinada entre el director general, los directores departamentales, los directores distritales, los directores de núcleo y los directores de escuela, y de éstos con el gobierno municipal. En el caso de la salud, la creación del DILOS, un órgano de gestión compartida a nivel municipal en el nuevo modelo sanitario, responde a la necesidad de establecer un mecanismo efectivo que facilite la coordinación de los tres niveles de gobierno, e incorpore a la población en la gestión de la provisión de servicios de salud. Por el momento, los DILOS no han logrado facilitar la coordinación debido principalmente a su reciente conformación y a la falta de claridad sobre cuáles son sus funciones.
- *La responsabilidad sobre la provisión de servicios de educación está diluida.* La “descentralización por factores” obliga a que los tres niveles de gobierno en el nuevo esquema estén involucrados en la provisión de servicios, cada uno con responsabilidad sobre un conjunto de insumos. El resultado de esta situación es la ausencia de una identificación pública clara del responsable final de la provisión de los servicios de educación y salud ante la población. La descentralización por factores crea un vacío de responsabilidad, que es necesario subsanar. En el caso de la salud el DILOS tiene asignado un papel central en la gestión de los servicios de salud y, por su estructura de participación, aparece como el responsable final ante la población de la provisión de los mismos. Sin embargo, el DILOS es una corporación que difícilmente puede considerarse como responsable puesto que, en principio, no tiene poder de decisión. Las limitaciones del DILOS se deben, primero, a que el alcalde necesita la aprobación del consejo

municipal para la asignación de recursos y, luego, a que el director departamental de salud todavía no administra la planilla de salud. Por estas razones, aun con la existencia de un directorio local, la responsabilidad sobre la provisión de servicios de salud sigue estando diluida.

- *En el sector de educación los órganos de participación popular sectorial todavía no están establecidos de forma efectiva.* La estructura de participación popular en educación aún no se ha establecido como lo especifica la ley. A nivel municipal solo se han establecido las juntas escolares, quedando pendientes las juntas de núcleo y las juntas distritales. Los organismos de participación sectorial a nivel departamental, los consejos departamentales de educación y los consejos educativos de los pueblos originarios no se han constituido. Por otro lado, los organismos de participación popular que existen muestran cierta desorientación sobre cuál es papel que deben desempeñar en la gestión municipal.
- *En el sector salud no existen organismos sectoriales de participación popular.* Al margen de que todavía queden en funcionamiento algunos comités populares de salud, antiguos órganos de participación popular del sector, la SNSP no ha establecido aún mecanismos de participación de la población en las decisiones de salud. La participación del comité de vigilancia en el directorio local de salud es en la actualidad el único cauce de participación de la población en el sector. Esta participación crea, sin embargo, una incompatibilidad de funciones en el comité de vigilancia, que en este caso actuaría como juez y parte. La función del comité de vigilancia es la fiscalización de la gestión municipal y sectorial en relación con las demandas y requerimientos de la población en materia de salud. En este sentido, el comité de vigilancia difícilmente puede involucrarse también en la gestión sectorial. Para resolver este conflicto de intereses, es necesario establecer órganos sectoriales de participación popular que puedan representar a la población en la gestión de salud.

**Capacitación y fortalecimiento.** La capacitación y fortalecimiento de los nuevos actores de los procesos de descentralización y participación popular es fundamental para que estos puedan asumir de manera eficaz las responsabilidades que les competen. La capacitación de los gobiernos municipales enfrenta un desafío significativo debido, por un lado, a la magnitud y diversidad de las necesidades y, por otro, a las limitaciones de capacitación existentes en el país. La estrategia adoptada por la Secretaría Nacional de Participación Popular se basa en programas uniformes de capacitación y fortalecimiento, lo que permite tener una mayor cobertura pero, al mismo tiempo, no permite incorporar el tratamiento de temas específicos detectados por cada municipio. En la etapa inicial del proceso se observa que:

- *Es necesario un mayor esfuerzo de capacitación y fortalecimiento.* El esfuerzo actual está centrado en la capacitación genérica dirigida principalmente a la administración y ejecución de los recursos de transferencia. Estos esfuerzos necesitan expandirse, primero para alcanzar una cobertura universal y segundo para incorporar otras áreas de interés y necesidad municipales.
- *No existen esfuerzos de capacitación en gestión sectorial.* La gestión sectorial es vital para la correcta administración de los servicios de educación y salud. Sin embargo, no existe un esfuerzo organizado por ninguno de estos dos sectores para complementar los actuales programas de capacitación municipal con elementos de gestión sectorial. La capacitación sectorial que existe se realiza de acuerdo a los antiguos patrones, es desordenada y no responde a las necesidades de la descentralización.

- *Las organizaciones de participación popular están todavía al margen de los esfuerzos de capacitación y fortalecimiento.* El esfuerzo de capacitación y fortalecimiento municipal no incorpora a las organizaciones de participación popular. Es necesario un esfuerzo de capacitación que involucre a las juntas escolares, dando énfasis a la difusión y explicación de sus derechos y obligaciones con relación a las escuelas, los directores de escuela y de núcleo, los maestros y los gobiernos municipales. Asimismo, es necesario un esfuerzo de difusión y capacitación que dé a conocer a las juntas vecinales, comunidades campesinas y organizaciones de los pueblos indígenas las acciones del sector en su jurisdicción, el tipo de acciones que pueden tener impacto en la población, la participación necesaria de la misma, y sus derechos y obligaciones respecto a la provisión de servicios de salud.

**Seguimiento.** Las actividades de seguimiento de la descentralización y participación popular son importantes porque permiten sistematizar las experiencias y retroalimentar el proceso. Las observaciones en relación a este tema se pueden resumir de la siguiente manera:

- *No hay un seguimiento sistemático del proceso sectorial de descentralización.* La Secretaría Nacional de Participación Popular está realizando un seguimiento general del proceso de descentralización y participación popular. Este seguimiento no llega al detalle específico necesario para monitorear la descentralización en cada sector. Este es un trabajo que le corresponde a la SNE y a la SNSP, las que no han empezado con la tarea de realizar un seguimiento del proceso de descentralización sectorial, sistematizando y evaluando información que permita a los responsables determinar y aplicar oportunamente las acciones, preventivas o correctivas, que fuesen necesarias.

## 7. TENDENCIAS INICIALES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Desde el punto de vista de la provisión de servicios, la descentralización será positiva en la medida en que contribuya a: i) incrementar la eficiencia social, ii) mejorar la eficiencia técnica, iii) lograr mayor equidad, iv) mejorar la calidad, y v) extender la cobertura de los servicios. A continuación, se resumen los resultados del estudio en relación con las tendencias iniciales del proceso de descentralización en estas cinco áreas.

**Eficiencia social.** La descentralización, al acercar las decisiones a la población y posibilitar una mayor correspondencia entre las preferencias de la población y el tipo y cantidad de los servicios provistos, puede contribuir a mejorar la eficiencia social. Para que esto suceda es necesario que existan mecanismos ágiles y eficaces que permitan a la población comunicar sus preferencias a quienes toman decisiones, y que la asignación de funciones sea tal que cada actor enfrente todos los costos (iniciales y recurrentes) que son consecuencia de sus decisiones. La descentralización de competencias crea mejores condiciones para el logro de la eficiencia social. Sin embargo, la descentralización por factores, al hacer necesario que la población revele sus preferencias a más de una entidad responsable, constituye un desafío significativo para la eficiencia social.

- *La descentralización incorpora mecanismos para recoger las preferencias de la población a nivel municipal.* Los distintos mecanismos y canales de participación existentes, como son la elección directa de gobiernos municipales, la planificación participativa, la estructura de participación popular en educación, y los comités de vigilancia, contribuyen a que los gobiernos municipales sean sensibles a las demandas de la población. El cuadro 4 resume la situación observada con relación al uso de cinco mecanismos. Los dos primeros, ligados a la programación global, abarcan todas las áreas de competencia del municipio, mientras que los tres restantes son más específicos y pueden tener una orientación sectorial.

**Cuadro 4**  
**USO DE MECANISMOS DE CONSULTA**

MECANISMOS	SITUACIÓN
Planificación participativa y elaboración del Plan de Desarrollo Municipal (PDM)	Es el mecanismo más estructurado aunque sus resultados todavía no se traducen en prioridades en la práctica
Consultas con comunidades para elaboración del Programa Anual Operativo (PAO)	Varía según municipio, es el principal mecanismo de consulta para aproximadamente la mitad de los municipios
Acceso al alcalde y al concejo y canales de comunicación permanente con los mismos	El acceso varía dependiendo del alcalde. En la mayoría de los casos no hay canales de comunicación permanente
Consultas con unidades proveedoras de servicios	Presentan sus requerimientos aunque generalmente éstos no son discutidos en detalle con el alcalde
Referéndum o encuestas	No se han identificado casos en los que se utilizan

**Fuente:** Elaboración propia

En los otros niveles, como el departamental donde los mecanismos son indirectos y muy restringidos, y el nacional donde este tipo de mecanismos son prácticamente inexistentes, la medida en que las decisiones sobre algunos aspectos de la provisión del servicio reflejan las preferencias de la población, son limitadas.

- *La actual asignación de funciones dificulta la incorporación de todos los costos en las decisiones de inversión municipal.* La descentralización por factores, al involucrar a distintas entidades de forma parcial en el financiamiento y la provisión de los servicios, dificulta el que las decisiones de cada una de ellas incorpore todos los costos involucrados en la provisión de los servicios. A nivel municipal las decisiones de gasto no están relacionadas con las decisiones impositivas o de tarifas por servicios. Esto significa que la población no asume en forma directa el costo de los servicios que solicita y, por consiguiente tiende a demandar niveles de servicio superiores a los que está dispuesta a financiar. La relación es aún más débil en el caso de las decisiones a nivel departamental y nacional.

**Eficiencia técnica.** La eficiencia técnica mide el costo de producir servicios y se logra con la utilización de una combinación apropiada de insumos, dados los costos, y con la transformación de estos en servicios sin desperdicio. En el caso de la descentralización de la educación y la salud, en Bolivia se observa que existen algunas condiciones favorables así como desafíos significativos para mejorar la eficiencia técnica. Una evaluación de la situación a este respecto muestra lo siguiente:

- *La asignación de recursos no se basa en criterios técnicos.* En el caso de la educación, en ninguno de los niveles involucrados en la provisión de servicios se asignan recursos conforme a la cantidad de servicios provistos ni en base a costos unitarios. En el caso de la salud, con excepción (parcial) de la asignación municipal al seguro nacional de maternidad y la niñez, tampoco se asignan recursos conforme a la cantidad de servicios provistos. En ambos sectores sigue predominando el criterio de subsidiar la oferta, sin que existan mayores esfuerzos por relacionarla con la demanda.

- *Las decisiones que afectan la relación inversión/gasto corriente todavía no están coordinadas.* La descentralización por factores hace necesaria una coordinación vertical, que permita a los distintos niveles involucrados establecer de manera conjunta la combinación de insumos, en particular la combinación de inversión y gasto corriente, para la provisión de servicios. La nueva estructura sectorial de educación se ha definido de manera que el sector tenga presencia en los distintos niveles de gobierno. El contar con un representante sectorial en el ámbito territorial del municipio contribuye a establecer un diálogo permanente entre el sector (con su relación vertical con la prefectura y la SNE) y el municipio. Esta relación potencialmente puede contribuir a la coordinación vertical entre el gobierno central y las prefecturas con los municipios. Sin embargo, es todavía muy temprano para establecer si ha tenido algún impacto en la relación inversión/gasto corriente a nivel de las escuelas. En el caso de la salud, para resolver este desafío planteado por la descentralización por factores se establece, a nivel municipal, el directorio local de salud, que tiene entre sus principales responsabilidades conciliar estas decisiones. Los DILOS se han creado recientemente en la gran mayoría de los municipios, pero todavía no están funcionando adecuadamente.
- *Las limitaciones institucionales son significativas.* La capacidad institucional de las nuevas instituciones (a nivel municipal y departamental) involucradas en la provisión de educación es muy limitada. Por su parte, la SNE tiene actualmente limitaciones para desempeñar el nuevo papel que le corresponde. En general, en los tres niveles hay carencias, de personal calificado y de instrumentos de gestión. Salvo en el nivel central con el apoyo de la reforma educativa, no se ven esfuerzos por desarrollar las capacidades necesarias. La SNSP también muestra limitaciones en el desempeño de su papel. Las carencias de personal calificado y de instrumentos de gestión son también evidentes en los tres niveles. En ambos sectores las limitaciones de recursos financieros y físicos se traducen en deficiencias institucionales que no están siendo atendidas.
- *Las escuelas carecen de autonomía de gestión.* La discrecionalidad que tienen las escuelas para decidir sobre la combinación de insumos en la provisión de servicios, es mínima. La planilla, el principal ítem de gasto, es definida y administrada en el nivel central y departamental, y la ejecución del presupuesto asignado a educación por los municipios siendo de cuenta del municipio se rige por criterios distintos a los de búsqueda de eficiencia de gestión en la provisión de los servicios. Adicionalmente, las unidades de servicios no cuentan, como en el pasado, con recursos propios sobre cuyo uso tenían autonomía de decisión.
- *Los mecanismos de fiscalización establecidos son todavía débiles.* Los comités de vigilancia y las juntas escolares son corporaciones que, a través de los mecanismos establecidos por la ley de participación popular y la ley de reforma educativa, deben representar a la población y a los usuarios ante los proveedores de servicios. Esta estructura de fiscalización está funcionando tímidamente a nivel municipal aunque promete ser importante en el futuro. Sin embargo, su contribución a mejorar la eficiencia técnica en la provisión de servicios de educación está limitada debido a que dichas corporaciones no cuentan con canales para retroalimentar las decisiones tomadas en los niveles departamental y central.
- *El sistema educativo no incorpora mecanismos de competencia.* La actual estructura del sistema no se apoya en la competencia para estimular la eficiencia técnica. Los alumnos tienen la posibilidad de matricularse en cualquier escuela pública pero, dado que los recursos no siguen cuantitativamente a los alumnos, no existe una dinámica de competencia que dé señales sobre su desempeño relativo a las escuelas. La asignación de insumos para

maestros en base a la matrícula es un mecanismo muy indirecto y, debido a la mala información, no tiene mayor impacto.

- *El sistema público de salud no está integrado.* La separación de los servicios provistos por la SNSP y por la seguridad social, resulta muchas veces en el mal aprovechamiento de la infraestructura existente y en la inadecuada asignación de personal médico. Asimismo, esta separación y el funcionamiento aislado de cada una de las instituciones de la seguridad social limitan las opciones disponibles para la población, y no permiten aprovechar la posible competencia regulada que estimularía la eficiencia técnica.

**Equidad.** La equidad requiere especial atención en un proceso de descentralización, debido a que es un aspecto que difícilmente puede ser incorporado en la toma de decisiones a nivel descentralizado. Dos aspectos merecen ser estudiados: la situación de equidad en la provisión de los servicios de educación y salud al inicio del proceso de descentralización, y las condiciones que determinarán las tendencias a medida que avanza el proceso. Estos dos aspectos deben ser vistos con relación a la equidad interdepartamental, intermunicipal e intramunicipal (entre escuelas y entre establecimientos de salud).

Las principales observaciones del proceso de descentralización en Bolivia en relación con la equidad, se resumen a continuación.

- *Las características poblacionales y territoriales de los municipios son heterogéneas.* La jurisdicción municipal está determinada por el territorio de una sección de provincia, cuya delimitación ha sido históricamente arbitraria. El resultado para la descentralización ha sido la existencia de diferencias significativas entre municipios, particularmente en cuanto a población y territorio. Por ejemplo, de los 311 municipios que se crean en el proceso de descentralización, 17 no alcanzan a los 1 000 habitantes, mientras que existen 4 municipios con población mayor a los 400 000 habitantes, y 14 municipios con más de 50 000 habitantes. Las diferencias territoriales son también abismantes. Los municipios de San Ignacio de Moxos, en el Beni, y Cliza en Cochabamba tienen la misma población, pero el primero es 300 veces más extenso que el segundo. Además, Cliza se extiende sobre una planicie en el valle alto de Cochabamba, mientras que San Ignacio de Moxos tiene una geografía accidentada y poco accesible.
- *Las disparidades en materia de necesidades no se reflejan en los recursos asignados.* Las diferencias entre municipios se traducen en diferentes necesidades y requerimientos de recursos, así como también en distintas capacidades para generar recursos. Estas diferencias no son tomadas en cuenta en la transferencia de recursos. Por ejemplo, la diferencia entre dos municipios grandes y vecinos como son La Paz y El Alto es importante, en cuanto a necesidades básicas insatisfechas. El Alto tiene casi el doble de incidencia de pobreza que La Paz, lo que significa, grosso modo, que El Alto teniendo mayores necesidades recibe la mitad de los recursos de coparticipación que La Paz, porque tiene la mitad de la población. Adicionalmente, y por la misma incidencia de pobreza, El Alto tiene un menor potencial recaudador que La Paz, lo que reduce su capacidad de generar ingresos para satisfacer sus necesidades.
- *La asignación de recursos a educación y salud es muy variada.* Los gobiernos municipales en cumplimiento de sus responsabilidades deben asignar recursos al sector de educación para la construcción, equipamiento, mantenimiento y operación de la infraestructura educativa. La mayoría de los municipios están cumpliendo con esta disposición, pero existen ocho Municipios que no han asignado recursos al sector en el presupuesto de 1996, mientras que, por ejemplo, Tiraque en Cochabamba y San Joaquín en el Beni han asignado prácticamente el cien por ciento de sus recursos al sector. En índices de



asignación per cápita, la diferencia se ilustra contrastando los municipios de Filadelfia en Pando, que asigna 402 dólares por alumno, y el municipio de Poopo en Oruro, que invierte 0.40 dólares. Finalmente, la relación alumnos/profesor también varía considerablemente, alcanzando 98.2/1 en el municipio de Samaipata en Santa Cruz, y 8.2/1 en San Pedro de Quemes en Potosí. A nivel departamental las diferencias también son marcadas. La inversión por alumno fluctúa entre 2 y 15 dólares al año, con un promedio de aproximadamente 9 dólares. Por su parte, el gasto en personal varía entre 106 y 223 dólares por alumno al año, con un promedio nacional de aproximadamente 140 dólares. Esto último se refleja también en una variación similar en la relación alumnos/maestro.

En el sector salud, la mayoría de los municipios están cumpliendo con la asignación de recursos, pero existe un total de 37 que no han realizado asignación alguna en el presupuesto de 1996, en tanto que municipios como Coipasa en Oruro y Yanacachi en La Paz han asignado cerca del 65% del total de sus recursos al sector. Como asignación per cápita, la diferencia resalta al comparar los municipios de Santa Rosa del Abuná en Pando, que asigna 49 dólares, y el municipio de Yacuiba en Tarija, que invierte 0.17 dólares. La relación médico por habitantes también varía considerablemente, alcanzando a 1/40 945 en el municipio de Puna en Potosí, y 1/496 en el municipio de Huacaya en Chuquisaca. Lo mismo ocurre a nivel departamental. La inversión por población fluctúa entre 1.2 y 10.5 dólares al año, con un promedio estimado de 5.4 dólares. El gasto en personal per cápita varía entre 3.6 y 10.8 dólares al año, con un promedio nacional aproximado de 5.9 dólares. Finalmente, la relación médicos por cada 10 000 habitantes muestra índices que varían entre 2.3 y 6.3, con un promedio nacional de 3.6.

- *La tendencia inicial sugiere que no se están atendiendo las diferencias entre escuelas.* En la actualidad, no existen políticas que contribuyan a mejorar el aspecto de equidad. No se han adoptado, ni en los municipios ni a nivel departamental o nacional, criterios mínimos respecto a los insumos a los que debe tener acceso cada escuela. Por esta razón, las decisiones de asignación de recursos no se basan en criterios que busquen asegurar que los mismos correspondan a las necesidades y reflejen, de modo general, un tratamiento homogéneo. A nivel departamental se observan tendencias que sugieren que las diferencias podrían aumentar. Por ejemplo, Tarija, que tiene la relación establecimiento/inmueble más baja y en principio requiere la menor inversión en infraestructura, es el departamento con la inversión anual por alumno más alta, mientras que Santa Cruz, con la relación de establecimiento/inmueble más elevada, es uno de los departamentos en los que la inversión anual por alumno es menor.

**Cobertura y calidad.** Es todavía muy pronto para esperar un impacto de la descentralización en la cobertura o la calidad de los servicios de educación y salud. En el mediano plazo, una vez que todos los mecanismos introducidos por la descentralización estén operando adecuadamente, es previsible que se observen mejorías tanto en la cobertura como en la calidad. Por el momento, las características de la situación son las siguientes.

- *No existe evidencia de que haya habido cambios significativos en la cobertura de educación.* Los incrementos en la masa salarial y el número de personal están vinculados al crecimiento vegetativo y muestran la misma tendencia que en el pasado, por lo que difícilmente pueden relacionarse con una mayor cobertura. Al mismo tiempo, el incremento de la inversión en infraestructura parece estar orientado a remplazar o mejorar las escuelas existentes y no tanto a construir nuevas escuelas.
- *Las condiciones que afectan la calidad están cambiando.* Se pueden observar ciertos cambios que tendrán un impacto en la calidad. Algunos de estos cambios, sin embargo, no son

atribuibles a la descentralización sino mas bien a la reforma educativa. Por un lado, los cambios pedagógico-curriculares introducidos por el programa de transformación y la distribución de bibliotecas de aula realizada por el programa de mejoramiento, al cambiar la dinámica del proceso educativo y mejorar la dotación de insumos, hacen posible una mejora de la calidad. Por otro lado, la eliminación de los recursos propios, con la introducción de la gratuidad en la reforma educativa, ha limitado la capacidad de las escuelas para adquirir ciertos insumos básicos y, en consecuencia, parece tener un impacto negativo sobre la calidad educativa. Este efecto, sin embargo, debe considerarse como temporal y será superado cuando los recursos municipales sustituyan a los que eran recursos propios.

- *El seguro nacional de maternidad y la niñez está incrementando su cobertura.* La aplicación del seguro nacional de maternidad y la niñez ha aumentado el número de partos atendidos en servicio y las consultas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias en niños menores de 5 años. No obstante, el incremento de la cobertura no es homogéneo en el territorio nacional. La respuesta al seguro parece ser mayor en las zonas de los valles y los llanos, y poco significativa en el altiplano. De la misma manera, el seguro parece haber tenido mayor impacto en el área urbana que en el área rural.
- *El seguro parece tener un impacto negativo en la calidad de la atención en salud.* Las definiciones de la SNSP respecto al tipo y cantidad de medicamentos e insumos médicos que deben utilizarse en las intervenciones ligadas al seguro nacional de maternidad y la niñez no parecen ser las adecuadas. En este sentido, se observa que la rigidez de las especificaciones sobre el uso de insumos se traduce, en muchos casos, en una insuficiencia de medicamentos e insumos médicos y, en otros, en una poca pertinencia lo que estaría afectando negativamente la calidad de estos servicios. Con relación al resto de los servicios, no existe evidencia de que la calidad estaría siendo afectada.

## 8. CONCLUSIONES

La descentralización en los sectores de educación y salud enfrenta grandes desafíos, como todo proceso complejo que introduce cambios significativos e involucra a nuevos actores. El estudio revela algunas dificultades propias de los primeros pasos en un largo camino en el que será necesario hacer ajustes a medida que se avanza, y sugiere algunas áreas que requieren especial atención. La adopción de la descentralización como mecanismo para mejorar la provisión de servicios de educación y salud debe estar acompañada por un reconocimiento de las limitaciones existentes en los distintos niveles y de un esfuerzo para asegurar, en el proceso, que cada organismo esté en condiciones de cumplir las funciones que se le han asignado. Desde una óptica más amplia, debe recalarse que la descentralización representa un cambio con un significativo potencial para mejorar la provisión de servicios sociales en el país.

### III. LA RECIENTE DESCENTRALIZACIÓN DE LA POLÍTICA BRASILEÑA DE ENSEÑANZA BÁSICA Y DE SALUD<sup>5</sup>

Sônia Miriam Draibe

#### 1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo resume las principales características y algunos resultados de los procesos de descentralización de la educación básica y de la salud implementados en Brasil, con énfasis a partir del principio de los noventa. Los resultados se ilustran a través de evidencia extraída de un estudio de campo efectuado en distintos municipios del país.

#### 2. EL MOVIMIENTO DE DESCENTRALIZACIÓN DE POLÍTICAS EN BRASIL: MOTIVACIONES Y FASES DEL PROCESO

Considerable es el esfuerzo de descentralización que el país viene desplegando desde los años ochenta. Desencadenado como una importante tarea del movimiento de democratización, aparece desde un principio marcado por el tema federativo (*a questão federativa*). Este proceso amalgama tanto los objetivos de recuperación de prerrogativas fiscales, políticas y administrativas por parte de los estados, y municipios principalmente, como los de disminución del alto grado de centralización de las políticas públicas brasileñas, entre ellas las sociales. En otras palabras, fue principalmente como reacción al fuerte centralismo impuesto por los gobiernos militares, entre 1964 y 1984, que surgió y cobró fuerzas el movimiento por la descentralización de las políticas públicas en Brasil.

En efecto, concebida entonces como estrategia de consolidación de derechos sociales y extensión de la ciudadanía a la masa de la población, la descentralización de las políticas sociales ocupó un lugar destacado en la agenda política de la descentralización de los años ochenta, erigiéndose el "municipalismo" en su modalidad más visible y combativa. En buena medida, la Constitución de 1988 consolidó los nuevos esquemas de descentralización fiscal y de los programas sociales, negociados por los entes federativos bajo el signo y la causa de la democratización del país.

Siguió a esa primera etapa y con igual motivación, hasta 1990-1991, un período de simultánea implementación de la nueva institucionalidad y surgimiento de conflictos fiscales entre la Unión –afectada por el recorte de sus ingresos sin la correspondiente disminución de gastos– y los estados y municipios, dispuestos a defender sus nuevas prerrogativas; entre ellas, el robustecimiento de sus ingresos, derivado de la reforma tributaria de 1988.

La inestabilidad económica y la aceleración inflacionaria producidas entre los años 80 y la estabilización lograda por el "Plan Real" de 1994 introdujeron turbulencias en el nuevo diseño del federalismo brasileño, tendiendo tanto a reforzar las motivaciones fiscales de la descentralización, tanto como las posiciones de quienes, por razones de la misma naturaleza, se oponen a ese proceso. Es verdad que el nuevo escenario no esterilizó por completo las

---

<sup>5</sup> Resumen del documento final (Draibe, 1998) elaborado para el Proyecto Regional de Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicado por la CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N°52).

disposiciones que posibilitaban el incremento de los ingresos y un mayor grado de autonomía de los gobiernos subnacionales, pero es cierto también que los esfuerzos de ajuste fiscal han resultado muy duros a los entes subnacionales, y los avances tienen lugar en medio de un estado casi "de guerra" fiscal, principalmente entre los estados. Tales circunstancias –entre otras– entraban la construcción de consensos en torno a las reformas necesarias tanto para la corrección de los desequilibrios existentes como para el fomento de la descentralización a todo lo ancho del espectro federativo.

### 3. LA POLÍTICA SECTORIAL

#### a) *Educación básica*

A lo largo de la vida republicana del país el sistema brasileño de educación, principalmente en sus niveles básico y medio, se consolidó en una modalidad descentralizada, quedando a cargo de los estados de la Unión, y secundariamente de los municipios, el suministro de este servicio. Aun así, el sistema educacional no fue ajeno al esfuerzo descentralizador iniciado en los años ochenta por el movimiento democratizador, toda vez que el régimen autoritario le había hecho sentir su impronta centralizadora, lo mismo que al conjunto de las políticas públicas.

Al revés de lo sucedido en otras áreas, el naciente municipalismo no ha mostrado mayor interés en expandir su participación en el suministro de enseñanza básica, argumentando que ya había desplegado tal esfuerzo durante el período de bonanza fiscal, y se ha inclinado más bien por privilegiar ahora la educación preescolar. Por su parte, los estados muestran una tendencia cada vez mayor a la municipalización de la enseñanza básica, acuciados por la presión fiscal derivada del severo ajuste económico en curso. La gran novedad del período reciente reside en el modo en que la Unión ha procurado zanjar el conflicto, arbitrando el financiamiento del área de modo de recuperar sus funciones compensatorias y redistributivas y, simultáneamente, estimular la descentralización de la enseñanza primaria, tanto vía municipalización como mediante el otorgamiento a la comunidad escolar de mayor autonomía en la gestión de recursos a la comunidad escolar.

#### **Organización, provisión y financiamiento de la educación básica**

Para comprender mejor el ámbito y el sentido de la actual política de descentralización de la enseñanza, es importante describir el cuadro organizacional y de provisión del sistema educacional.

La educación básica en Brasil, obligatoria y gratuita, abarca ocho años. La enseñanza media, de tres años de duración, es igualmente gratuita, pero no obligatoria.

El sistema educacional público acoge a unos 37.1 millones de alumnos, los cuales se distribuyen aproximadamente de la siguiente manera: 4.7 millones en la enseñanza pre-escolar; 28.2 millones en la básica; 3.5 millones en la media, y 700 mil en la superior. Desde comienzos de los años noventa la cobertura de la enseñanza básica es prácticamente completa.

El Estado es el gran proveedor y mantenedor de la red gratuita de enseñanza, salvo en el nivel superior, donde predomina el sector privado. Los gobiernos estatales asumen la mayor parte de las matrículas de la enseñanza básica y media (64% y 90%, respectivamente). Por su parte, los municipios absorben más de dos tercios de las matrículas preescolares, pero apenas el 32% de las vacantes de enseñanza básica. La Unión, seguida por los estados, responde

por el grueso de las matrículas públicas de la enseñanza superior. Las variaciones regionales que se observan en la participación de los estados y municipios en la oferta de enseñanza básica, son considerables. Los municipios son importantes proveedores de educación pública en la región Nordeste (47%); en las regiones Sur, Norte, Centro-Oeste y Sudeste son minoritarios, con porcentajes de 36%, 32%, 26% y 20%, respectivamente, del total de los alumnos matriculados en ese nivel.

Aunque la Constitución se refiere a la responsabilidad que cabe a cada nivel de gobierno en la provisión de la enseñanza, lo hace solo en términos generales, (preferenciais). El resultado de ese difuso delineamiento es la sobreposición y pugna de competencias entre las tres esferas de gobierno en la regulación y la oferta educacional.

Las atribuciones regulatorias de la Unión son amplias. Sin embargo, los entes estaduais y municipales gozan de amplia autonomía y competencia para establecer sus propios sistemas y legislar sobre los aspectos más importantes de la educación básica, tales como currículos (con tal que se respeten los parámetros curriculares nacionales, fijados por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC)); jornada escolar; sistemas de reclutamiento y capacitación docente, sin perjuicio de acatar la exigencia constitucional de concurso público; carrera profesional y fijación de las remuneraciones de los profesores. Por eso mismo, aunque siempre con apego a las normas y legislación nacionales, el sistema educacional muestra una marcada heterogeneidad en materia de organización, contenido y desempeño.

Vale la pena recordar que fue tradicional la concentración de recursos y poder de decisión en los organismos intermedios de dirección escolar (delegaciones de enseñanza), en las secretarías estaduais y municipales de educación y, finalmente, en los órganos ministeriales. En otras palabras, históricamente la unidad escolar dispuso de un grado de autonomía muy exiguo en Brasil. De igual modo, el país carece de una tradición fuerte en la actuación de la comunidad escolar y de las entidades colegiadas. De hecho, la ley reconoce la existencia de las asociaciones de padres y maestros, los consejos de escuela y los consejos municipales de educación con funciones sociales, consultivas o deliberativas, pero la implementación de estas entidades sigue siendo bastante precaria.

El financiamiento público de la educación se da fundamentalmente a través de recursos tributarios, constitucionalmente vinculados al área, y del "salario-educación", contribución obligatoria de 2.5% sobre la nómina salarial de las empresas y que es recaudada por la Unión. Por determinación constitucional (enmienda Calmon), el 18% de los ingresos tributarios de la Unión y el 25% de los ingresos de estados y municipios, incluidas las transferencias, deben destinarse al desarrollo y mantención de la enseñanza básica. El salario-educación complementa los recursos públicos destinados a este propósito..

Según estimaciones recientes, en 1995 el gasto público educacional representaba el 4.8% del PIB y su monto por habitante ascendía a 223 dólares. En el último tiempo se ha producido un aumento y una redistribución entre niveles de gobierno del gasto público en educación, tendencias atribuibles en gran medida a la ya referida descentralización fiscal de 1988, pero también al incremento de la recaudación tributaria. La ejecución del gasto es altamente descentralizada (ver cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL GASTO EDUCATIVO POR NIVEL DE GOBIERNO EN 1995**

Rubros	Niveles de gobierno			Gobierno general consolidado*
	Federal	Estadual	Municipal	
Total general	25.79	44.15	30.07	100.00

Fuente: Afonso, 1996.

\* Excluidos los gastos financiados con transferencias intergubernamentales.

Estos datos contradicen de alguna manera la lentitud con que se modifican las participaciones relativas de los distintos niveles de gobierno en la oferta total de la enseñanza básica. En efecto, los últimos quince años fueron ricos en experiencias e iniciativas municipales y estatales de descentralización y reorganización sistémica, con vistas al mejoramiento de la calidad de la enseñanza; sin embargo, entre 1980 y 1994 la participación de los estados, en lo que concierne a matrículas y docentes, se fortaleció más que la de los municipios. Ello refuerza la hipótesis de que el gremio magisterial se resiste vigorosamente a la municipalización de la enseñanza básica. Como veremos, la política federal de descentralización sistemática es también bastante reciente.

#### **Actores estratégicos y modelos de descentralización**

En los últimos quince años han sido escasas las alteraciones, salvo las de naturaleza financiera, introducidas en la estructura de competencias y en la composición de la provisión pública de educación. Hasta hace poco esta área de política social no había experimentado reforma significativa alguna en ninguno de sus niveles, pese a que durante este período se fueron acumulando las críticas a la ineficiencia y pobre calidad de la enseñanza –principalmente del nivel básico–, a la insignificante cobertura de la educación media, a la reducida matrícula preescolar, y a las distorsiones que aquejan a la enseñanza superior. Seguramente, la corrección de tales distorsiones constituyó la motivación más poderosa para reorganizar y reformar el sistema educacional en muchos estados a fines de los años ochenta, pero solo en los últimos dos años la política educacional nacional experimentó una inflexión, orientada a la modernización y drástica reorganización del sistema y al mejoramiento de la calidad del servicio que presta.

No cabe dejar de lado, empero, la importancia relativa de las experiencias e iniciativas estatales y municipales de rediseño de la enseñanza básica. Si bien ellas no lograron modificar las bases y los principios de estructuración del sistema, son importantes porque permiten visualizar tendencias de reestructuración que posiblemente servirán de apoyo a las próximas medidas a la vez que estimulan mejoras en las competencias institucionales y administrativas del sistema, base sobre la que podrá asentarse con mayor solidez la reforma educacional en curso.

En la década del 80 la enseñanza careció de hecho de actores estratégicos y de coaliciones fuertes que abogaran por la descentralización y municipalización, lo que explica en parte el estancamiento del área. Los profesores primarios, fragmentados y carentes de cohesión, no solo no asumen el liderazgo sino que tienden incluso a oponerse al proceso. En efecto, dada la conformación "estadualizada" y "municipalizada" de la oferta, los cuerpos docentes siempre tropezaron con dificultades para organizar acciones concertadas a escala nacional, tendiendo

entonces a enfrentar la descentralización con el sesgo de su respectiva localización territorial: los municipales con evidente desinterés, y los estatales con fuertes resistencias. Por iniciativa de las autoridades de la educación a través de los organismos federales (Ministerio de Educación), estatales y ocasionalmente municipales, se impulsaron cambios descentralizadores que no siempre fueron acompañados de la adhesión, menos aún de la movilización, de los docentes. Por lo tanto, los actores estratégicos –las propias autoridades educacionales– se definen en las redes de enseñanza, más precisamente en sus órganos superiores. No es casualidad que en esa área la desconcentración de las redes sea no tanto fruto de la municipalización, como del patrón dominante de descentralización.

Más recientemente, las medidas descentralizadoras impulsadas por el equipo central del MEC procuran estimular simultáneamente la municipalización de la enseñanza –a través de una drástica modificación del sistema de financiamiento– y la autonomía de la escuela, para lo cual se descentralizan funciones de ejecución de gasto.

Considerando las experiencias e innovaciones ensayadas entre los años ochenta y 90 en estados y municipios, se comprueba que en los modelos de descentralización aplicados parece haberse seguido con cierta sistematicidad tres ejes de cambios, no siempre armónicos y coherentes.

En primer lugar, destaca la desconcentración de los órganos de decisión, suprimiéndose a veces los intermedios o de carácter regional. Así, se observa en el proceso de autonomización una clara tendencia a privilegiar la unidad de enseñanza y no la de gobierno, como es el municipio. En segundo lugar, se observa una municipalización de la educación preescolar y, en menor medida, de la enseñanza básica. En tercer lugar, se aprecia una proliferación de modalidades de cooperación con organizaciones de la sociedad civil (ONG, cooperativas, fundaciones empresariales, etc.) y, en menor medida, con el sector privado.

La autonomización de la unidad escolar va plasmando, por iniciativa de algunos estados, una significativa tendencia a la desconcentración de las redes estatales de enseñanza básica. En general, esta modalidad de descentralización se da a través de algún tipo de transferencia de recursos y poder decisorio a la dirección de las escuelas, lo que aligera el peso de los organismos y burocracias intermedios de la gestión escolar. A menudo involucra también la participación de asociaciones de padres y maestros en la toma de decisiones. Finalmente, en el plano más político, en algunos casos se introdujo la práctica de la elección del director por la comunidad escolar.

La municipalización es lenta, según ya hemos señalado, y se va produciendo más por el crecimiento de las redes propias de enseñanza preescolar, que por otras medidas. Pocos son los casos de un efectivo traspaso de competencias, recursos, equipamiento y patrimonio de estados a municipios. La realidad del país es que las dos redes educacionales, la estatal y la municipal, coexisten y compiten, con escasos puntos de intersección entre ambas.

La descentralización por involucramiento del sector privado, con o sin fines de lucro, es poco habitual en la enseñanza de primer grado. La tendencia reciente apunta incluso a la merma de la participación privada en la oferta de vacantes.

No se puede omitir el aumento de la participación de organismos colegiados –de profesores, padres y maestros, o consejos municipales– en la gestión educacional. Esta es, como se sabe, otra modalidad de descentralización, en la cual la tradición brasileña fue siempre muy débil. Aunque su crecimiento ha sido lento y las dificultades de implementación considerables,

la tendencia se ha ido consolidando, ahora estimulada deliberadamente por la política federal de descentralización de recursos.

### **La política reciente de descentralización**

Las últimas medidas de estímulo a la descentralización emanadas de la esfera federal y que mezclan elementos de tales modelos, datan de 1995. La normativa más radical de reforma de la educación fue sometida en septiembre de 1995 por el MEC al congreso nacional, que la aprobó en mayo de 1996. Su nombre indica que se propone reorganizar el sistema de canalización y asignación de recursos para la educación básica y valorar el aporte del magisterio, a través de la instauración de un salario medio profesional nacional. En virtud de la nueva legislación, del total (25%) de recursos fiscales estatales y municipales obligatoriamente vinculados a la educación, el 60% (ó 15% de los ingresos) deberá destinarse a la constitución en cada estado de un fondo desde el cual los recursos se redistribuirán al estado y sus respectivos municipios, siguiendo el criterio de un mínimo de 300 dólares por alumno efectivamente atendido en las escuelas estatales y municipales. De los recursos totales del fondo, por lo menos un 60% se destinará a la remuneración de los docentes de nivel básico, con sujeción también al parámetro salarial de 300 dólares mensuales. En el evento de que los recursos del fondo estatal resulten insuficientes para financiar ese gasto mínimo, la Unión deberá realizar aportes para cubrir el déficit, con lo que ejercerá un innegable papel redistributivo a nivel regional .

La nueva ley representa, sin duda, un vigoroso estímulo a la municipalización. Los estados y municipios medios y grandes perderán recursos propios si no destinan a sus redes de educación de primer grado el 15% de sus ingresos.

Las restantes medidas de estímulo se están implementando a través de la descentralización de los recursos propios y de programas del MEC para la enseñanza básica: PNAE (programa de merienda escolar), PMDE (programa de mantención y desarrollo de la enseñanza) y PAT/TV Escuela (equipamiento tecnológico y programa televisivo de capacitación docente).

El primero (PNAE) obedece hasta ahora al modelo de municipalización de la gestión: en virtud de convenios el MEC transfiere recursos a los municipios, que se encargan de proporcionar alimentación a los escolares de establecimientos estatales y municipales. Hasta 1996, cerca del 30% de los municipios se habían incorporado al programa, en tanto que otro tercio respondía por lo menos de las necesidades de sus escuelas. Por propia iniciativa, los estados de Goiás y Minas Gerais traspasan los recursos que reciben del gobierno federal directamente a las asociaciones de padres y maestros de las escuelas, que se encargan de la gestión del programa.

Los otros dos programas, iniciados en 1995, se ciñen al modelo de descentralización que refuerza la autonomía de la escuela. Persiste como gran dificultad la falta de asociaciones de padres y maestros, por lo que la mayoría de las unidades escolares, principalmente las municipales, deben ser atendidas por las propias secretarías estatales y municipales de educación, que operan como ejecutoras del gasto. Aun así, al cabo de dos años de aplicación, al impacto del modelo ha sido sin duda significativo sobre el ambiente escolar, que se ha visto renovado y reforzado por el inédito ejercicio de la autonomía, al que los agentes, usuarios y la comunidad escolar responden con un ágil aprendizaje institucional.



*b) Salud*

El programa de redemocratización de los años ochenta insistía, entre otros aspectos, en la democratización de los recursos y el poder decisorio, así como en la descentralización de casi todos los sectores del sistema nacional de protección social, proyectando una densa agenda reformista para el área social.

Ella postulaba la modernización y ampliación del ámbito de injerencia de la previsión social, llamada a convertirse en un sistema de seguridad social universal de pensiones, salud y asistencia social; la descentralización y universalización del sistema público y gratuito de educación preescolar, básica y media; la unificación y descentralización del nuevo sistema nacional de salud, capaz de ampliar su cobertura a toda la población; la descentralización y regionalización de los programas nacionales de saneamiento y habitación popular, con el correspondiente cambio de su sistema de financiamiento; y la municipalización de la asistencia social, concebida como derecho ciudadano, libre de las prácticas clientelistas que históricamente la asediaron.

El desarrollo de una agenda tan compleja no podía estar a salvo de dificultades, las que aumentarían en la medida que se postergaran las urgentes medidas y decisiones de reforzamiento fiscal y reforma del Estado. En definitiva, el balance de la implementación de las reformas formuladas en los años ochenta es bastante modesto, con excepción de la política de salud y de algunos programas parciales.

¿Cómo explicar este resultado? A las mencionadas razones económicas y fiscales y a las alteraciones de las pautas de valores hegemónicos que surgen como primera respuesta, cabe agregar factores tales como la inexistencia de una política deliberada de descentralización, razonablemente articulada por el gobierno central; el sesgo corporativista implícito en los proyectos, en detrimento tanto de la universalización como de la mayor eficiencia de los programas; el estrechamiento del espacio político ocupado por los sectores progresistas en la alianza que condujo inicialmente el proceso de redemocratización y, en fin, la disímil correlación de fuerzas, en cada arena de política sectorial, al interior de las coaliciones y liderazgos en favor de la descentralización.

Son esas mismas razones, sin embargo, las que explican el éxito de la creación del sistema único de salud (SUS) y el paradójico fracaso de su implementación. Caso sui generis en el escenario brasileño, la política de salud fue la única entre las políticas sociales que en la década de 1980 protagonizó una transformación radical, y no solo en lo concerniente a la descentralización. Más todavía, la reforma sanitaria se hace en apariencias a contracorriente de la historia. En efecto, a fines de los años ochenta se anuncia la construcción de un sistema nacional de salud no solo único, integrado y descentralizado –justamente cuando cobraban fuerza y hegemonía tesis contrarias a sistemas y regulaciones estatales y sesgos estatizantes–, sino también gratuito y universal de prestación de la atención médico-sanitaria, en momentos que también se consolidaban ideas privatizadoras o cuando menos concepciones de políticas más focalizadas y selectivas.

La correcta comprensión del significado, los alcances y los límites del victorioso movimiento de creación, en 1988, del SUS y de la trayectoria de fracasos y obstáculos que han marcado su implementación, exige una referencia a la agenda reformista más general que le dio origen. La extensa literatura sobre la materia muestra que en este proceso se condensaron prácticamente todos los valores, principios y referencias de lo que a la sazón constituía la agenda de democratización del Estado y, en especial, de las políticas sociales brasileñas.

### **La reforma sanitaria: antecedentes y motivaciones**

Hasta los años ochenta, Brasil careció de un efectivo sistema de salud, conforme a los moldes aplicables a un sistema educacional o de previsión social.

En efecto, la política de salud operaba a través de instituciones múltiples y heterogéneas que competían en recursos, cobertura y calidad de las prestaciones, configurándose un cuadro institucional muy fragmentado, marcado por la segmentación de clientelas y por la gestión centralizada, en particular, en el Instituto Nacional de Asistencia Médico-previsional, el INAMPS organismo del sistema previsional que lideró el crecimiento del sector público en el área.

El modelo asistencial, desde luego, se segmentaba en prevención y cura. El propio sector público distinguía entre la medicina preventiva/colectiva (a cargo del Ministerio, de las secretarías de la salud, de los estados y de algunos municipios grandes) y la curativa/individual, a cargo del INAMPS. Estados y municipios grandes actuaban también en el área hospitalaria. Desde los años setenta, la extensión de la cobertura de ese "anti-sistema" se dio gracias al quehacer del INAMPS, que amplió a la población no asegurada la atención básica de salud.

En lo tocante al sector privado, además de la medicina liberal clásica, se desarrolló un importante sector prestador de servicios de laboratorio y hospitalarios, que es contratado por el INAMPS, por los seguros privados de salud y por el sector de medicina colectiva. Algunos cuerpos profesionales y de funcionarios públicos, entre ellos las fuerzas armadas, contaban con sistemas propios de atención, en general de mejor calidad que el previsional.

A comienzos de los años ochenta, con vistas a reordenar la política de salud y eliminar sus principales distorsiones, el vigoroso movimiento social capitaneado por el personal del área médica –principalmente del sector público– estableció como ejes ordenadores de una nueva armazón institucional: la integración (de los tres niveles de gobierno), la descentralización y la desconcentración (de los recursos y del poder político para la orientación de las acciones públicas). Avanzando y reforzándose con las fuerzas y coaliciones democratizadoras, en el transcurso de la década del 80 este movimiento se comportó típicamente como uno de base en materia de organización y acciones reformistas, acumulando sucesivos éxitos, cada uno de los cuales sirvió de refuerzo estratégico para consolidar sus posiciones .

En la primera mitad de la década y a pesar de diversas resistencias, entre otras del sector privado y de burocracias estatales que se nutrían del clientelismo, el movimiento reformista avanzó en sus propuestas de integración y descentralización. En 1984 se instituyeron las acciones integradas de salud (AIS) –modalidades embrionarias de integración, a través de convenios, de los servicios de salud de los tres niveles de gobierno – y en 1987 el sistema unificado y descentralizado de salud (SUDS) –forma más madura de integración, articulación, delegación y transferencias del plan federal (INAMPS) para los niveles estatales y municipales. Ese mismo formato, ampliado, habrá de transformarse en el SUS al sancionarse la Constitución de 1988.

### **Los principios ordenadores del SUS**

El nuevo texto constitucional proclamó el derecho de todos a la salud y la designó área integrante de la seguridad social, junto a la previsión social y la asistencia social.

En el ámbito organizacional, la Constitución incorporó los principios de estructuración del sistema propuestos por el movimiento social –jerarquización, regionalización, integración y control único– y reafirmó, como directiva estratégica del nuevo sistema, la descentralización, enfatizando también una de sus modalidades, la municipalización. La aplicación de los principios del SUS a un modelo asistencial se traduce en una red regionalizada y jerarquizada de acciones y servicios públicos y privados de salud (estos últimos participan solo en forma complementaria). Ella se rige por los principios de universalidad, equidad e integralidad de la prestación de servicios, y por la descentralización, el control social y la jerarquización de la gestión. Concretamente, se estructura sobre la base de la integración de los servicios distribuidos jerárquicamente en los tres niveles de gobierno.

Conforme a esa lógica asistencial, el esquema directivo se basa en la gestión descentralizada y el control único en cada esfera de gobierno, que planea la prestación, dirige y articula la unidad de salud, el distrito de salud, el municipio, la región, el estado y el plan nacional. La planificación y la participación –a través de los consejos de salud instalados en todos los niveles– constituyen los instrumentos y mecanismos que garantizan una adecuada articulación.

### **Implementación del SUS y descentralización del sistema**

El SUS fue reglamentado solo en 1990. La legislación sancionada entonces establece nuevas definiciones en materia de competencias federativas y sociales en la organización y prestación de los servicios de salud.

En efecto, los nuevos textos legales reservan a la esfera federal la atribución de elaborar las políticas nacionales en el área de la salud y afines, y la dictación de normas y evaluación de las directrices generales del SUS. De competencia específica de los estados son el diseño de las políticas estatales de salud y el control de las acciones y servicios de salud en sus respectivos territorios. Los estados deben también descentralizar y municipalizar los servicios de salud, ejecutando solo de modo complementario o supletorio algunas acciones y servicios que los municipios no hayan asumido aún de manera integral. Finalmente, son de competencia específica de los municipios la elaboración, administración y ejecución de las acciones y servicios locales de salud. Del texto legal se desprende que las secretarías estatales han de asumir, primordialmente, el papel estratégico del planeamiento regional de las políticas de salud para sus estados, en tanto que a los gobiernos municipales se les asigna la gestión de los sistemas locales.

En el ámbito organizacional, la nueva legislación determina la instalación en cada nivel de gobierno de consejos de salud, conformados paritariamente por representantes gubernamentales, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios de los servicios, correspondiendo a estos consejeros la aprobación de planes de salud, la fiscalización de los recursos y la supervisión de las políticas del sector.

Otra de las innovaciones introducidas por la legislación fue el sistema de subsidios federales y de pago de los servicios. Los subsidios federales destinados a la salud, aunque no vinculados, ganaron automaticidad con su canalización a los entes subnacionales en función de los siguientes criterios: perfil demográfico de la región; perfil epidemiológico de la población; características cuantitativas y cualitativas de la red de servicios y de los equipamientos instalados; desempeño técnico, económico y financiero en el período anterior; niveles de participación del sector salud en los presupuestos estatales y municipales;

previsión de las inversiones en la red en el plan quinquenal; compensaciones por servicios prestados a otras esferas de gobierno. También se consideran los requisitos organizacionales. El pago de los servicios pasó a hacerse por el criterio de producción, que, si bien introduce una racionalidad eficaz para el sistema, genera algunas distorsiones.

En 1993, mediante una nueva legislación, el gobierno busca reanudar el proceso de descentralización definiendo nuevas reglas y creando otro tipo de organismo colegiado, las comisiones de intergestores que pasan a ser responsables de los planes federal y estadual, de la gestión del sistema y, más particularmente, de la política de descentralización, ya que a partir de entonces se erigen en el instrumento calificado de negociación y deliberación sobre los grados de autonomía a que cada municipio debe ceñirse.

El paso decisivo hacia la municipalización se dio con la definición y formalización de las modalidades descentralizadoras, más precisamente de una tipología de los grados de descentralización que pueden ser planteados por los municipios y estados ante la comisión bipartita de intergestores. En esa tipología, un determinado grado de descentralización / municipalización corresponde al potencial del estado o del municipio para asumir la gestión del sistema estadual o local de salud. Dos modalidades de gestión se ofrecen a los estados: la parcial y la semi-plena<sup>6</sup>. Los municipios, a su vez, pueden encuadrarse en tres modalidades de gestión: la incipiente, la parcial y la semiplena.

En la modalidad de gestión incipiente los municipios se proponen asumir progresivamente las siguientes prerrogativas y responsabilidades: contratar y autorizar el registro de prestadores; programar y dar el pase para las autorizaciones de internación hospitalaria (AIH) y de los servicios que serán prestados por la unidad; controlar y evaluar los servicios hospitalarios ambulatorios públicos y privados, con o sin fines de lucro; eventualmente, asumir la gestión de las unidades ambulatorias públicas y federales; incorporar acciones básicas de salud, nutrición, educación, vigilancia epidemiológica y sanitaria, control de vectores y zoonosis, a la red de servicios; y desarrollar acciones de vigilancia ambiental y de asistencia y rehabilitación de las víctimas de accidentes laborales y de dolencias sufridas en el trabajo. En esta modalidad, los estados, a través de los consejos estaduais de salud, acreditan y evalúan la actuación de los municipios y participan con ellos en la gestión de las cuotas de AIH.

En la modalidad de gestión parcial el municipio debe asumir de inmediato todas esas atribuciones. Como contrapartida, pasa a percibir mensualmente los recursos correspondientes a la diferencia entre el techo financiero establecido y el pago efectuado en forma directa por la esfera federal a las unidades hospitalarias y ambulatorias públicas y privadas existentes en el municipio.

En la modalidad de gestión semiplena la secretaría municipal de salud asume la completa responsabilidad sobre la gestión de la prestación de servicios: planeamiento, registro, contratación, control y pago de prestaciones ambulatorias y hospitalarias públicas y privadas;

---

<sup>6</sup> En la gestión parcial cabe a la secretaría estadual de salud responsabilizarse por la programación integrada con los municipios. Ello supone mantener y hacerse cargo de la inversión y gestión de los recursos propios y transferidos; llevar un catastro, programar y distribuir cuotas hospitalarias y ambulatorias; controlar y evaluar la red de servicios; coordinar la red de referencia estadual y administrar sistemas de alta complejidad; coordinar acciones de vigilancia epidemiológica, bancos de sangre y redes de laboratorios; formular, ejecutar y controlar la vigilancia de las condiciones laborales. La gestión semiplena comprende las funciones anteriores y agrega la asunción, por parte de la secretaría estadual, de la entera responsabilidad sobre la gestión de la prestación de servicios en el estado, inclusive el pago a los prestadores públicos y privados.

gestión de toda la red pública existente en el municipio, salvo unidades hospitalarias de referencia bajo gestión estadual, así como la ejecución y el control de las acciones básicas de salud, nutrición y educación, de vigilancia epidemiológica, de vigilancia sanitaria, control de vectores y zoonosis, y de salud del trabajador en su territorio. Así, en esa modalidad el municipio es responsable en plenitud de la gestión y prestación de servicios en su territorio. Su acreditación es responsabilidad del Ministerio de Salud, y el monto total de las transferencias de recursos financieros para los gastos corrientes corresponderá a los techos ambulatorios y hospitalarios previamente acordados.

Tanto los estados como los municipios pueden recibir, al adscribirse a una de estas modalidades de gestión, recursos adicionales correspondientes al “factor de apoyo” -respectivamente- al Estado (FAE), y al municipio (FAM).

El ordenamiento de los municipios en esta tipología se aceleró en los años 1995 y 1996. A mediados de ese último año, de los aproximadamente 5 200 municipios brasileños, el 45% se había adscrito a la gestión incipiente; 12% a la gestión parcial y 1.8% a la gestión semiplena (92 municipios estos últimos, que abarcan sin embargo cerca del 12% de la población).

En general, se advierte cierta correlación entre tamaño del municipio y tipo de gestión al que se adscribe, tendiendo los pequeños a optar por la gestión incipiente. No obstante, se percibe también la resistencia de los municipios a la gestión semi-plena, por temor seguramente a la inestabilidad e imprevisibilidad de las transferencias federales de recursos. Es verdad que con el nuevo tipo de adscripción se redujo la heterogeneidad de situaciones estaduais y regionales imperante en la primera etapa de implementación del SUS. Algunos pocos estados -con el de São Paulo a la cabeza - materializaron este proceso en los años ochenta, al paso que otros -donde destaca el caso de Bahia- lo acometieron bien avanzada la década del 90. Con esta adscripción de los municipios, se expande la base común del sistema.

Pero todavía es bastante heterogéneo el cuadro de la descentralización en la salud, tanto por las disparidades del país y la situación previa del sector como por las dificultades de implementación del nuevo sistema. En consecuencia, son también heterogéneas e incluso contradictorias las evaluaciones acerca del proceso.

### **La descentralización del sistema de salud desde la óptica financiera**

La Constitución de 1988 estableció como fuente de financiamiento para la salud los recursos provenientes de: a) la seguridad social, b) el tesoro federal, c) los tesoros estaduais y municipales, y d) otros. No hay, en el caso de la salud, vinculación de ingresos en porcentajes fijos para la definición de las transferencias intergubernamentales.

Tal definición de las bases de financiamiento se ha demostrado estrecha e inestable. Integrada al presupuesto de la seguridad social, la salud pasó a disputar recursos a la previsión social, al depender de la misma fuente de financiamiento, las cotizaciones sociales. Entre 1991 y 1993, la agudización de la crisis económica, aparte de erosionar los ingresos fiscales de la Unión, de los estados y de los municipios, congeló los ingresos previsionales, al mismo tiempo que, como fruto de la determinación constitucional, incrementaba los valores de los beneficios del sistema. El resultado fue la contracción de recursos para la salud, sector cuya dependencia respecto de otros ingresos de la seguridad y de recursos presupuestarios, se agudizó. En medio de los esfuerzos de ajuste fiscal del gobierno, en la práctica el área quedó casi totalmente desfinanciada. Como reflejo de la caótica situación, el gasto federal público per cápita en salud,

que en 1989 se había situado en el orden de los ochenta dólares, cayó a 44 en 1992. En los años siguientes se recupera –55 dólares en 1993 y 67 en 1994–, pero sigue todavía muy por debajo de la marca anotada a fines de los años ochenta.

A la luz del diseño institucional descrito, hasta mediados de los años ochenta –es decir hasta antes del surgimiento del SUS– el gasto en salud del país era responsabilidad principalmente del gobierno federal y, como tal, vinculado a los recursos de las cotizaciones sociales (colocadas en el antiguo INAMPS), antes que al erario nacional. De hecho, en el transcurso de la década del 80 la participación de las cotizaciones sociales en el gasto federal en salud osciló entre un 87%, a comienzos de la década, y un 79% en 1990. Por su parte, la participación del área de la salud en los ingresos de la seguridad social fue de 21.7% en 1990, de 31.4 % en 1991, de 22.8% en 1992, y de 21.1 % en 1993. La participación federal en el gasto de salud (después de las transferencias intergubernamentales) sigue siendo bastante elevada, comparada con la que exhiben los estados y municipios, a pesar de una tendencia decreciente en los años ochenta a favor de los estados (cuadro 2), y, a partir de 1988, a favor de los municipios.

**Cuadro 2**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO**  
*(En porcentaje del total)*

Años	SALUD		
	Federal	Estadual	Municipal
1980	66.2	21.9	11.8
1983	67.3	23.4	9.1
1985	65.8	23.8	10.3
1987	64.2	26.0	9.7
1989	55.6	33.5	10.7

Fuente: Azeredo, 1992.

### **Avances y análisis del proceso de descentralización de la política de salud**

Diversos indicadores de producción y oferta de servicios de salud testimonian los avances del proceso de municipalización. En algunos aspectos, el crecimiento de la participación municipal asume dimensiones extraordinarias: por ejemplo, frente al aumento de la capacidad instalada del sistema total a casi el doble, entre 1980 y 1992, la capacidad municipal pública más que se octuplicó<sup>7</sup>.

Los datos más recientes sobre internaciones y gastos en la red hospitalaria del SUS confirman que la participación –pública y privada – de los municipios se fortaleció, y que al parecer sigue en aumento. Entre 1991 y 1994, la red hospitalaria municipal eleva de 4.4% a 8.1% su participación en las internaciones del SUS, en tanto que su participación en gastos por atención del SUS sube de 2.9% a 5.4%. Por el contrario, disminuyen (a 1% o menos) los guarismos respectivos de la red hospitalaria federal y la red “contratada/filantrópica” (de 80.6% a 72.2% en las internaciones y de 78% a 65% en los gastos de atención). La municipalización se revela vigorosa también en el crecimiento de la participación de la red

<sup>7</sup> Si se consideran solo los establecimientos públicos, la participación de la red municipal en las internaciones subió de 28.59 a 49.48%; en aquellos sin internación, creció de 26.80 a 68.88%. Pero también respecto del total de establecimientos (públicos y privados) es significativa: en el total de establecimientos con internación pasa de 5.70 a 14.07%; en aquellos sin internación, sube de 14.60 a 37.60%.

hospitalaria municipal en la oferta de camas, la que entre 1991 y 1994 aumenta de 3.9% a 7% (frente al retroceso de las redes contratada/filantrópica, federal y estadual).

Es innegable el esfuerzo de descentralización, en su dimensión municipal, desplegado por el SUS. Seguramente, parte de ese éxito es atribuible al favorable ambiente institucional creado por el propio sistema unido, pero otra parte no despreciable de la explicación reside sin duda en la mayor holgura fiscal de los municipios, y en la importancia electoral que cobró la salud, politización que nadie desmiente.

El papel de los estados en el SUS constituye una de las facetas más complejas del proceso de descentralización. La concepción original, como observamos, distaba de ser puramente municipalista. Estipulaba –y aún prevé– funciones irrenunciables para el aparato estadual, en aras de la integridad democrática del pacto y de la estructura federativa, y en virtud –factor más gravitante todavía– de la experiencia y destreza institucional acumulados en ese nivel, indispensables para la preservación de la calidad del sistema. Sin embargo, sea por la enorme estrechez fiscal, que restringe dramáticamente la acción de los estados, sea por el sesgo municipalista del propio gobierno central, los estados fueron perdiendo presencia en la estructura del SUS, la cual, por eso mismo, presenta perniciosos vacíos institucionales para la capacitación, regulación e innovación de la política.

También la conducción federal fue y es imprescindible en las funciones de coordinación, estímulo y financiamiento de esta reforma descentralizadora. Por otra parte, las oscilaciones causadas por los desequilibrios fiscales en que incurrieron los gobiernos federal y estaduais, provocaron a escala estadual y local, en distintos momentos, intensas fluctuaciones en la fuerza relativa de la política de descentralización.

Finalmente, la desviación municipalista amenaza al SUS desde los propios municipios. El profundo compromiso de los actores locales con la política de salud, transformada en poderoso recurso político en el marco de la generosa autonomía de que gozan los municipios, estimuló fuertemente una "autonomización" indebida del nivel local, que aparece dispuesto a romper con los principios estructuradores del sistema, entre ellos el esquema de referencia y contrareferencia. Así lo testimonia la proliferación de proyectos de construcción hospitalaria en municipios pequeños y medianos, capaces tal vez de sustentar la inversión inicial (obras), pero casi siempre incapaces de sustentar la mantención y operación del equipamiento.

El avance de la descentralización en medio de las agudas restricciones financieras, que aquejan a los tres niveles de gobierno, hará que las distorsiones y dificultades se agudicen. Por ejemplo, el hecho de que no se hayan creado las redes secundarias regionales de atención agrava el sesgo "hospitalista" de las prefecturas. No existían anteriormente dichas redes en la medida adecuada, y su implantación exige inversiones cuantiosas. Ahora bien, su carencia tornó desmesuradas las presiones sobre los equipamientos terciarios y cuaternarios. Es previsible que, en tales circunstancias, se canalicen hacia la respectiva prefectura las demandas insatisfechas.

En otras palabras, la descentralización del SUS es compleja. Entre los factores condicionantes de su éxito figuran las capacidades relativas y el empeño reformulador de los niveles superiores de la jerarquía. Por falta de estos o por la suma de sus fracasos y fluctuantes desempeños, la descentralización y municipalización encaran dificultades derivadas de carencias en materia de gestión, capacitación y, en fin, calidad de los servicios prestados. La "revolución gerencial" anunciada por el SUS no se materializa todavía.

#### 4. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN: ALGUNOS RESULTADOS DE ESTUDIOS DE CAMPO

Se efectuaron estudios de campo expresamente para examinar las relaciones entre descentralización, eficiencia y equidad, así como para identificar los factores institucionales más estrechamente ligados al éxito o fracaso de la descentralización.

Antes de examinar las evidencias encontradas en la investigación, conviene considerar algunos de los factores que condicionan los procesos de descentralización en curso, indispensables para comprender los resultados.

La acusada y ya tradicional heterogeneidad socioeconómica del país, se vio exacerbada en la última década, manifestándose en significativas disparidades regionales e intrarregionales, incluso en lo tocante a variables que en períodos anteriores habían tendido a comportarse de manera más convergente. Figuran entre ellas los indicadores sociales, que en su gran mayoría habían protagonizado avances en los años ochenta<sup>8</sup>.

En parte, la reforma fiscal introdujo factores de corrección en este aspecto. El acentuado federalismo fiscal resultó fortalecido, tanto por la ampliación de la competencia de los gobiernos subnacionales en materias tributarias como por la creciente participación de las esferas inferiores de gobierno en la recaudación de los entes superiores. Ello queda de manifiesto en la vigorosa expansión de las transferencias entre gobiernos, principalmente de estados y municipios de regiones menos desarrolladas<sup>9</sup>. Sin embargo, esa exitosa tendencia provoca efectos contradictorios: las ventajosas condiciones de coparticipación en la recaudación tributaria representan una suerte de premio a la creación de municipios, aun cuando las nuevas unidades carezcan por completo de recursos propios. La consecuencia es la proliferación de municipios: han surgido más de 1 200 después de la entrada en vigencia de la Constitución de 1988. En su gran mayoría, se trata de entidades pequeñas y desprovistas de recursos y capacidades financieras, institucionales y administrativas, lo que hace difícil que puedan ejercer con autonomía y eficiencia las funciones descentralizadas de los programas. Es verdad que, fruto de la holgura fiscal, derivada a su turno de la reforma de 1988, los gobiernos subnacionales asumieron una cuota creciente de responsabilidades en el financiamiento de los programas sociales, pese a la ausencia de un plan bien articulado de descentralización de los gastos. Pero es innegable, también, que las adversas condiciones ya señaladas inhiben la vigencia de las virtudes de la descentralización, dificultándose incluso el cumplimiento de objetivos de avance en materia de equidad e igualdad de oportunidades.

Nuestra investigación buscó examinar, en los tres niveles de gobierno, el proceso de descentralización de la enseñanza básica y de la salud desde el punto de vista de sus efectos

---

<sup>8</sup> El índice de desarrollo humano, del orden de 0.797 en el país, fluctúa entre 0,548 en el Nordeste y 0.844 en la región Sur. En el Nordeste, estados como Bahía y Pernambuco exhiben mejores índices de desarrollo humano (0.609 y 0.577, respectivamente) que otros estados de la misma región, por ejemplo Paraíba (0.466). El de São Paulo destaca en los planos regional y nacional: alberga al 21.5% de la población, genera el 35% del producto interno y el 44% del producto industrial, y su ingreso por habitante es casi siete veces el del Estado del Piauí, en el Nordeste. Sin embargo, su índice de desarrollo humano -0.850- es inferior al del Estado de Río Grande do Sul.

<sup>9</sup> Fuerte es la dependencia de los municipios de las transferencias de los entes federados superiores. Ello deja de manifiesto un patrón de equilibrio vertical, en el que predomina una baja capacidad de autofinanciamiento de los municipios. Sin embargo, estos gozan de gran autonomía para asignar recursos según sus propios criterios, incluso los que les transfieren, ya que en general estos fondos son canalizados sin condicionamientos. En lo concerniente al equilibrio horizontal, el federalismo fiscal brasileño revela un acentuado componente redistributivo, las transferencias federales a favor de los estados de las regiones menos desarrolladas (Norte, Nordeste y Centro-Oeste) siendo en general mayores.



sobre la eficiencia social y técnica de los servicios, y sobre la equidad de la oferta, con acento en las realidades específicas de municipios de diferentes regiones<sup>10</sup>.

Varias de las características nacionales y estatales en materia de organización, provisión de servicios y avance de la descentralización, fueron confirmadas en los seis municipios estudiados, sin perjuicio de diferencias de una región a otra (ver cuadro 3). Por ejemplo, se verificó un predominio de la oferta pública de educación y salud, principalmente en los municipios menores, donde bordea al 100%. Las disparidades regionales son, empero, agudas cuando se examina la participación de la red municipal en la oferta de educación pública: mientras ella alcanza prácticamente al 100% en el pequeño municipio bahiano (Coronel. João Sá), es incomprensiblemente nula en el pequeño municipio paulista (Itaberá), que no ofrece ningún tipo de enseñanza básica ni dispone de una red educacional propia. Asimismo, bastante representativas de las condiciones de la provisión de servicios de salud son las disparidades interregionales de capacidad instalada, medida por número de establecimientos, de camas y de médicos con respecto al número de habitantes. En los seis municipios seleccionados, son mucho más acentuadas las insuficiencias de capacidad en los tres municipios de la región Nordeste, a pesar de que Bahia presenta los mejores indicadores entre los estados de aquella región.

a) *Descentralización y eficiencia social*

**Educación**

Algunos indicadores de eficiencia social se revelan claramente positivos en lo tocante a la descentralización. En los seis municipios seleccionados, se detectó mayor autonomía de los gestores escolares. También se tomó nota de diversas manifestaciones de mayor satisfacción de los usuarios y del aumento de la participación social en los programas descentralizados, que ellos vinculan al mejoramiento de la prestación del servicio educacional. La investigación no dispone de antecedentes desagregados para estimar en forma puntual los factores que los entrevistados consideraron, pero se puede inferir que sometieron a juicio no tanto la calidad de la enseñanza como las nuevas características de los equipos y materiales escolares. La presencia de aparatos de televisión y video fue objeto de constantes alusiones, lo mismo que la mayor agilidad en la distribución de textos, posibilitada por la descentralización del programa. Directores de escuelas manifestaron su satisfacción asimismo por el incremento de los recursos financieros y la mayor autonomía de que disponen ahora para gastarlos, aunque en general demandaron libertad para adecuar sus presupuestos a las prioridades específicas de las escuelas.

---

<sup>10</sup> Se realizaron estudios de campo en seis municipios: en el Estado de São Paulo, localizado en la región Sudeste, en los municipios de Campinas, Santos e Itaberá, de tamaño grande, mediano y pequeño, respectivamente; en el Estado de Bahia, perteneciente a la región Nordeste, en los municipios de Salvador (tamaño grande), Catú (mediano) y Coronel João Sá (pequeño).

**Cuadro 3**  
**EDUCACIÓN Y SALUD: INDICADORES BÁSICOS DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS**  
**Estados y municipios seleccionados**

Indicadores básicos	Estado de São Paulo	Campinas	Santos	Itaberá	Estado de Bahia	Salvador	Catú	Coronel João Sá
Población (1991)	31 588 925	878 690	419 477	18 160	11 867 991	2 075 273	44 196	18 066
PIB p/c (US\$ mitad 95) (1993)	5 301.1	6 212.0	4 217.8	1 539.9	3 020.8	1 518.4	-	-
<b>Indicadores de provisión y calidad</b>								
<b>1- Educación</b>								
* Núm.alumnos de Enseñanza básica	6 165 157 (1994)	159 053 (1992)	74 264 (1992)	2 223 (1992)	2.466 053 (1994)	371 938 (1991)	13 928 (1994)	4 074 (1996)
- Público	88.2%	83.8%	69.5%	100%	92.3%	82.6%	89.5%	100%
- Alumnos de la red municipal (1995)	-	25 971	19 782	0	-	70 928	6 093	2 894
* Establecimientos de enseñanza básica	9 587 (1994)	209 (1992)	112 (1992)	9 (1992)	25 416 (1994)	1 035 (1991)	99 (1991)	45 (1991)
- Público	83.8%	82.8%	46.4%	100%	95.0%	60.8%	74.7%	100%
- Establecimientos de la red municipal	-	35 (1992)	30 (1996)	0	-	183 (1993)	-	41 (1996)
* Sueldo medio (US\$ de 95, 20h)	248 (1996)	450 (1996)	255 (1996)	-	-	254 (1995)	200 (1995)	180 (1995)
<b>2 - Salud</b>								
* Núm. de camas	117 108(1995)	3 105(1995)	1 920(1995)	45(1995)	26 372(1995)	8 579(1995)	56(1994)	0(1992)
- Público	21.4%	19.4%	15.6%	0%	31.5%	35.7%	57.1%	0%
* Establecimientos de salud	8 877(1994)	322(1992)	197(1992)	17(1995)	3 080(1992)	356(1992)	11(1995)	3(1996)
- Público	37.8%	-	-	94.1%	68.3%	32.8%	100%	100%
* Núm. de médicos (1992)	91 270	4 244	2 718	17	13 819	6 161	44	1
* Sueldo medio, médicos (US\$ de 95)	-	2 312 (1995)	2 420 (1995)	-	-	1 150 (1995)	-	1 559 (1995)

**Fuente:** Información extraída del cuadro IV del estudio publicado en la serie Reformas de Políticas Públicas. Para los indicadores básicos: IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística); Para educación: MEC (Ministerio de Educación y Cultura), 1995 y secretarías municipales de educación; y para salud: AMS (Asistencia Médico Sanitaria), 1992 (en FIBGE, 1995b), DATASUS, 1995, y secretarías municipales de salud. NEPP (Núcleo de Estudios de Políticas Públicas) / UNICAMP (Universidad Estadual de Campinas), 1996.

En opinión de los entrevistados, los nuevos canales de participación de usuarios y de la comunidad local constituyen efectos positivos de la descentralización. En otras palabras, aunque con lentitud, la descentralización va incorporando efectivamente modalidades participativas que la refuerzan, tales como las asociaciones de padres y maestros y, en menor medida, los consejos escolares. Más raramente se encontraron esquemas innovadores como la designación del director a través de elecciones. Más ausente aún aparecen los consejos municipales de educación.

En alguna medida, es paradójal la evaluación del impacto de la descentralización de la educación sobre el grado de autonomía municipal y de la comunidad escolar. Rigurosamente hablando, en un solo municipio se detectó una efectiva transferencia de poder del estado a la prefectura, en virtud del convenio de municipalización de las diez escuelas de primero a cuarto básico. Por otro lado, en distintos grados y modalidades, en todas las escuelas de los seis municipios –municipales y estatales– se fortaleció la autonomía de la dirección de las escuelas, conjuntamente con la de su respectiva asociación de padres y maestros, a través de la transferencia de recursos del MEC/Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación (FNDE). Sin embargo, la mayor autonomía en materia de gasto no incide en otras esferas de decisión, tales como contratación de personal, currículo, etc. En todo caso, según destacaron algunos de los directores y profesores entrevistados, los nuevos programas robustecen las posibilidades de introducir innovaciones y adoptar medidas adecuadas a las necesidades de las escuelas y sus alumnos. La descentralización del transporte escolar, totalmente municipalizado, fue también considerada un mecanismo de reforzamiento de la autonomía y de las funciones de las prefecturas municipales<sup>11</sup>.

Vale la pena hacer notar la existencia de mecanismos no formales de ampliación de la injerencia municipal en la red educacional. Allí donde la entrega de raciones alimenticias a los escolares está bien descentralizada las prefecturas son partícipes del programa, contratando por su cuenta el personal que las prepara en las escuelas, municipales y estatales. En algunos casos refuerzan con recursos propios los menús. Se comprueba también que las prefecturas municipales han contratado profesores para escuelas estatales, no tanto por una política deliberada de descentralización o participación en esos niveles de gobierno, sino más bien como reacción al deficiente servicio que brinda el Estado.

## Salud

Con respecto a la salud, es cierto que en cuanto a la satisfacción de los usuarios, sin perjuicio de que se haya detectado un reclamo genérico por las demoras, es casi unánime el reconocimiento de mejoras en la cobertura y en la calidad de los servicios y de la atención. Cabe dejar constancia, empero, que casi siempre la evaluación positiva acerca del mejoramiento de la atención no alcanza ni se extiende al conjunto del sistema de salud. Por otro lado, en el caso de los municipios grandes, la evaluación positiva puede referirse sólo a un segmento del sistema.

---

<sup>11</sup> Las prefecturas municipales son las grandes proveedoras de transporte escolar para alumnos de quinta básica en las zonas rurales, tras haber recibido fondos federales con tal objeto. Más recientemente, el programa fue orientado a los municipios de la "comunidad solidaria", razón por la cual Itaberá y Coronel. João Sá se incluyeron en 1995. Los recursos provienen de la Unión (70%), los estados (20%) y la prefectura (10%). Dada la incidencia política y clientelística de ese servicio es muy fuerte la presión de los prefectos sobre los recursos del programa.

Menos homogénea en lo que respecta a satisfacción fue la respuesta de los directores de servicios, cuyas opiniones tendieron a variar según la modalidad de gestión de los municipios: en las formas más autónomas (parcial y semi-plena) la satisfacción es más explícita; al contrario, en la gestión incipiente, los gestores se manifestaron disconformes con la precariedad de la atención y con su propia condición de “simples prestadores” de servicios.

De manera más determinante que en el caso de la enseñanza, la descentralización de la salud efectivamente definió y dio origen a nuevos espacios y canales de participación social y de los usuarios. Solo dos, los más pequeños de los seis municipios estudiados, carecían del respectivo consejo de salud. En los municipios grandes y medianos, por el contrario, este organismo se ha transformado en un importante engranaje de la política de salud.

La descentralización de la salud –con alguna independencia respecto del tipo de adscripción al SUS– se traduce en forma nítida en mayor autonomía de la prefectura municipal para contratar, elaborar programas, definir jornadas laborales, realizar gastos e impulsar innovaciones. En todos los municipios estudiados, incluso en los de gestión incipiente, el involucramiento de la prefectura en la prestación de la asistencia médico-sanitaria se reveló más significativo que en el pasado.

#### *b) Descentralización, eficiencia técnica y equidad*

La información acerca de indicadores intermedios de la eficiencia técnica, como salarios y capacidad instalada, en educación y salud, es por desgracia parcial y prácticamente no admite comparaciones temporales. Sin embargo, la cuestión salarial merece ser examinada bajo otra óptica. Es bien sabido, como ya lo mencionamos, que las diferencias en materia de salarios son considerables entre estados, municipios y regiones, para las distintas categorías de funcionarios. Hasta donde los antecedentes permiten verificar, la descentralización no ha contribuido a suavizar tales disparidades. Los procesos de descentralización no tienen por objetivo inmediato la atenuación de esas diferencias; por el contrario, siempre existe el riesgo de que las acentúen. Cuando las diferencias salariales afectan a las organizaciones de servicios sociales públicos, envuelven serios problemas relacionados con la equidad de la prestación.

El gasto en salarios docentes, por ejemplo, es el componente principal del presupuesto educacional y aparece estrechamente vinculado a la calidad de la enseñanza, medida esta por el nivel de calificación de los profesores. Ahora bien, diferencias salariales como las detectadas en la muestra (ver cuadro 3) –y que van de 180 a 450 dólares al mes– reflejan agudas desigualdades en el gasto educacional por alumno y, en consecuencia, desequilibrios muy fuertes en la calidad de los servicios prestados. En el nivel nacional, esto lo ilustra la gran disparidad interregional en el número de docentes de educación básica en los medios rurales con enseñanza primaria incompleta. Disparidad que ha ido, además, aumentando con el tiempo<sup>12</sup>, comprobando el posible nexo entre descentralización y acentuación de las divergencias de calidad. Como se vio, la nueva legislación de financiamiento de la educación se propone corregir tales diferencias.

En el caso de la salud, un indicador indirecto de calidad es el número de consultas por habitante. La dispersión interregional de este indicador aumentó pasando de una desviación estándar de 15, en 1985, a 26, en 1992, mientras que las tres regiones menos desarrolladas experimentaron variaciones negativas. También la tasa de mortalidad infantil y el número de

---

<sup>12</sup> Se pasó de una desviación estándar de 40, en 1980, a una de 64, en 1994.

médicos por habitante experimentaron aumentos en la dispersión interregional entre principio de los ochenta y principio de los noventa. A pesar de una mejora del nivel promedio de estos indicadores.

**Cuadro 4**  
**EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS E INSUMOS DE SALUD ANTES**  
**Y DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN**  
**(Promedios y dispersión interregional a/)**

	Dirección del cambio en el indicador promedio	Dirección de la variación en la dispersión del indicador
Esperanza de vida al nacer	Mejora	Disminuye
Tasa de mortalidad infantil	Mejora	Aumenta
Población urbana con abastecimiento de agua (%)	Mejora	Disminuye
Consultas públicas por habitante	Mejora	Aumenta
Médicos por mil habitantes	Mejora	Aumenta

**Fuente:** Draibe, 1998.

a/ Elaborado en base a información de las cinco regiones: Sudeste, Sur, Nordeste, Norte y Centro-Oeste.

Volviendo al tema de la eficiencia, ¿en qué medida está la descentralización contribuyendo a robustecer la eficiencia administrativa y de la asignación de recursos? Careciendo de indicadores sobre costos de los servicios, dimensionamiento de las redes burocráticas, y otras variables, el examen de ese aspecto debe hacerse indirectamente, a través de algunos rasgos institucionales de la descentralización que permitan calibrar los posibles efectos del avance de la descentralización sobre la calidad de los servicios.

*i) Impacto de la descentralización sobre la modernización y las capacidades administrativas*

En general, y principalmente en el área educacional, la descentralización no ha ido acompañada de reformas administrativas adecuadas que potencien las ventajas y capacidades de las redes. En los seis municipios estudiados, son escasos los cambios de comportamiento organizacional que ameriten una referencia.

Mejoras en los comportamientos organizacionales y administrativos se verificaron en los procesos de reclutamiento de profesores, hechos a través de concursos públicos y evaluación de méritos.

En el ámbito de la gestión, las innovaciones son modestas. La contratación de consultorías especializadas para apoyar avances administrativos ha sido, por ejemplo, el recurso utilizado por algunas prefecturas. Con relación a las nuevas demandas gerenciales que plantea la dirección escolar, aunque se sabe que los directores vienen asumiendo más adecuadamente estas funciones, al sistema educacional le ha resultado difícil la definición del perfil profesional y la capacitación de ese administrador escolar, situación verificada en la mayor parte de las unidades escolares visitadas.

A causa, probablemente, de su organización y cultura interna, el área de la salud enfrenta con más recursos que la educación los desafíos que la descentralización de los servicios impone en materia de capacidades administrativas y de gestión. Pero, aunque las unidades y los sistemas locales dispongan de esquemas organizacionales y de trabajo sujetos a normalización, en la evaluación que hacen los gestores entrevistados, el carácter todavía caótico de la descentralización introduce irracionalidades difíciles de remover.

*ii) La (insuficiente) capacitación para la funciones descentralizadas*

En forma unánime, los municipios lamentan la falta de adecuada capacitación para asumir las funciones descentralizadas. La creatividad parece limitarse a la ejecución de las compras de material pedagógico, material de limpieza y equipamiento audiovisual con cargo a los recursos suministrados por el MEC/FNDE. Algunas instrucciones, divulgadas a través de las delegaciones estadales del MEC, acompañaron también a los programas. Sin embargo, se detectaron reiterados reclamos por la lentitud de los procedimientos y la rendición de cuentas.

En el área de la salud, aunque los nuevos procedimientos van por lo común acompañados de normas y reglas operacionales, la demanda por mayor y más adecuada capacitación de los agentes locales fue una constante en las diversas entrevistas con los gestores.

La integración de los servicios y programas –uno de los resultados esperados de la descentralización– continúa siendo una meta lejana, a la luz de la fragmentación que caracteriza las acciones de educación y salud de los municipios de la muestra. El “comando único” de la prefectura se erigió en recurso indispensable para asegurar la integración, aunque no siempre se ejerce en la dirección requerida.

*iii) Descentralización y sistemas de monitoreo, supervisión y controles*

Entre los efectos de procesos poco coordinados de descentralización –verificados en los municipios estudiados– figura la ausencia, de sistemas modernos y ágiles de monitoreo y supervisión. En el caso de la educación, la duplicidad de las redes y funciones restringe las posibilidades de una operación adecuada de los sistemas de supervisión en el nivel local.

En el caso de la salud, la reducción de las funciones centrales de supervisión y control no ha sido reemplazada adecuadamente por mecanismos regionales y locales de verificación de calidad. Y eso, tanto por la obsolescencia de reglas y normas anteriores, como por las dificultades de articular y mantener estructuras regionales –intermunicipales y estadales – capaces de cumplir con eficiencia tales funciones. La tendencia de los sistemas descentralizados a hacerse cargo de funciones estadales radicalizando la municipalización, contribuyó seguramente a exacerbar esa dificultad.

*c) Un balance preliminar*

Las mencionadas evidencias dan cuenta de un cuadro generalmente positivo de la descentralización, pero revelan también los límites y obstáculos institucionales que erosionan la eficacia relativa del proceso. Este sufre por la ausencia de una política deliberada, clara y armónica, emanada de y sustentada por el gobierno central, que revierta la trayectoria caótica que muestra el proceso descentralizador de las políticas, agravada por las dificultades del ajuste fiscal en curso.

Cabe considerar asimismo que el proceso de descentralización se enmarca en la heterogeneidad social y regional que es característica del país. La descentralización de la

enseñanza y de la salud encara, pues, las duras condiciones de reproducción de desigualdades que escapan a sus efectos benéficos. Al final de un prolongado ciclo, junto con los innegables resultados positivos de la descentralización sobre la eficiencia, debe ponderarse también el agravamiento de las desigualdades regionales.

Si el foco del análisis se centra en el ámbito municipal, resulta evidente que las seis unidades consideradas en nuestra investigación registran promisorios progresos, pero enfrentan, también, serias dificultades en lo tocante a la descentralización. Entre los efectos positivos figuran la mayor satisfacción tanto de usuarios como de gestores de las redes de servicios; la ampliación de los canales de participación de la comunidad en la implementación de las políticas, a través de los consejos municipales y de las asociaciones de padres y maestros; y la ampliación de la autonomía, tanto de los prefectos municipales como de la dirección escolar en la gestión de recursos y programas. Entre los obstáculos se constató la persistencia de duplicidades de redes, funcionarios y salarios, lo que erosiona el potencial de integración local de la descentralización; la ausencia de políticas y de recursos de capacitación para las funciones descentralizadas, y la falta de sistemas de monitoreo, supervisión y controles con vistas a garantizar patrones de calidad de los servicios.

Entre las lecciones que fluyen de nuestra investigación, puede afirmarse que el potenciamiento de las ventajas y virtudes de la descentralización solo será posible merced a la clara definición y fortalecimiento, en los tres niveles de gobierno, de políticas coordinadas que:

- definan de manera más precisa el programa de descentralización que se quiere cumplir, con definición de objetivos, metas y cronograma;
- reviertan el cuadro de estancamiento de la municipalización de la educación, aprovechando el potencial de la nueva legislación de financiamiento;
- instauren sistemas de capacitación de los agentes locales para el desempeño de las funciones descentralizadas, y
- estimulen la creación e implantación de sistemas de monitoreo y supervisión de la calidad de los servicios.

## IV. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD EN COLOMBIA<sup>13</sup>

Jorge Enrique Vargas  
Alfredo Sarmiento

### 1. INTRODUCCIÓN

En Colombia, la antinomia centralismo-descentralización está en la base de muchos lustros de guerras civiles y después de un siglo de intentos centralistas, el país ha emprendido la transición hacia una profunda descentralización en un marco democrático, logrando efectos que en la fase inicial del proceso han contribuido más a la convivencia que a la disensión. Este capítulo resume los principales resultados de un trabajo que tiene el propósito de examinar la evolución y estado actual del proceso de descentralización colombiano y su desarrollo específico en los sectores de educación y salud. Tanto en el examen general como en los sectoriales, se describen las características de la cesión de competencias y recursos y luego se presentan algunas reflexiones críticas sobre el abordaje del proceso. Los análisis sectoriales están acompañados de evidencia extraída de estudios de caso, que permiten ver las primeras percepciones, opiniones y resultados en el ámbito territorial.

### 2. CARACTERÍSTICAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN COLOMBIANA

Las características de la descentralización de los servicios de educación y de salud en Colombia solo son comprensibles en el contexto más general del proceso de descentralización emprendido en el país durante los últimos años. En ambos sectores, las motivaciones de la descentralización han sido predominantemente exógenas.

#### Sinopsis del proceso de descentralización en Colombia

Colombia es una nación extraordinariamente heterogénea, y el poder político real está extensamente distribuido en parcelas regionales.

Las bases de la descentralización se sentaron gradualmente a partir de la década del 60. Su cronología básica es la siguiente:

- *Fortalecimiento de los fiscos territoriales.* En los años 60 se realizó una profunda transformación del aparato gubernamental para dotarlo de una estructura más moderna. Como parte de ese proceso en 1968 se creó el situado fiscal para transferir a los departamentos una parte de los ingresos nacionales con destinación exclusiva a programas de salud y educación como una estrategia de financiamiento sectorial cuyo uso era totalmente decidido por el gobierno nacional. Se estableció también la cesión a los municipios de una porción del impuesto a las ventas.

---

<sup>13</sup> Resumen de los documentos finales (Vargas y Sarmiento, 1997a, b, c) elaborados para el Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicados por la CEPAL (Serie Reformas de Política Pública N°49,50 y 51).



- *Intentos fallidos de desconcentración.* La década del 70 se caracterizó por una explosión de demandas sociales expresadas en paros cívicos, huelgas, protestas y expansión de los movimientos armados. Los conflictos erosionaron la ya precaria legitimidad del Estado. El gobierno central buscó fortalecer su estructura institucional y acercarse a las comunidades por medio de la delegación de funciones de las entidades nacionales en sus dependencias regionales (desconcentración funcional). Este propósito estuvo presente en los fallidos intentos de reformas constitucionales de 1976 y 1980.
- *Desconcentración.* Durante la primera mitad de la década del 80 se ahondó la crisis política y a ella se sumó una severa crisis macroeconómica. Frente a estos problemas, el gobierno nacional confirió a los gobernadores la potestad de dirigir la inversión de las entidades nacionales en su jurisdicción (1981), fortaleció las finanzas departamentales con varios impuestos y rentas de recaudo local (1983), creó los consejos regionales de planificación con funciones coordinadoras de la inversión nacional y estableció el “Plan nacional de rehabilitación para la paz” (1983), como mecanismo de equidad basado en la desconcentración de inversiones nacionales coordinadas localmente.
- *Descentralización con perspectiva municipalista.* En la segunda mitad de la década del 80 la crisis fiscal cedió, pero la crisis política se agravó con el terrorismo y la violencia desatada por el narcotráfico. Se aprobó la elección popular de los alcaldes municipales, así como el traspaso de varias competencias y recursos crecientes hasta llegar al 50% del impuesto al valor agregado (IVA). También se crearon condiciones legales para que los municipios pudiesen fortalecer sus ingresos propios (1986). Varias entidades del nivel nacional se suprimieron y la mitad de los ministerios se reestructuraron en el contexto de la descentralización (1987 a 1990).
- *Descentralización con una nueva organización territorial.* En 1990, el país convoca masivamente a una asamblea nacional constituyente, con el propósito de lograr la superación de los conflictos políticos y recuperar la legitimidad del Estado. La nueva Constitución confiere a la nación el carácter de república unitaria descentralizada y amplía el conjunto de entidades territoriales con autonomía regulada. Establece la elección popular de gobernadores y destaca el papel de los departamentos como mediadores obligatorios entre la nación y los municipios. En el campo administrativo y fiscal, define las competencias de los distintos niveles de gobierno y profundiza la distribución territorial de recursos fiscales (1991). El gobierno reglamenta las nuevas competencias y la distribución territorial de los recursos (1993). Las entidades nacionales y territoriales comienzan su proceso de adecuación al mandato de descentralización (1994-1996).

Es claro que el principal móvil de la descentralización colombiana ha sido construir la integración nacional y la legitimidad del Estado, para facilitar la convivencia y el cese de los conflictos armados. A esta motivación básica se ha sumado la búsqueda de un nuevo papel del Estado en la economía y un ordenamiento más claro de las relaciones fiscales intergubernamentales. Por esta razón, la descentralización colombiana es esencialmente un fenómeno político, acompañado de transformaciones administrativas y fiscales. Se trata de un proceso muy reciente, aunque su gestación tiene más de veinte años.

#### **Estado actual de la descentralización fiscal**

El escenario fiscal concomitante de las nuevas competencias, establece diversas fuentes de recursos para las entidades territoriales, a saber:

- *Situado fiscal.* El nuevo situado fiscal previsto por la Constitución es una transferencia de ingresos corrientes de la nación destinada a los gastos de inversión y funcionamiento en educación (75%) y salud (25%) de los departamentos y distritos. A medida que los municipios certifiquen su capacidad de atender las responsabilidades descentralizadas, los departamentos deben cederles una porción del situado fiscal. El situado fiscal debe ser, como mínimo, equivalente al 23% de los ingresos corrientes, en 1994, 23.5% en 1995, y 25.5% en 1996 y años siguientes. La fórmula de transferencia conserva en términos reales las inequitativas transferencias históricas e introduce tímidos criterios poblacionales y de esfuerzo fiscal.
- *Participación en ingresos corrientes de la nación.* La nueva participación en los ingresos corrientes de la nación beneficia a los municipios, distritos y reservas indígenas, y sustituye la antigua cesión del IVA a los municipios. Esta participación crece un punto porcentual por año, del 14% de los ingresos corrientes en 1994 al 22% en el 2002. La fórmula de transferencia tiene características análogas a las del situado fiscal. Los receptores deben usarlo obligatoriamente en los siguientes sectores y porcentajes: educación (30%), salud (25%), agua potable (20%), y recreación y deportes (5%). El 20% restante es de libre destinación. Los municipios deben invertir en su zona rural una proporción de la participación equivalente al porcentaje de población que habita en ella, y 10% más si el porcentaje de población rural supera el 40%. Los datos disponibles muestran que la mayoría de los municipios no cumplen con las asignaciones establecidas por la ley.
- *Cofinanciación.* La cofinanciación, a pesar de comprometer montos muy elevados de recursos, ha funcionado mal, debido a fallas de concepción y de operación. Coexisten cuatro concepciones excluyentes sobre el objetivo de la cofinanciación: instrumento de equidad instrumento de eficiencia instrumento de “direccionalidad” para atraer inversiones territoriales, e instrumento de negociación política. Las fallas de operación obedecen básicamente a la pugna entre las concepciones mencionadas, y a la politización de algunas de las entidades que administran la cofinanciación. El conflicto es tan severo que hace dudar sobre la permanencia de los fondos de cofinanciación.
- *Regalías.* Las concesiones para explotar recursos naturales no renovables pagan regalías, de las cuales el 68% va a los departamentos y municipios productores y a los municipios portuarios. Las entidades territoriales beneficiarias son menos de cincuenta. Esta modalidad de financiamiento acarrea problemas de equidad, desestímulo a la eficiencia y consecuencias fiscales muy negativas en el ámbito territorial, cuando comienza la fase declinante de las explotaciones con la consiguiente reducción de las regalías históricas.
- *Ingresos propios.* Desde 1983, las reformas fiscales han buscado el crecimiento de los ingresos fiscales municipales. Tras los éxitos iniciales, la dinámica de los ingresos locales tiende a ser decreciente en el largo plazo, mientras aumenta la participación de las transferencias nacionales, configurando el fenómeno llamado pereza fiscal. Los departamentos y municipios más grandes recaudan proporcionalmente más ingresos propios que los más chicos, debido a que un buen recaudo fiscal implica procedimientos relativamente complejos y el desarrollo de una cultura de tributación; por esta razón, la política de estímulo a los ingresos propios tiende a generar inequidad interterritorial. En el campo de las rentas no tributarias, la mayoría de los municipios apenas comienza a adelantar políticas tarifarias racionales para los servicios públicos.
- *Crédito.* Las entidades territoriales pueden endeudarse autónomamente hasta donde lo permita su capacidad de pago. La deuda territorial ha crecido entre 1994 y 1996 en cerca del 1% del PIB por año, y es actualmente superior al monto total de la participación anual

en los ingresos corrientes de la nación, con efectos negativos para las finanzas locales y las políticas macroeconómicas.

En la actualidad, las entidades territoriales reciben transferencias fiscales directas equivalentes al 52% de los ingresos corrientes de la nación, que representan el 38% del gasto público del nivel nacional consolidado y equivalen al 7.5% del producto interno bruto.

### 3. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN

#### a) *Indicadores básicos sobre la situación educativa en Colombia*

*Escolaridad y analfabetismo.* La tasa bruta de escolaridad en la educación primaria es de 110% y la neta de 74%, de modo que el país tiene al menos el 110% de los recursos necesarios para atender a la población de entre 7 y 12 años, pero apenas atiende al 74%, por causa de la extrariedad y las elevadas tasas de repetición. Por encima del promedio se encuentran los departamentos más urbanos y desarrollados, y por debajo los de población dispersa. En la educación secundaria (grados 6º a 11º) aún se requiere una ampliación de la oferta educativa, pues la tasa bruta es de 41% y solamente un departamento sobrepasa el 100%. El desperdicio en este nivel es cercano al 20%. La tasa nacional de analfabetismo es de 10%, pero las variaciones entre departamentos oscilan entre 1.6% y 20% (ver cuadro 1). Teniendo en cuenta la reducción de la demanda por el lento crecimiento de la población en edad escolar debido a la transición demográfica, los retos son incrementar la eficiencia interna en la enseñanza primaria, ampliar la cobertura en secundaria, mejorar la calidad en ambos niveles, y establecer condiciones de mayor equidad entre jurisdicciones territoriales.

*La relación alumnos/docente.* El número de alumnos por docente –que es una aproximación al costo por estudiante– tiene una gran variación entre entidades territoriales (ver cuadro 1). El promedio nacional de 22.9 alumnos por cada docente esconde grandes diferencias entre departamentos, sin que exista correlación significativa entre el número de alumnos por docente y el nivel de desarrollo del departamento, la calidad educativa o la dispersión de la población. Esta situación solo refleja una extraordinaria inequidad en la asignación territorial de los recursos.

*Gasto educativo.* El gasto en educación representó en 1995 al menos el 5.2% del PIB, incluyendo 1.1% de gasto privado. El decenio total presenta un aumento de participación de más de un punto porcentual del PIB. Este incremento obedece al crecimiento real de las transferencias a los departamentos y municipios con destino a la educación, establecidas por la Constitución de 1991. El ritmo de incremento del gasto educativo tiende a disminuir por efecto de la coyuntura económica, por las inflexibilidades del sistema de transferencias, y por el aumento del endeudamiento de los fiscos locales.

#### b) *Descripción del proceso de descentralización en educación*

El centralismo de los servicios públicos de educación se impuso desde comienzos de siglo y tuvo su máxima intensidad a partir de 1958. Sus móviles fueron el desorden municipal y departamental en el uso de los recursos de la educación y la búsqueda de equidad en el pago de los docentes, cuyas diferencias de remuneración no dependían de sus calificaciones y su trabajo, sino de su vinculación con el nivel nacional, departamental o municipal. La educación primaria, que era municipal se nacionalizó en 1960, y la secundaria en 1976. En 1990 se creó un fondo nacional unificado de prestaciones sociales de los docentes; hasta ese año, las cesantías y jubilaciones del magisterio dependían del capricho de la administración territorial de turno

y, una vez reconocidas, tenían dificultades para materializarse por la renuencia de los organismos responsables para asumir los pagos de su competencia.

**Cuadro 1**  
**ALGUNOS INDICADORES EDUCATIVOS BÁSICOS, AÑO 1993**

Departamentos	Analfabetismo	Tasa de escolaridad primaria		Tasa de escolaridad secundaria		Alumnos/ Docente a/ 1996
	Tasa	Tasa neta	Tasa bruta	Tasa neta	Tasa bruta	
Amazonas	2.6	28.8	42.6	18.9	29.3	34.0
Antioquia	12.0	74.0	106.3	39.5	55.9	31.1
Arauca	7.9	65.7	106.1	23.9	36.3	24.2
Atlántico	13.0	77.6	117.4	51.6	74.5	23.8
Bogotá	1.6	84.2	116.2	61.7	87.9	16.6
Bolívar	6.4	72.8	116.4	40.0	59.4	20.8
Boyacá	14.8	80.4	115.7	36.9	53.7	19.8
Caldas	13.5	75.5	106.3	40.8	58.4	17.7
Caquetá	7.8	60.4	94.2	22.2	32.3	22.5
Casanare	13.5	64.6	103.9	23.1	34.6	20.4
Cauca	12.1	63.8	97.3	26.5	38.5	20.7
Cesar	16.0	69.7	114.9	34.8	52.3	23.3
Córdoba	18.1	70.1	121.1	31.8	49.5	24.6
Cundinamarca	27.3	82.0	116.4	42.7	59.2	23.4
Chocó	23.0	58.6	104.8	26.2	43.3	27.6
Guainía	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9.8
Guaviare	11.5	26.8	41.4	10.1	15.0	22.1
Huila	11.6	75.4	109.3	33.6	47.9	21.8
La Guajira	18.5	55.8	92.2	33.9	51.9	26.6
Magdalena	12.7	65.0	112.0	33.9	50.4	19.1
Meta	16.3	72.4	107.4	37.1	52.2	24.9
Norte de Santander	16.3	75.2	111.0	36.3	51.3	15.8
Nariño	9.7	72.1	106.7	28.4	40.8	22.7
Putumayo	13.8	19.0	28.9	10.9	15.9	22.4
Quindío	12.7	77.5	112.2	45.8	64.7	23.6
Risaralda	7.7	75.4	107.6	41.7	59.5	24.5
San Andrés	7.0	97.4	136.8	72.1	102.0	26.6
Santander	10.8	80.2	113.4	40.8	57.6	20.6
Sucre	25.0	68.5	119.8	30.5	45.7	24.1
Tolima	12.1	73.0	108.5	38.2	54.3	22.4
Valle del Cauca	5.6	79.3	121.4	48.3	69.1	36.7
Vaupés	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	29.0
Vichada	17.7	20.0	13.7	3.9	6.3	9.0
TOTAL NACIONAL	9.9	74.0	110.5	41.0	59.0	22.9

**Fuente:** Cálculos de la Misión Social, en base al censo de 1993 y la encuesta Casen y cálculos propios con información entregada por los departamentos al Ministerio de Educación.

a/ Docentes incluyen los directivos docentes.

- *Cronología del proceso de descentralización.* En el sector educativo, el proceso de descentralización se inició tímidamente en 1987, con la entrega a los municipios de las responsabilidades de manejo de la infraestructura física. En 1989, se estableció la administración de los docentes por los alcaldes pero la medida fue rápidamente revertida. En 1991 se traspasó la gestión educativa a los departamentos, previendo su posterior transferencia desde este nivel a los municipios. Este último proceso comenzó en 1994.
- *Motivaciones y acuerdos.* Las motivaciones sectoriales de la descentralización son múltiples y contradictorias: los técnicos nacionales buscaban la municipalización de la educación, el debilitamiento del sindicato nacional de los maestros, y la mayor neutralidad posible del gasto frente al clientelismo partidista. Los maestros buscaban garantía del pago de sus prestaciones sociales y la menor descentralización posible. El sector privado y la iglesia querían mantener su libertad de impartir educación y disminuir al máximo la intervención del Estado. Algunos alcaldes y gobernadores perseguían autonomía territorial para hacerse cargo de la gestión educativa, mientras otros buscaban decididamente evitar esta responsabilidad. Tras conflictos, presiones y negociaciones, los técnicos lograron que las nuevas transferencias destinadas a la educación fueran a los municipios y que se permitiera la financiación de becas en colegios privados con el presupuesto nacional; los maestros mantuvieron las rentas específicamente destinadas a sus remuneraciones, y lograron que el situado fiscal solamente se descentralizara a nivel de los departamentos y los municipios que tenían más de 100 mil habitantes en 1985. Las instituciones educativas privadas, por su parte, lograron debilitar los pesados controles del Estado y la exigencia preexistente de que los colegios fueran instituciones sin ánimo de lucro.

c) *Características básicas del sistema descentralizado de educación*

El sistema descentralizado de educación prevé el establecimiento e interrelación de dos componentes mutuamente complementarios: el proceso de gestión territorial, cuyos énfasis son administrativos y financieros, y el proceso de gestión escolar, que busca construir la autonomía del establecimiento escolar.

\* *Gestión territorial*

En la gestión territorial los agentes son el departamento y el municipio. El proceso está dirigido a manejar las transferencias presupuestarias nacionales, la cofinanciación, el crédito y, en general, todos los recursos financieros de la educación, los recursos humanos y los recursos físicos. Se espera que la gestión territorial sirva de base a la gestión escolar para propiciar la autonomía del establecimiento.

\* *Gestión escolar*

Los elementos básicos de la gestión escolar son los gobiernos escolares, el plan educativo institucional (PEI) y el sistema de información institucional (SABE). La característica común de los tres consiste en ser procesos para crear la autonomía escolar como base de la calidad educativa.

**Procesos complementarios**

- *Reorganización institucional.* En consonancia con la descentralización, el Ministerio de Educación redujo su planta de personal en un 35% y reorientó su papel hacia la dirección

sectorial (no la prestación directa), el diseño técnico, la evaluación de gestión y de calidad, y la medición de impacto. Las áreas más fortalecidas fueron las de diseño pedagógico y planeación, mientras desaparecieron los últimos vestigios de administración y operación central. Por su parte, los departamentos se han hecho cargo de la administración del personal y los municipios de la prestación de servicios.

- *Dirección pedagógica.* Las normas nacionales de carácter pedagógico se circunscriben a los contenidos básicos, que pueden ser complementados descentralizadamente cuando las regiones lo juzguen conveniente. Este manejo refleja el cambio constitucional: de la planeación normativa se pasa a una planeación concertada. El Ministerio se concibe como una entidad de asesoría técnica que brinda servicios de apoyo cuando estos son solicitados.
- *Financiamiento.* La medida más relevante de descentralización del gasto educativo establece el pago de los maestros con transferencias hacia los departamentos, y el pago de los demás gastos recurrentes con transferencias fiscales a los municipios. Esta diferenciación de responsabilidades tiene sin embargo una aplicación débil, como se verá más adelante. Formalmente, los factores para definir las transferencias son: estimación de las necesidades, eficiencia en la prestación del servicio, y eficacia en el recaudo territorial de ingresos propios. En la práctica, pesa mucho la inercia (conservación en términos reales de los montos transferidos en el pasado).

d) *Financiamiento descentralizado de la educación*

- *Fuentes y usos de los recursos departamentales.* Las transferencias a los departamentos (situado fiscal) y a los municipios, han financiado cerca del 80% del gasto de educación (ver cuadro 2). El gasto restante es cubierto con recursos generados territorialmente y con fondos de crédito y cofinanciación. Con el tiempo, el situado tiende a disminuir su peso relativo, la participación municipal tiende a mantenerse en un 15% del gasto total, y la financiación por recursos propios territoriales se reduce, pasando de un 13% en 1994, a un 8.5% en 1996. Este comportamiento sustenta la afirmación de que los incentivos para la eficiencia no son suficientes y que se está propiciando la pereza fiscal. En casi todos los departamentos, la fuente de ingresos con mayor dinamismo ha sido la cofinanciación.

De una planta de personal de cerca de 280 mil funcionarios (docentes, directivos docentes y administrativos), 230 mil se pagan por el situado fiscal transferido a los departamentos. La proporción no es homogénea por departamentos ni por municipios dentro de los departamentos.

- *Fuentes y usos de los recursos municipales.* La mayor parte de los municipios no tiene control sobre los recursos del situado fiscal, que son manejados por las autoridades departamentales. Los recursos de gestión municipal son básicamente participación en los ingresos corrientes de la nación, cofinanciación y otras fuentes, entre las cuales se destacan los ingresos generados localmente. En 1993, el 62% de los pagos efectuados por los municipios provenía de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación destinada a educación, y de la cofinanciación. En solo dos años estas dos fuentes se redujeron al 45%, mientras que creció la participación de otras fuentes. Este comportamiento indica en algunos casos un uso excesivo del endeudamiento, pero en otros es un indicio de consolidación de la descentralización mediante el uso de más recursos de origen local. La peor tendencia es la de algunas zonas del país donde la cofinanciación creció notablemente debido a acciones de origen político, pero cuya repetición no es probable.

**Cuadro 2**  
**GASTO EN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA EN EL SECTOR OFICIAL.**  
**PROPORCIÓN DE RECURSOS POR FUENTES PRINCIPALES 1994-1996**  
*(En porcentajes)*

Departamentos y distritos	Situado fiscal			Participaciones municipales para educación			Cofinanciación			Recursos propios (departamentos y municipios)		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Amazonas	94.5	78.3	71.5	3.7	4.8	4.6	1.8	9.3	14.9	0.0	7.5	6.0
Antioquia	60.8	63.3	61.1	8.8	16.6	15.7	0.5	1.5	5.9	29.7	18.6	15.5
Arauca	35.5	46.3	50.1	2.9	5.8	5.5	0.7	3.5	4.9	61.0	43.8	34.9
Atlántico	69.3	59.4	58.6	8.5	12.9	12.9	1.5	4.7	9.3	20.7	23.0	18.4
Barranquilla	67.9	58.6	57.6	8.7	19.3	17.4	0.0	0.2	6.1	23.3	21.8	18.1
Bogotá D.C.	66.8	58.4	60.8	6.0	13.3	12.7	1.9	4.3	5.2	25.2	23.5	21.0
Bolívar	74.7	64.7	58.9	11.9	19.7	17.8	0.7	3.8	10.8	12.8	11.8	8.5
Boyacá	80.0	74.7	69.1	10.1	15.4	15.8	1.2	2.4	5.4	8.7	7.4	5.9
Caldas	84.0	79.5	72.5	8.5	13.6	12.4	2.9	1.6	3.1	4.6	5.1	4.3
Caquetá	89.3	82.3	71.4	9.4	12.6	11.4	1.3	1.5	10.3	0.0	2.3	1.8
Cartagena	80.9	76.5	74.5	11.3	16.5	13.6	0.0	0.0	5.0	7.8	7.0	4.9
Casanare	65.6	62.3	56.2	7.4	11.6	13.4	3.0	0.2	7.2	23.9	25.8	19.6
Cauca	82.1	74.5	68.5	10.6	16.6	14.4	0.2	1.5	6.6	7.1	7.4	5.5
Cesar	87.2	79.9	71.3	11.3	17.0	15.2	0.8	1.9	8.4	0.6	1.2	0.9
Chocó	87.7	84.2	70.2	8.4	12.5	11.4	3.9	3.2	10.0	0.0	0.0	0.0
Córdoba	68.8	65.9	65.3	9.5	15.7	15.6	9.8	7.2	8.4	11.9	11.2	4.0
Cundinamarca	86.0	77.1	69.4	9.8	15.2	15.6	1.3	2.1	7.1	2.9	5.7	4.6
Guainía	98.3	96.8	73.4	1.7	3.2	2.5	0.0	0.0	20.7	0.0	0.0	0.0
Guaviare	76.3	84.4	72.9	6.6	10.3	8.4	17.2	5.3	12.7	0.0	0.0	0.0
Huila	69.8	65.7	64.4	8.7	12.7	13.8	1.0	2.2	2.8	20.6	19.4	18.3
La Guajira	70.0	81.1	58.5	9.0	15.8	10.5	0.5	3.1	12.2	20.6	0.0	0.0
Magdalena	72.2	62.3	61.1	10.7	17.7	17.4	12.8	14.5	10.6	4.2	5.4	8.4
Meta	60.4	81.2	72.8	7.6	16.7	16.2	4.0	2.1	7.1	28.0	0.0	0.0
Nariño	81.3	74.9	68.6	10.1	15.1	14.1	2.0	2.7	8.3	4.7	4.2	3.6
Norte de Santander	89.0	79.5	72.6	9.4	14.4	13.0	0.6	2.0	8.1	0.0	4.1	3.1
Putumayo	86.7	83.0	65.4	10.2	14.6	11.8	1.6	2.2	9.5	0.4	0.2	0.1
Quindío	91.4	82.1	74.6	7.1	9.5	9.1	1.2	4.6	8.8	0.0	2.2	1.9
Risaralda	83.0	79.4	66.7	7.2	13.3	10.8	4.4	1.9	8.6	4.7	5.4	4.0
San Andrés	67.3	66.4	67.2	7.0	4.7	5.7	0.0	10.9	11.7	14.1	18.0	14.3
Santa Marta	72.4	74.8	74.3	7.6	8.3	7.6	5.9	0.5	3.7	14.1	16.4	12.8
Santander	83.0	75.6	72.1	9.4	15.1	14.9	1.6	5.3	7.5	6.0	3.9	3.2
Sucre	66.2	64.1	69.1	9.3	14.6	15.9	12.1	10.2	12.5	11.9	10.8	0.0
Tolima	87.8	81.8	72.7	10.8	15.8	14.8	1.4	2.4	5.6	0.0	0.0	0.0
Valle	81.8	72.2	70.6	10.3	18.5	16.8	0.4	3.3	6.3	7.0	6.0	4.9
Vaupés	88.7	91.5	83.9	2.5	5.5	5.3	8.8	3.0	8.1	0.0	0.0	0.0
Vichada	91.0	86.0	77.5	2.3	4.0	4.1	6.1	9.1	16.2	0.7	1.0	0.7
Total	75.0	70.6	66.6	8.9	15.0	14.2	6.5	9.2	7.1	13.6	10.9	8.5

Fuente: Departamento de Planeación del Ministerio de Educación Nacional. Grupo financiero y de costos.

Entre los ítemes de gasto de educación de los municipios figura una buena parte de los 50 mil funcionarios no pagados por las transferencias departamentales del situado fiscal. El financiamiento departamental es proporcionalmente mayor en los municipios más grandes, especialmente capitales de departamentos, y en los más ricos, pues unos y otros tienen mayor capacidad de presión para obtener el apoyo del departamento.

e) *Evaluación económica de la descentralización educativa*

**Inconveniencia de los mecanismos de asignación de recursos**

- *Financiamiento en base a costos y no a resultados.* El principal problema de la asignación descentralizada de recursos para educación en el modelo actual es que se rige por el costo de los insumos y no por el resultado logrado. El situado fiscal paga la nómina de docentes y consagra, sin crítica, la asignación existente en 1992, que era claramente antidistributiva. El efecto ha sido una inequitativa distribución de recursos entre los departamentos, y una mucho más inequitativa distribución de docentes entre los municipios.
- *Complejidad, falta de transparencia e inequidad de las fórmulas de transferencia.* Las actuales fórmulas para la distribución de las transferencias son demasiado complejas, de modo que no son transparentes para los departamentos y municipios. En consecuencia, no actúan como incentivo para lograr eficiencia en la prestación del servicio educativo y para estimular la eficacia en el esfuerzo de generación de recursos territoriales. Tampoco posibilitan el control de los municipios sobre los pagos efectuados por los departamentos, y tienen efectos claramente adversos sobre la equidad. Estos problemas han sido reiterados por los alcaldes de la muestra de municipios, que es analizada con más detalle en el estudio aquí resumido<sup>14</sup>.
- *Acceso indiscriminado de los municipios al crédito.* Este acceso, apoyado en sus rentas actuales y futuras, muestra prácticas de muy escasa racionalidad, crea condiciones de inequidad intergeneracional, y constituye un poderoso multiplicador monetario que afecta severamente el manejo macroeconómico.
- *Separación de las fuentes de financiamiento.* Esto implica dificultades para la administración de recursos y tiene efectos negativos sobre la eficiencia y la equidad, que pueden superarse cuando se utiliza una sola bolsa. En la actualidad, ello solo se ha logrado en los distritos, que son a la vez municipios y departamentos, y por lo tanto reciben situado fiscal y participación en los ingresos corrientes de la nación. Si se quieren mantener separadas estas dos fuentes, es aconsejable diferenciar el uso correspondiente a cada una: los docentes serían financiados totalmente por el situado fiscal, y los municipios destinarían sus recursos a otros gastos recurrentes distintos de los docentes. La asignación se haría per cápita: en el primer caso, con una unidad de capitación basada en la matrícula y, en el segundo caso, con una unidad de capitación basada en una canasta de recursos para la calidad, deducida de los factores de calidad brindados por las pruebas SABER.

---

<sup>14</sup> En el estudio, se examina con cierto detalle la experiencia de cinco municipios de distinto nivel de desarrollo, seleccionados de tres departamentos con características representativas de la heterogeneidad nacional. Los departamentos son Chocó, Risaralda y Meta. En cada uno de ellos se seleccionó el municipio capital y en los casos de Chocó y Risaralda se incluyó también otro municipio, escogido entre los de menor población.



### **Ineficiencia interna y baja calidad**

- *Ineficiencia del gasto.* Los análisis hechos por el Departamento Nacional de Planeación y la Misión Social, han mostrado que si se compara el costo por alumno atendido con el situado fiscal existente se podría financiar casi toda la matrícula, aun teniendo en cuenta las diferencias producidas por la zona geográfica (urbana o rural), la metodología (enseñanza tradicional o metodología de la escuela nueva) y los niveles educativos (educación primaria o secundaria). En la actualidad, se destina al financiamiento de la matrícula todo el situado, y también el 40% de la parte asignada a educación de las participaciones municipales en los ingresos de la nación.
- *Desperdicio y baja calidad.* La asignación actual desvirtúa el objetivo de las transferencias a los municipios, cuya destinación es apoyar los gastos corrientes relacionados con la calidad. La investigación ha encontrado que en el estado actual de desarrollo de la educación básica, el principal problema lo constituye el desperdicio, que alcanza a cerca del 50% de los recursos de la enseñanza primaria (cinco grados). Si se ahorrara al menos la mitad de este desperdicio, se podrían cubrir los nueve grados que la Constitución considera como obligatorios. Esta mejoría de la eficiencia interna está ligada a la calidad de la educación: reducir la repetición y la deserción implica cambio de métodos, mejorías en el nivel de los docentes, fortalecimiento de los apoyos didácticos, y provisión de bibliotecas y textos. La relevancia de todos estos elementos como factores conducentes a la calidad fue demostrada por las pruebas de logros realizadas en Colombia desde fines de la década pasada. Por estas razones, es fundamental reorientar las transferencias recibidas por los municipios hacia el gasto en factores de eficiencia interna y de calidad, excluido el gasto en docentes, ya garantizado por el situado fiscal.

#### *f) Evaluación administrativa de la descentralización educativa*

- *Dispersión de competencias y desenfoco administrativo.* La gestión educativa colombiana se caracteriza, desde el nacimiento de la república, por la dispersión de competencias entre los diferentes niveles político-administrativos (no existe un encargado del proceso educativo en su totalidad y, por ende, nadie es responsable de todos los elementos administrativos de la educación pública, en ningún nivel geográfico) y por la orfandad organizativa de las instituciones educacionales, que son el verdadero centro del sistema. A ello debe añadirse el mantenimiento de algunas funciones administrativas centralizadas, contrariando el modelo y las recomendaciones técnicas. Una consecuencia de ello es que el sector tiene severas limitaciones en la rendición de cuentas. La situación se agrava con el hecho de que el Ministerio de Educación aún no tiene los instrumentos de información aptos para llevar a cabo su labor de seguimiento y evaluación.
- *Pésima administración de recursos.* Un resultado del galimatías administrativo-legal vigente es que las transferencias nacionales hacia los departamentos pagan la mayor parte del personal docente pero lo distribuyen con una notoria inequidad sin que los alcaldes hayan tomado conciencia de su derecho a exigirle al departamento una mayor equidad. Como consecuencia, los municipios –y especialmente los municipios más pobres– dedican a la contratación de maestros gran parte de sus recursos propios y transferidos. Como se ha señalado, el efecto indeseable de esta práctica es que la inversión en material audiovisual, textos, bibliotecas y ayudas pedagógicas, que se ha demostrado como esencial para mejorar la calidad y la eficiencia interna, cuenta con menos recursos de los que originalmente se planearon. La responsabilidad municipal por el mantenimiento, mejoramiento y ampliación de la infraestructura física ha quedado prácticamente sujeta a la cofinanciación del fondo cofinanciación para la inversión social (FIS), cuya eficiencia eficacia y neutralidad política han sido severamente cuestionadas.

- *Insuficiente capacitación e información para el planeamiento local.* La mayoría de los alcaldes de la muestra de municipios analizada en el estudio, consideran que su principal problema de gestión es el conocimiento y manejo de instrumentos y procedimientos que les permitan convertir los objetivos deseables del plan en acciones reales. En particular, consideran que es importante el manejo moderno de la información, y la recuperación y sistematización de la memoria técnica, que simbolizan en la inexistencia de archivos, sistemas de consulta y especialización (cuadro 3).
- *Atraso de la gestión escolar.* La escuela ha recibido el menor apoyo para lograr los cambios previstos, y es precisamente donde más crítica se presenta la situación de transición. La reforma sectorial exige que toda institución escolar ofrezca al menos nueve años de educación básica, ya sea directamente o mediante acuerdos administrativos con otras sedes. Sin embargo, tres años después de establecida dicha norma, la mayor parte de las instituciones carece de estos acuerdos y las escuelas siguen ofreciendo hasta quinto grado o menos. Los pocos acuerdos existentes son meramente formales, y por tanto inocuos, frente al objetivo de constituir comunidades docentes bajo una sola dirección y utilizando en común los recursos pedagógicos.
- *Falta de autonomía en la escuela.* Mientras los niveles nacionales, departamentales y municipales se disputen el poder de nombrar docentes, las instituciones escolares continuarán siendo un objeto de manipulación externa, sin capacidad para establecer la organización prevista en las normas descentralizadoras. Pero aun en el caso de que las instituciones escolares lograsen la organización interna prevista, carecerían de autonomía, puesto que el director no tiene facultades para administrar los recursos humanos ni para manejar los recursos físicos, y mucho menos para administrar los recursos financieros.

**Cuadro 3**  
**PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS EN MUNICIPIOS SELECCIONADOS QUE**  
**AFECTAN LA GESTIÓN SEGÚN LOS ALCALDES, AÑO 1995**

Problemas	Chocó		Risaralda		Meta
	Quibdó	Acandí	Pereira	Marsella	Villavicencio
1. Bajo nivel profesional	No	Sí	No	No	No
2. Baja especialización de funcionarios	Sí	Sí	Sí	No	Sí
3. Falta de personal operativo	No	Sí	No	No	Sí
4. Inexistencia de manual de procedimiento	Sí	Sí	No	No	No
5. Insuficiencia de elementos de trabajo	Sí	Sí	Sí	No	No
6. Falta de programación del trabajo	No	Sí	Sí	No	No
7. Inexistencia de programas de capacitación	No	Sí	No	No	Sí
8. Mal estado de las instalaciones físicas	Sí	Sí	No	No	No
9. Inexistencia de centros de documentación	Sí	Sí	No	No	Sí
10. No manejo de paquetes de información	No	Sí	Sí	No	Sí
11. Archivos desactualizados	Sí	Sí	Sí	Sí	No
12. Inexistencia de bases de datos	Sí	Sí	Sí	No	Sí
13. Equipos obsoletos	Sí	Sí	Sí	No	No
14. Otros	No	No	No	No	No
Problema más grave	05	09	12	n.r.	09

**Fuente:** Datos de la encuesta anual a mandatarios municipales, 1995; Departamento Nacional de Planeación, 1996.

#### 4. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

##### a) Indicadores básicos

- *Carga de enfermedad.* Colombia ha disminuido mucho la presencia de enfermedades transmisibles, pero tiene un lastre extraordinariamente pesado de enfermedades y muertes por lesiones y accidentes. Entre los departamentos hay notables variaciones en la distribución de la carga de enfermedad, debido a niveles disímiles de atención en salud y a limitaciones en el registro de información.
- *Acceso a servicios y población asegurada.* En 1993, año en que se aprobó el sistema de aseguramiento universal, el 24% de la población tenía seguridad social en salud, el 44% era atendido de manera gratuita o semigratuita en instituciones públicas, el 16% accedía directamente a prestadores privados, y el 15% restante carecía de acceso a servicios de salud. Entre 1993 y 1996, el aseguramiento se duplicó, con 5 millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado y 4 millones al contributivo, de tal manera que a fines de 1996 la cobertura de la seguridad social llegaba ya al 50% de la población (ver cuadro 4). Los departamentos más desarrollados tienen mayor afiliación en ambos regímenes.

**Cuadro 4**  
**POBLACIÓN ASEGURADA Y NO ASEGURADA EN SALUD, AÑOS 1993 Y 1996**  
(En miles de personas y porcentaje)

Vinculación al sistema	1993		1996		Crecimiento
	Número	% a/	Número	% a/	
Asegurados en el régimen subsidiado	0	0	5 130	13.0	n.a.
Asegurados en el régimen contributivo	8 452	22.4	12 536	31.7	48%
Asegurados en regímenes especiales b/	620	1.6	731	1.9	17.9%
Subtotal de asegurados	9 072	24.1	18 397	46.6	102.8%
No asegurados	28 583	75.9	21 114	53.4	-26.1%
Total	37 655	100.0	39 511	100.0	4.9%

**Fuente:** Estudios del programa de sistemas municipales de salud.

a/ Porcentaje respecto de la población total de ese año.

b/ Fuerzas armadas, maestros vinculados al sector público, y empleados del congreso, Ecopetrol, Colpuertos, superintendencia bancaria y notariado.

- *Oferta de servicios.* El promedio nacional es de 0.7 camas por cada mil habitantes. La disponibilidad de camas del sector público es inversamente proporcional al desarrollo de los departamentos, pero este dato no da cuenta de la calidad de los servicios de salud. La distribución de camas en los tres niveles e atención no muestra ningún patrón coherente. La inequidad de las transferencias nacionales es un fuerte impedimento para que las entidades territoriales con menor oferta hospitalaria alcancen los promedios nacionales.
- *Gasto en salud.* Colombia gastó en 1996 cerca del 10% del PIB en salud, frente a un 9.1% gastado en 1995. El gasto del sector público fue equivalente al 4.1% del PIB en 1996, mientras que el privado, incluyendo las cotizaciones por aseguramiento en salud de los empleadores públicos, se estima en 5.9%. El crecimiento del gasto entre 1995 y 1996 fue

cercano al 15% en términos reales, debido principalmente al aumento de las cotizaciones de seguridad social y de las transferencias fiscales a departamentos y municipios destinadas a salud.

*b) Descripción del proceso de descentralización en salud*

Anteriormente existía el sistema nacional de salud, creado en 1975. La nación administraba y financiaba los hospitales de origen territorial y los de origen privado que dependían de fondos públicos. Los departamentos y municipios perdieron todas sus responsabilidades de dirección y prestación de los servicios, aunque los departamentos siguieron obligados a contribuir al financiamiento hospitalario con una parte de las rentas confiadas a su recaudo. Las principales limitaciones prácticas del sistema nacional de salud fueron su carácter extraterritorial, la falta de separación entre las funciones de dirección y de prestación, el énfasis en las actividades curativas y en los servicios de segundo y tercer nivel, y la eliminación de la autonomía de las instituciones hospitalarias, en detrimento de su desarrollo en gestión.

El proceso de descentralización de la salud tuvo motivaciones exógenas y endógenas. Las exógenas procedieron del nuevo contexto de descentralización, especialmente del interés de los alcaldes y gobernadores por tener injerencia en la gestión de la salud, y de las autoridades económicas por lograr mayor eficiencia. Las endógenas surgieron de las propuestas de revisar el enfoque curativo desde el punto de vista de la salud pública y los sistemas locales de salud. Con todo, las razones determinantes del inicio del proceso de descentralización en salud fueron exógenas, pues el sector mismo carga una fuerte inercia centralista.

La cronología de la descentralización sectorial es la siguiente:

- *Descentralización de la inversión en infraestructura.* Durante la segunda mitad de la década del 80, cuando el sector salud buscaba reforzar su estructura centralista y extraterritorial, el gobierno nacional decidió responsabilizar a los municipios de la inversión en infraestructura de las instituciones de salud del primer nivel, con recursos de la cesión del IVA de 1986. Se abrió así un espacio de decisión para los alcaldes, aunque con poco impacto en inversiones efectivas.
- *Propuesta de descentralización de la prestación de servicios.* La reforma sectorial de 1990 buscó descentralizar ya no solo la inversión sino parte de la dirección, la prestación y el control de los servicios de salud. En consecuencia, asignó a los municipios las responsabilidades de coordinar y atender el primer nivel de atención en salud, y a los departamentos las correspondientes al segundo y tercer nivel. Incluyó además orientaciones para la modernización de la gestión hospitalaria y la participación ciudadana. La implantación fue tímida y los resultados bastante inferiores a los esperados, porque el poder decisorio sobre presupuesto y nómina siguió radicado en los ministerios de Hacienda y de Salud, con lo cual se redujeron las bases y los estímulos para la gestión territorial y para la transformación del Ministerio de Salud.
- *Inercia del subsector de seguridad social.* Entre tanto, durante la segunda mitad de los años ochenta y comienzos de los 90, el subsector de la seguridad social en salud tuvo reformas menos significativas. El Instituto de los Seguros Sociales mantuvo su carácter ineficiente y monopólico, con finanzas crecientemente deficitarias. El mayor cambio fue la iniciación de las actividades de medicina privada prepagada, con cobertura de una franja muy reducida de la población.
- *Consolidación de las cesiones y creación del sistema obligatorio de seguridad social.* Con la Constitución de 1991 se estableció un nuevo sistema de salud, basado en la seguridad

social y de carácter descentralizado. Sus componentes son el aseguramiento y la gestión territorial. En 1993 fueron reglamentados los dos componentes. Hacia fines de 1994 comenzaron tanto el proceso de aseguramiento universal como la descentralización sectorial.

c) *Características del sistema descentralizado de seguridad social en salud*

- *Aseguramiento.* Este componente busca lograr la cobertura universal de un plan de beneficios único mediante dos regímenes: contributivo y subsidiado.

El régimen contributivo es de afiliación obligatoria para quienes perciben ingresos de trabajo iguales o superiores a dos salarios mínimos, y sus familias. Deben escoger libremente una aseguradora pública o privada (entidad promotora de salud) y cotizar mensualmente un porcentaje de sus ingresos. Las cotizaciones son remitidas por la entidad promotora de salud al fondo nacional de solidaridad y garantía, que retorna a la entidad promotora una unidad de pago por capitación, por cada persona afiliada. Esta unidad de pago por capitación actúa como prima actuarial del aseguramiento, y garantiza que tanto el cotizante como su familia quedan cubiertos por el plan obligatorio de salud, que es único y universal. Los asegurados pueden escoger las instituciones prestadoras de servicios y estas facturan a la correspondiente entidad promotora de salud. El plan de beneficios es amplio y los copagos son bajos.

El régimen subsidiado cubre a las familias pobres, cuyo registro es función municipal. Su modelo de aseguramiento es similar al contributivo, con tres diferencias: i) la afiliación a una empresa promotora de salud es hecha por la municipalidad; ii) la cotización es un subsidio público otorgado por el municipio y complementado por el fondo de solidaridad y garantía, y iii) el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado excluye transitoriamente algunos beneficios incluidos en el régimen contributivo, pero los asegurados pueden acceder a los servicios excluidos puesto que estos se financian con cargo a los subsidios de la oferta que reciben las instituciones públicas de servicios de salud.

- *Gestión territorial.* Este componente implica nuevas competencias en salud para los departamentos y municipios.

Las competencias municipales son: dirigir el sistema local de salud, atender la salud pública, regular la operación de aseguramiento en el ámbito local mediante el desarrollo de la demanda y el ordenamiento de la oferta, y vigilar la calidad de los servicios y la situación de salud de la población.

Las competencias departamentales son: coordinar las acciones de salud de los municipios de su jurisdicción, coordinar y complementar las acciones municipales de salud pública, propiciar el aseguramiento universal mediante acciones de apoyo a la afiliación, vigilar la calidad de los servicios y la situación de salud de la población en conjunto con los municipios, y garantizar asistencia técnica para las municipalidades.

- *POS y PAB.* El componente de aseguramiento realiza la atención individual mediante el plan obligatorio de salud (POS), y el territorial es responsable de la salud pública mediante el plan de atención básica (PAB). El sistema debe basarse en la complementariedad de ambos planes y, por ende, de la acción territorial con el aseguramiento.
- *Gradualidad de la descentralización.* Muchos aspectos de la gestión de salud se descentralizan automáticamente en los departamentos y municipios. No obstante, los departamentos adquieren plena autonomía cuando obtienen del Ministerio de Salud una

“certificación” de su idoneidad para operar descentralizadamente, y los municipios –a su vez– deben obtener de los departamentos su “certificación” de idoneidad para administrar los hospitales de primer nivel y los correspondientes recursos del situado fiscal.

d) *Financiamiento del componente territorial*

La reforma de la salud amplió el ámbito del financiamiento sectorial, a la vez que lo complicó extraordinariamente fijando diversas fuentes, procedimientos y usos obligatorios.

Las fuentes para gastos en salud realizados por los departamentos y municipios corresponden al siguiente detalle (las principales aparecen en el cuadro 5):

- *Del nivel nacional:* ayudas financieras discrecionales, recursos del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA) destinados a la cofinanciación del aseguramiento subsidiado en los municipios, y recursos del fondo para la cofinanciación de la inversión social (FIS) para cofinanciar inversiones en infraestructura y dotación.
- *De los departamentos:* situado fiscal, rentas cedidas para recaudo y manejo del departamento (provenientes de impuestos al consumo de cerveza, licores y tabaco), recursos de capital, rentas propias, créditos e ingresos por explotación petrolera.
- *De los municipios:* 25% de la participación en los ingresos corrientes de la nación, recursos del situado fiscal cedidos por el departamento, transferencias de la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud -Ecosalud-, rentas propias, créditos e ingresos por explotación petrolera.

En el financiamiento de los gastos territoriales en salud, los recursos del nivel nacional representan un 17%, los de carácter departamental un 69%, un y los municipales un 14%. La tendencia es que los territoriales crezcan y los nacionales desaparezcan. Si todos los municipios tuvieran ya la cesión de situado fiscal proveniente de los departamentos, los porcentajes serían de 17%, 56% y 27%, respectivamente. Este comportamiento estadístico es muy variable por departamento, debido a la inequidad de las transferencias y a la heterogeneidad existente en la generación de rentas propias.

Los usos obligatorios en la gestión territorial se sintetizan a continuación (téngase en cuenta que los subsidios a la oferta deberían transformarse lo más rápidamente posible en subsidios a la demanda):

- *Subsidios a la demanda* (aseguramiento de personas). 100% de los recursos del FOSYGA y 60% de la parte de salud de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (15% de participación total).
- *Subsidios a la oferta* (transferencias a instituciones). 90% de los recursos del situado fiscal y 100% de las rentas cedidas a los departamentos. Deben transformarse gradualmente en subsidios a la demanda, comenzando por un 25% en 1997.
- *Recursos para salud pública.* Al menos 10% del situado fiscal.
- *Usos varios* (la mayoría determinados legalmente). El 40% restante (10 puntos) de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación.

**Cuadro 5**  
**RECURSOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES PARA SALUD, AÑO 1996**  
**(En miles de dólares)**

Departamentos	Recursos nacionales			Recursos departamentales					Recursos municipales		
	Ayuda financiera a/	FOSYGA b/	Total	Situado fiscal	Rentas cedidas	Rentas propias	Recursos de capital	Total	25% PICN c/	Ecosalud d/	Total
Amazonas	445	226	670	2 961	3 602	482	1 121	8 166	369	n.d.	369
Antioquia	35 459	29 558	65 017	77 752	39 793	139 532	3 332	260 410	41 944	n.d.	41 944
Arauca	3 722	1 121	4 844	3 857	3 012	583	14	7 466	1 199	n.d.	1 199
Atlántico	2 015	7 887	9 902	13 365	10 973	4 306	0	28 645	13 729	n.d.	13 729
Bogotá	98 384	7 590	105 975	80 054	46 594	14 088	0	140 736	31 626	n.d.	31 626
Bolívar	229	8 186	8 414	23 581	5 072	3 826	0	32 479	15 127	n.d.	15 127
Boyacá	285	12 768	13 054	28 522	9 254	14 709	4 219	56 704	17 637	n.d.	17 637
Caldas	1 166	6 907	8 073	21 561	9 042	15 696	6 387	52 686	8 699	n.d.	8 699
Caquetá	680	2 070	2 750	7 331	2 506	4 582	596	15 014	3 484	n.d.	3 484
Casanare	284	2 962	3 246	4 444	3 476	1 410	1 046	10 376	3 755	n.d.	3 755
Cauca	377	11 701	12 078	22 733	7 134	15 173	5 949	50 989	9 934	n.d.	9 934
Cesar	217	4 357	4 574	14 291	4 303	15 597	0	34 192	7 933	n.d.	7 933
Chocó	2 338	5 252	7 590	9 231	2 450	4 603	0	16 284	4 397	n.d.	4 397
Córdoba	597	7 659	8 256	18 586	6 409	3 149	186	28 330	11 682	n.d.	11 682
Cundinamarca	2 095	16 482	18 577	38 527	47 201	34 713	11 235	131 676	20 553	n.d.	20 553
Guainía	191	118	310	2 481	2 647	632	678	6 438	181	n.d.	181
Guaviare	363	1 360	1 723	3 100	4 664	1 860	1 112	10 737	651	n.d.	651
Huila	10	10 153	10 163	13 625	4 686	12 356	1 088	31 755	8 369	n.d.	8 369
La Guajira	1 110	1 886	2 996	10 904	1 819	5 554	0	18 277	3 527	n.d.	3 527
Magdalena	569	4 987	5 557	15 317	4 692	2 622	0	22 631	10 062	n.d.	10 062
Meta	50	3 875	3 925	9 560	5 478	6 528	443	22 009	5 603	n.d.	5 603
Nariño	995	11 408	12 403	23 691	5 324	8 599	437	38 051	13 306	n.d.	13 306
Norte Santander	1 280	5 917	7 197	23 111	5 425	4 456	364	33 357	9 894	n.d.	9 894
Putumayo	438	1 935	2 373	4 668	3 227	2 501	142	10 537	2 444	n.d.	2 444
Quindío	62	2 649	2 711	11 780	4 437	5 765	2 126	24 108	3 578	n.d.	3 578
Risaralda	3 115	3 809	6 924	14 933	9 767	11 750	4 043	40 492	5 614	n.d.	5 614
San Andrés	15	578	593	3 612	3 027	3 924	0	10 563	459	n.d.	459
Santander	1 338	18 580	19 918	34 402	9 638	14 518	2 372	60 929	17 785	n.d.	17 785
Sucre	375	4 486	4 861	13 234	3 033	3 003	53	19 323	6 838	n.d.	6 838
Tolima	778	8 390	9 168	23 719	11 797	19 522	3 904	58 942	12 700	n.d.	12 700
Valle	36 060	19 722	55 782	58 411	34 430	80 843	209 745	383 429	26 150	n.d.	26 150
Vaupés	235	226	461	2 933	1 936	123	390	5 381	334	n.d.	334
Vichada	146	382	528	2 838	2 585	735	656	6 813	382	n.d.	382
<b>Total</b>	<b>195 427</b>	<b>225 184</b>	<b>420 611</b>	<b>639 118</b>	<b>319 433</b>	<b>457 739</b>	<b>261 635</b>	<b>1 677 925</b>	<b>319 945</b>	<b>12 476</b>	<b>319 945</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud, División de Presupuestación; Ministerio de Hacienda; Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Territorial; Ecosalud.

a/ Ayudas financieras: Recursos nacionales para cubrir déficit de los hospitales y también campañas, epidemias e imprevistos.

b/ FOSYGA: Recursos para aseguramiento subsidiado provistos por el fondo de solidaridad y garantía.

c/ Participación en los ingresos corrientes de la nación.

d/ La distribución por departamentos no es accesible.

e) *Autonomía de gestión y logros en calidad de los servicios de salud*

Los departamentos tenían poca autonomía de gestión en salud. Actualmente, la mayoría de las decisiones son de su competencia, con espacios de decisión autónoma abiertos. No obstante, subsisten restricciones a la autonomía en la fijación de tarifas, la gestión de recursos humanos y en algunos frentes de la relación con otros sectores.

Los municipios vienen de una situación de total carencia de espacios de decisión autónoma. El proceso de descentralización les ha conferido autonomía en algunas áreas, particularmente en la organización de los servicios y del régimen subsidiado. Sin embargo, aún hay timidez en la entrega de responsabilidades en el área financiera y fuertes restricciones en el área de gestión de recursos humanos. El proceso de reforma prevé para el futuro una alta autonomía en los diferentes espacios de decisión municipal, excepto en la gestión de recursos humanos, que tiene fuertes barreras legales.

Los directores de hospitales opinan que ha habido ganancias en autonomía de gestión en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Según estos mismos directores, la gestión descentralizada de la salud ha permitido mayor disponibilidad de medicamentos esenciales y de suministros, mejor atención profesional, y mayor cobertura o intensidad de acciones preventivas y promocionales, que actúan positivamente sobre la calidad del servicio entregado<sup>15</sup> (ver cuadro 6).

**Cuadro 6**  
**LOGROS EN CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL**  
**Opinión de los directores de hospitales de 30 municipios**

Logros	Intensidad del logro				Total de municipios
	Alta	Mediana	Baja	No responde	
Capacidad resolutive	12	10	3	5	30
Mejor atención profesional	18	7	1	4	30
Disponibilidad de suministros	15	8	4	3	30
Disponibilidad de medicamentos esenciales	22	3	2	2	30
Realización de acciones preventivas	15	8	4	3	30
Menor necesidad de remisiones	17	8	4	2	30
Incrementos atendidos en la demanda	20	6	1	3	30

**Fuente:** Cálculos propios en base a la encuesta sobre el proceso de descentralización del sector salud en Colombia (inédita).

<sup>15</sup> Como parte de una encuesta sobre el proceso de descentralización del sector salud en Colombia, se recogieron las opiniones de directores de salud de 30 municipios.



*f) Análisis de la orientación del proceso de descentralización en salud*

- *Concepción y pertinencia.* La propuesta de un sistema descentralizado de seguridad social en salud es innovadora y muy adecuada a las condiciones del país. Cabe resaltar en el componente de aseguramiento la posibilidad de elección las bajas exigencias de copago, y la separación entre el ingreso de las personas y el régimen de beneficios que las cubre, mediante el fondo de solidaridad y garantía, la unidad de pago por capitación y el plan obligatorio de salud. El componente de gestión territorial es plenamente compatible con el proceso de descentralización, estimula el aseguramiento y tiende a una mejor atención de la salud pública. Además, posibilita convertir la salud en un asunto político local, desarrollar en el municipio y el departamento medidas que favorecen la eficiencia y la productividad de los servicios de salud, y responsabilizar a la municipalidad, –con participación ciudadana y apoyo departamental– por las actividades colectivas de prevención de la enfermedad y preservación de la salud. Estos elementos superan muchos de los aspectos negativos de otros sistemas de seguridad social en salud que operan en América Latina.
- *Falta de consensos y abuso normativo.* La reforma en salud no tuvo oportunidad de construir consensos previos a la aprobación de sus distintos componentes (ni los construye aún). De hecho, entre los principales problemas de la descentralización mencionados por los alcaldes y directores de salud<sup>16</sup>, destaca la falta de claridad existente sobre el sentido del proceso (ver cuadro 7). Como consecuencia, es poco defendida por los ciudadanos y actores participantes, la transición se hace muy difícil y proliferan prácticas abusivas. A cambio de acuerdos y una política de estímulos, la reforma se ha querido conducir con mandatos. Aunque el modelo básico es simple y lógico, fue aderezado con 150 decretos reglamentarios que contienen una enorme cantidad de reglas, requisitos y procedimientos, que le quitan transparencia y limitan sensiblemente las posibilidades de comprensión, manejo ágil y apropiada implantación. La complejidad y el excesivo detalle de las fuentes y usos financieros redundan en normas impracticables.
- *Tensiones entre el componente sectorial y el territorial.* Hay dificultades para lograr plena compatibilidad entre estos componentes, pues no fueron concebidos y desarrollados de manera paralela y armónica y son objeto de intereses que dificultan su interrelación. El cuerpo normativo de la descentralización (ley 60, de 1993) es asistencialista y se estructura en torno a subsidios a la oferta, mientras que el aseguramiento (ley 100, de 1993) se basa en subsidios a la demanda, y define mecanismos de mercado. Esta diferencia debería poder dirimirse por vía ejecutiva pero las leyes rectoras, excesivamente detalladas, exigen dispendiosos procesos legislativos para su ajuste. Otra dificultad radica en la especial renuencia del sector salud a aceptar vínculos con las autoridades territoriales.
- *Falta de incentivos para la descentralización.* La ley preveía lograr en tres años la plena descentralización sectorial. No obstante, en ese período apenas la mitad de los departamentos y menos del 10% de los municipios se han “certificado”. La principal causa de este retraso es la falta de estímulos a los departamentos y municipios para llegar a la plena asunción de las competencias descentralizadas, y a los departamentos para certificar a los municipios. Por el contrario, existen estímulos perversos, tales como las

---

<sup>16</sup> Como parte de la misma encuesta sobre descentralización del sector salud mencionada más arriba, se recogieron las opiniones de alcaldes o directores de salud de 33 municipios.

transferencias automáticas, la confusión de directrices, anuncios de recorte fiscal, e incertidumbre en torno al tema laboral y a las prestaciones.

**Cuadro 7**  
**PRINCIPALES DIFICULTADES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN**  
**Opinión de alcaldes o directores de salud de 33 municipios**

Principales problemas	Intensidad del problema				Total de municipios
	Alta	Mediana	Baja	No responde	
Falta de recursos financieros	20	5	5	3	33
Dificultad para exigir esfuerzo fiscal	21	9	3	0	33
Exceso de competencias	8	3	18	4	33
Cambios en las normas	22	8	2	0	33
Contradicciones políticas locales	13	7	9	4	33
Falta de capacidad técnica local	21	4	6	2	33
Falta de apoyo técnico nacional y departamental	21	7	4	1	33
Falta de capacitación comunitaria	21	10	1	1	33

**Fuente:** Cálculos propios en base a la encuesta sobre el proceso de descentralización del sector salud en Colombia (inédita).

- *Falta de “ingeniería de montaje”.* Una vez diseñada la estructura de la reforma (el qué), hizo falta prever el proceso de implantación (el cómo), con prioridades, cronograma, metas, estímulos, mecanismos de seguimiento y responsabilidades correctivas, claramente definidos. Las normas reglamentarias y las decisiones cotidianas entorpecen la estructura básica de la implantación.
- *Dirección errática y vacilante.* La implantación no ha tenido una dirección definida. Los recurrentes cambios de orientación del Ministerio de Salud han creado desconcierto y desconfianza. Algunas reglas de juego han cambiado en áreas de especial sensibilidad, como la afiliación, el financiamiento, las competencias territoriales, y la obligatoriedad de los ajustes institucionales. En otras áreas de alta prioridad, la característica ha sido la indefinición (por ejemplo, las primeras propuestas del PAB y de gestión de calidad se hicieron recién tres años después de iniciada la reforma). El Ministerio de Salud ha carecido de un organismo permanentemente responsable de la conducción estratégica del proceso de reforma. Los problemas urgentes y coyunturales polarizan la acción del Ministerio en detrimento de su responsabilidad estratégica. Los cambios en las normas y orientaciones por parte de las autoridades nacionales, han sido, de hecho, considerados como uno de los principales problemas del proceso por los alcaldes de los municipios incluidos en la muestra utilizada para la elaboración del cuadro 7.
- *La carencia de información.* Sin información no es viable el desarrollo de un sistema de seguridad social en salud ni son posibles las decisiones racionales de los distintos agentes

participantes. La información disponible, fragmentaria e inoportuna, es inadecuada para evaluar los distintos aspectos esenciales de la conducción y operación del sistema, tales como su impacto, la equidad, la eficiencia y productividad en el uso de los recursos, y el cumplimiento de las funciones descentralizadas.

- *Violación sectorial de la autonomía territorial.* Ha sido muy frecuente la invasión de los espacios de autonomía territorial, mediante orientaciones que definen con excesivo detalle las cuantías y el uso de los recursos territoriales, obligan a los departamentos y municipios a crear órganos burocráticos, exigen la elaboración de planes satisfactorios para el nivel central, etc. Esta injerencia resta autonomía a los departamentos y municipios, limita la rendición de cuentas, impide la planificación participativa, y desconoce la diversidad territorial.

g) *Evaluación preliminar del componente territorial*

Constituye un logro esencial, aunque incipiente, que la salud sea un asunto de interés político, comunitario y territorial. En ello ha tenido un papel decisivo la identificación municipal de los beneficiarios y su afiliación al régimen subsidiado.

Empero, el desarrollo del componente territorial ha tenido una pésima asignación de recursos, que amenaza con desbaratar a corto plazo la viabilidad de la reforma. En este aspecto, los problemas principales detectados son los siguientes:

- *Inoperancia de la transformación de subsidios y de la reorientación del gasto sectorial.* Durante el tercer año de funcionamiento del sistema de seguridad social en salud (1996), al menos el 87% de los recursos se destinó a actividades tradicionales, con predominio del financiamiento directo de los hospitales y de la burocracia sectorial, y solamente un 13% al aseguramiento. De los 1 667 millones de dólares que administraron los departamentos (cerca de la mitad de los recursos públicos sectoriales) menos del 1% se destinó al aseguramiento. Estas cifras muestran que los recursos históricos (subsidios de la oferta) no se están transformando en financiamiento del nuevo régimen (subsidios de la demanda). Todo el financiamiento de los subsidios de la demanda se realizó con fuentes nuevas de recursos. En este escenario, la afiliación importa una duplicación de gasto, fiscalmente insostenible. La mayor parte de los recursos tradicionales que se muestran renuentes al cambio, pertenecen a la esfera territorial.
- *Inequidad e insuficiencia de las transferencias de recursos a las entidades territoriales.* El sistema tiene desviaciones de equidad y distorsiones en los subsidios que exigen con urgencia políticas correctivas. El situado fiscal per cápita se acerca en promedio a los 18 dólares, pero las variaciones entre los departamentos van de 1 a 25. En la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación per cápita, la varianza es menor que en el situado fiscal, pero la distribución es claramente regresiva. La distribución per cápita (Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como denominador) de los recursos del FOSYGA no ha servido hasta el momento como mecanismo compensatorio de la regresividad de la participación en los ingresos corrientes de la nación, sino que ha tendido a reforzarla. El examen conjunto de los subsidios de la oferta y la demanda per cápita (NBI como denominador) muestra que los departamentos más pobres reciben 2.5 veces menos que los más desarrollados. Más de la mitad de los departamentos tienen exceso de recursos por concepto de subsidio a la oferta, pero todos tienen una carencia exorbitante de recursos por subsidio a la demanda.
- *Problema prestacional.* Como nunca se hicieron reservas para pensiones y cesantías, el pasivo alcanza ya a cerca de mil millones de dólares (1% del PIB). Mientras no se

depuren los cálculos y se definan las responsabilidades y mecanismos de financiamiento, no será posible que las administraciones territoriales reciban las plantas de personal y que los hospitales se transformen en empresas.

Por otra parte, el Ministerio de Salud ha definido y mantiene estrategias de aseguramiento equivocadas e inconvenientes como las siguientes:

- *Aseguramiento subsidiado.* El Ministerio de Salud ha preferido un plan de beneficios ideal pero con cobertura poblacional parcial, a un plan de beneficios factible con cobertura universal. En cada municipio, una parte de la población pobre identificada como beneficiaria del régimen subsidiado está efectivamente afiliada, mientras otra parte, con iguales derechos, no puede afiliarse. Esta situación es inequitativa, políticamente insostenible en el nivel local, resta credibilidad al sistema, estimula la corrupción, y exige mantener los subsidios a la oferta y las estructuras tradicionales, para atender a los excluidos.
- *No aseguramiento de las personas de estrato intermedio.* El sistema de seguridad social en salud prevé dos regímenes: contributivo, para quienes pueden cotizar, y subsidiado para quienes no pueden hacerlo (estratos 1 y 2). Por una mala interpretación de las normas el Ministerio de Salud ha promovido un nivel intermedio de no afiliados para quienes se presume que están en la frontera (estrato 3), y se ha establecido que pueden utilizar los servicios del sistema con cargo a los subsidios de la oferta, sin plan de beneficios definido y con un copago del 30% (se supone que los no afiliados de otros estratos deberían pagar el 100% de las tarifas vigentes). Como no existe identificación de las personas del estrato 3, en la práctica todos los demandantes de servicios se aceptan bajo esta norma, y la mayoría son eximidos parcial o totalmente del copago. Esta política tiene consecuencias destructivas del sistema porque desestimula la afiliación a ambos regímenes obliga al mantenimiento de subsidios a la oferta, genera sobrecostos, perjudica a los hospitales que se financian predominantemente con ingresos obtenidos del aseguramiento, y conserva las prácticas asistenciales tradicionales.

Finalmente, la libertad de elección de los usuarios y la competencia para estimular la eficiencia y la productividad no están operando porque existen medidas que impiden el desarrollo de un mercado de seguros y servicios de salud. En especial, se dan tres factores adversos:

- *Excesiva discrecionalidad estatal.* Los errores de estrategia antes mencionados han conducido a que las entidades territoriales escojan a los administradores del régimen subsidiado, mantengan el control sobre la oferta de servicios seleccionen a los usuarios finales, financien las transacciones entre aseguradores, prestadores de servicios y usuarios, y decidan sobre las tarifas. En consecuencia, manejan discrecionalmente todos los componentes de un proceso que se concibió competitivo y basado en relaciones contractuales.
- *Inexistencia de condiciones para la conversión de los hospitales en empresas.* La mitad de los hospitales se han constituido formalmente como empresas, pero no operan en esta condición debido a la falta de incentivos reales, a lo que se suma el temor de los gobiernos territoriales a perder poder político y financiero, el desconocimiento del nuevo sistema por parte de los legisladores territoriales y de los funcionarios, la indefinición sobre las responsabilidades y el financiamiento, y la conservación de subsidios a la oferta.

- *Inexistencia de un mercado laboral abierto en salud.* No existe un verdadero mercado laboral debido a la mantención de condicionamientos externos y extremos de estabilidad laboral, y a la permanencia de salarios únicos nacionales. Esta situación inhibe el desarrollo institucional competitivo y perjudica a los propios trabajadores.

## V. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y DE SALUD EN MÉXICO<sup>17</sup>

Carlos Ornelas

### 1. INTRODUCCION

El propósito principal del trabajo, que se resume en este capítulo, es caracterizar los procesos de descentralización de la educación básica y de la salud que se están desarrollando en México y conocer, en la medida de lo posible, las consecuencias de estos procesos en la eficiencia y equidad de la prestación de los servicios. El capítulo se divide en tres partes. En la primera, se presentan algunas características generales del federalismo fiscal mexicano. En la segunda y en la tercera, se presentan, respectivamente, la experiencia de descentralización de la educación y de la salud.

### 2. CARACTERÍSTICAS DEL FEDERALISMO FISCAL EN MÉXICO

El análisis de la descentralización de servicios públicos no se puede hacer a cabalidad sin tomar en cuenta el proceso fiscal en México, que, paradójicamente, tiende a centralizar más la recaudación de impuestos y la asignación de recursos.

En el marco del federalismo fiscal, el Estado mexicano procura dos objetivos que pueden resultar en tensión: la equidad y la eficiencia en la provisión de los servicios públicos. El proceso fiscal mexicano combina elementos de los modelos centralista y descentralizado, con predominio del primero. En el centralismo la carga fiscal recae principalmente en el gobierno federal, que distribuye los recursos a los estados y municipios mediante transferencias; en el modelo descentralizado, los gobiernos locales asignan las partidas conforme a su agenda propia y con alto grado de autonomía del gobierno central. En el modelo de transferencias, el gobierno central conserva la mayor parte de las decisiones respecto a cuánto y en qué gastar los recursos; a esta asignación para fines específicos se le denomina en México “recursos etiquetados.” El proceso fiscal híbrido se basa en complejos mecanismos y fórmulas de coordinación fiscal entre los municipios, los estados y el gobierno central.

Lo ingresos federales provenientes de impuestos (sobre la renta y el IVA, principalmente), derechos y aprovechamientos, son la fuente de financiamiento del gasto público. El fondo general de participaciones a los estados y a los municipios se constituye con el 20% de los ingresos netos totales del gobierno federal, y se distribuye en proporción al número de habitantes de cada estado y conforme a un coeficiente de participación, determinado mediante una fórmula que considera el registro histórico y apoyos extraordinarios.

Además de estos recursos, los estados y municipios reciben fondos bajo la forma de “recursos etiquetados” para distintos sectores (educación, desarrollo regional, etc).

---

<sup>17</sup> Resumen de los documentos finales (Ornelas, 1997a,b) elaborados para el Proyecto Regional de Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales, a publicarse.

### 3. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN

#### a) *Introducción*

Contra una tendencia histórica que favoreció la centralización y enfrentando obstáculos políticos, la descentralización de la enseñanza básica y normal es una realidad en México. La firma del “Acuerdo nacional para la modernización de la educación básica” (el Acuerdo de aquí en adelante) marcó la pauta; luego, los cambios a la Constitución de 1992 y la promulgación de la ley general de educación, en 1993, dieron forma a la nueva estructura legal del sistema educativo mexicano. En esos documentos se plantean las expectativas de que con un régimen educativo descentralizado se reforzará el federalismo, se incrementará la calidad de la educación y habrá una mayor eficiencia en la administración del servicio y equidad en su provisión.

Según la ley general de educación, en México la educación básica consiste en un año preescolar, seis años de enseñanza primaria y tres de secundaria; la enseñanza primaria y la secundaria (grados primero al noveno) son gratuitas y obligatorias. La capacitación para el trabajo puede ser postprimaria o postsecundaria; por esta vía se preparan técnicos auxiliares y ayudantes de obreros calificados, así como personal secretarial y de apoyo en los servicios. El profesional medio es un técnico que estudia en planteles de educación profesional (o vocacional); es una carrera postsecundaria y demanda tres años de estudio y prácticas. El bachillerato es también de tres años, es propedéutico para el ingreso a las universidades e institutos tecnológicos. En las escuelas normales, los maestros de educación básica reciben su formación inicial (cuatro años postbachillerato); y la educación superior incluye la licenciatura y el posgrado.

Mediante el Acuerdo, firmado en mayo de 1992, el gobierno federal se deshizo de más de 100 mil edificios escolares e inmuebles que luego transfirió a los estados para su administración, y de más de 22 millones de bienes muebles, entre vehículos, computadoras, mobiliario escolar, equipo de oficina y otros materiales. A partir del ciclo escolar de 1992-1993 (septiembre a junio), los estados prestaron servicios a cerca de dos millones de niños en el nivel preescolar, a más de nueve millones en la enseñanza primaria, alrededor de dos y medio millones en la secundaria, y a más de 75 mil estudiantes normalistas, además de cumplir las obligaciones que ya tenían. También se transfirieron más de 513 mil plazas de maestros y más de 115 mil puestos administrativos, con sus prestaciones, antigüedad derechos laborales y además, protegidos por el sindicato. En 1993, la Secretaría de Educación Pública destinó a los gobiernos de los estados más de 24 mil millones de nuevos pesos y, ya desde antes, recursos extraordinarios para compensar ciertas desigualdades regionales.

El gobierno central aún mantiene la prestación de los servicios en el distrito federal para cerca de dos millones de alumnos de todos los niveles y, mediante la Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológicas, tiene control administrativo del subsistema de educación técnica. En el cuadro 1, se pueden ver los contrastes entre lo que controlaba el gobierno federal antes de la descentralización y lo que mantuvo bajo su régimen inmediatamente después. Todavía están en su nómina más de 150 mil docentes de todos los niveles y alrededor de 25 mil empleados y funcionarios. Igualmente, dirige más de 19 mil escuelas de todos tipos y modalidades y, por la vía del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y el Instituto Nacional de Antropología e Historia –dos organismos descentralizados de la Secretaría de Educación Pública (SEP)–, administra más de mil museos y sitios arqueológicos, y todavía dispone directamente, de cerca del 50 % del gasto federal en educación. Esto se comprende porque la publicación de los libros de texto gratuitos consume bastantes recursos,

las actividades de fomento a la ciencia y la cultura son más caras que la prestación del servicio a los escolares y, además, financia cerca del 75 % del gasto total en educación superior. En otras palabras, el gobierno federal no transfirió todo el sistema, mantiene parte considerable del mismo bajo su control directo.

**Cuadro 1**  
**MATRÍCULA TOTAL DEL SISTEMA EDUCATIVO SEGÚN CONTROL ANTES Y**  
**DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN**  
*(En porcentajes)*

Ciclo educativo	Federal		Estadual y autónomo		Privado	
	1991	1992	1991	1992	1991	1992
Preescolar	7.9	1.0	2.2	9.3	1.0	1.0
Primaria	40.6	3.8	12.8	49.4	3.6	3.6
Capacitación para el trabajo	0.4	0.5	0.2	0.2	1.0	1.0
Secundaria	11.4	1.7	3.8	13.5	1.3	1.3
Profesional medio	0.9	0.9	0.3	0.2	0.5	0.5
Bachillerato	2.3	2.4	3.0	3.1	1.5	1.5
Normal	0.1	0.0	0.2	0.3	0.1	0.1
Superior	0.8	0.8	3.1	2.9	0.9	1.0
Subtotal	64.5	11.1	25.6	78.9	9.9	10.0

Fuente: Secretaría de Educación Pública, Informe de labores(1992, 1993).

#### *b) Motivaciones de la descentralización*

Hay cinco elementos que quizás ayuden a explicar por qué el grupo gobernante decidió descentralizar la educación a contracorriente de la tendencia histórica de la centralización. Estos motivos se enmarcan dentro de los fines de legitimación del régimen y de mantención del control de la educación. Primero, el ánimo federalista declarado por los gobiernos de los presidentes De la Madrid, Salinas de Gortari y Zedillo, apunta directamente a la legitimación del régimen y a la reforma del Estado. Segundo, la necesidad de control se ilustra con los alegatos en favor de la eficiencia en la dirección general del sistema y la asignación de los recursos. Tercero, la política ambivalente de control y legitimación se nota más en las relaciones de la SEP, o, más generalmente, del Estado, con el sindicato. Cuarto, esta política también se hace visible en la administración del conflicto que emana de la disidencia magisterial, y persigue tanto legitimar la política de la descentralización como mejorar las relaciones sindicales, con el fin de poner más atención a las cuestiones sustantivas de la educación. Finalmente, la quinta motivación se encuadra dentro de una tendencia internacional favorable



a la descentralización que, eventualmente, creará una buena imagen del régimen y consolidará la descentralización de la educación básica y normal como una causa legítima y un proceso eficaz.

c) *¿Qué descentraliza la descentralización educativa?*

El modelo formal de la descentralización del sistema educativo mexicano, se puede deducir de la nueva ley general de educación. Esta representa el corpus doctrinario del grupo dirigente del gobierno mexicano, asienta los principios de la organización y formaliza la aspiración de llegar a un sistema de educación pública nacional normado, evaluado y financiado en su mayor parte por el gobierno federal, y operado por los estados y (de ser posible) por los municipios. El federalismo de la ley se expresa en su carácter general, ya que tiene disposiciones que se aplican a los gobiernos federal y de los estados, a los municipios y a los particulares que operan establecimientos de educación básica y normal. En la exposición de motivos y en varios capítulos de la ley, se insiste en que su sentido federalista se manifiesta en la "conurrencia" de los tres niveles de gobierno.

El capítulo II de la ley establece la distribución de la función social educativa. En esta función concurren los tres niveles de gobierno, los órganos descentralizados y los particulares con autorización del poder público. El cuadro 2 muestra la concurrencia en la provisión de los servicios. El espíritu nacional y homogéneo domina en el articulado. En esta concurrencia el gobierno federal centraliza las funciones esenciales y descentraliza la operación. Las atribuciones exclusivas del gobierno federal, representado por la SEP, le confieren la centralidad del proceso en cuanto a determinar en toda la república los planes y programas de estudio para la educación básica y normal.

La sección 4 del capítulo II de la misma ley, establece la concurrencia en la evaluación de la educación, pero reserva la facultad normativa a la autoridad central. Las evaluaciones deberán ser periódicas y sistemáticas, y sus resultados públicos. La sección 3 del mismo capítulo, instituye la concurrencia en el financiamiento de la educación pública. Los recursos que transfiere el gobierno federal a cada gobierno estatal para educación deberán aplicarse exclusivamente a ese fin (recursos etiquetados); el gobierno federal puede, en cualquier tiempo, verificar el uso correcto de esos recursos. Luego viene un compromiso del Estado con la educación pública: "En todo tiempo procurarán (los tres órdenes de gobierno) fortalecer las fuentes de financiamiento a la tarea educativa y destinar recursos crecientes en términos reales para la educación pública" (artículo 22). Expectativa que se cumplió hasta 1994, pero que se vino abajo con la crisis de 1995 y se recuperó de nuevo en 1996, como se ilustra en el cuadro 3.

El propósito es construir un sistema nacional unificado, homogéneo e igualitario, ya que el gobierno federal se compromete a canalizar recursos compensatorios para lograr la igualdad de oportunidades en el acceso y la permanencia en el sistema de los grupos y regiones con mayor rezago educativo (artículos 32 al 34). Esta es también una aspiración que pone el énfasis en la búsqueda de la equidad o, como prefieren llamarla algunos autores, en la justicia distributiva.

**Cuadro 2**  
**COMPETENCIAS PROPIAS DE LOS NIVELES DE GOBIERNO Y**  
**COMPARTIDAS, EN EDUCACIÓN**

Gobierno federal	Gobiernos estatales	Competencias concurrentes
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar para toda la república los planes y programas de estudio para la educación primaria, secundaria y normal.</li> <li>2. Establecer el calendario escolar aplicable en toda la república para cada ciclo lectivo de la educación básica y normal.</li> <li>3. Elaborar y mantener actualizados los libros de texto gratuitos.</li> <li>4. Autorizar el uso de libros de texto para la educación básica.</li> <li>5. Fijar lineamientos generales para el uso de material educativo en la educación básica.</li> <li>6. Regular un sistema nacional de formación, actualización, capacitación y superación profesional para maestros de educación básica.</li> <li>7. Fijar los requisitos pedagógicos de los planes y programas de educación inicial y preescolar que formulen los particulares.</li> <li>8. Regular un sistema nacional de créditos, de revalidación y de equivalencias.</li> <li>9. Llevar un registro nacional de instituciones.</li> <li>10. Fijar los lineamientos a los que deben ajustarse los consejos de participación social.</li> <li>11. Realizar la planeación, la programación y la evaluación globales del sistema educativo nacional.</li> <li>12. Fomentar las relaciones culturales con otros países.</li> <li>13. Las competencias necesarias para garantizar el carácter nacional de la educación básica, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prestar los servicios de educación inicial, básica -incluyendo la indígena- especial, así como la normal y demás para la formación de maestros.</li> <li>2. Proponer a la Secretaría los contenidos regionales que hayan de incluirse en los planes y programas de estudio para la educación primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica.</li> <li>3. Ajustar, en su caso, el calendario escolar para cada ciclo lectivo de la educación primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica, con respeto al calendario fijado por la Secretaría.</li> <li>4. Prestar los servicios de formación, actualización, capacitación y superación profesional para los maestros de educación básica, de conformidad con las disposiciones generales que la Secretaría determine.</li> <li>5. Revalidar y otorgar equivalencias de estudios de la educación primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica, de acuerdo con los lineamientos generales que la Secretaría expida.</li> <li>6. Otorgar, negar y revocar autorización a los particulares para impartir la educación primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica.</li> <li>7. Las otras competencias que con tal carácter establezcan esta ley y otras disposiciones aplicables.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover y prestar servicios educativos, de acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y estatales.</li> <li>2. Determinar y formular planes y programas de estudio, distintos de los previstos en la fracción 1 de la primera columna.</li> <li>3. Revalidar y otorgar equivalencias de estudios de acuerdo con los lineamientos generales que la Secretaría expida.</li> <li>4. Otorgar, negar y retirar el reconocimiento de validez oficial a estudios distintos de los primarios, secundarios, o normalistas, que impartan los particulares.</li> <li>5. Editar libros y producir otros materiales distintos de los oficiales.</li> <li>6. Prestar servicios bibliotecarios con el fin de apoyar el sistema educativo nacional, la innovación educativa y la investigación científica, tecnológica y humanística.</li> <li>7. Promover permanentemente la investigación que sirva como base a la innovación educativa.</li> <li>8. Impulsar el desarrollo de la enseñanza tecnológica y de la investigación científica y tecnológica .</li> <li>9. Fomentar y difundir las actividades artísticas, culturales y físico-deportivas.</li> <li>10. Vigilar el cumplimiento de la ley general de educación.</li> </ol>

**Fuente:** Ley general de educación, artículos 12, 13 y 14.

Esta división de funciones entre el gobierno central y los estados se enmarca en lo que el gobierno denomina el “nuevo federalismo”. En esta concepción del federalismo, el gobierno central tiene facultades para “determinar”, “normar”, “regular”, “evaluar”, y “fijar lineamientos generales”, y obliga a las autoridades locales a destinar recursos crecientes a la educación siendo que, en teoría, cada congreso soberano establece las disposiciones de ingreso y gasto público en su estado. Los estados, en cambio, “prestan servicios”, “ajustan”, y “operan el sistema”. En síntesis, el gobierno federal mantiene las tareas importantes, la esencia de la educación, las cuestiones profundas, el control; en tanto que los estados manejan únicamente los asuntos de superficie, aunque no dejen de ser importantes. En otras palabras, se centraliza el poder y se descentraliza la administración. Esa es la esencia del modelo formal de la descentralización educativa de México.

Por esa razón, se podría pensar que los cambios en la política educativa –manifiestos en la ley– no persiguen dismantelar el pacto corporativo entre el gobierno y los trabajadores de la educación, sino solo modernizarlo y adecuarlo a los nuevos desafíos de la economía abierta, la competencia internacional, y la reforma del Estado. El centralismo, según el Acuerdo, distanció a la autoridad de la escuela y la comunidad, y concluye que el sistema centralizado se agotó y cumplió su misión histórica. Además, en el mismo Acuerdo se estableció que había que reformular los planes y programas de estudio y revalorar socialmente la función magisterial.

#### d) *Financiamiento*

Las cifras del gasto público muestran que de 1988 a 1994 el gasto en educación tendió al crecimiento. El gasto por alumno pasó de 210 a 510 dólares por año y, como porcentaje del PIB, el gasto en educación pasó del 3.1% al 5.2% (cuadro 3). En 1995 hubo una caída en el financiamiento, pero en 1996 casi se recuperó el nivel de 1994. El principal rubro del gasto fue salarios y prestaciones a docentes y administradores, cuyos ingresos reales se incrementaron en más del 100% entre 1988 y 1996.

El gasto real del gobierno federal creció más que el de los estados y los particulares, en parte como respuesta a demandas sociales, en parte como política del gobierno federal, y en parte como resultado del centralismo fiscal. La participación del gobierno central en el gasto educativo pasó del 88% al 91% de 1988 a 1996, en tanto que el de los estados y municipios bajó del 12% al 9% (cuadro 3).

El gasto del gobierno central incluye las transferencias específicas a los niveles subnacionales (Ramo 00025<sup>18</sup>), que se distribuyen por dos cauces principales: el gasto “irreductible”, es decir, la cuantía destinada a salarios, prestaciones y gastos de operación consolidada de acuerdo con ejercicios anteriores, y las aportaciones complementarias, que tienen que ver con las prioridades señaladas en los planes y programas de desarrollo del sector o que responden a demandas políticas y sociales. El gasto de los estados y de los municipios se hace con recursos propios, que provienen tanto de impuestos locales como de las transferencias del gobierno federal por la vía de las participaciones (Ramo 00028).

---

<sup>18</sup> Los recursos totales del gobierno federal se distribuyen según ramos (o rubros).

**Cuadro 3**  
**GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN**

Año	Por alumno (en dólares) a/	Federal %	Estadual y municipal %	% respecto al PIB	% respecto al gasto en desarrollo social b/
1988	210.8	88.2	11.8	3.1	53.8
1989	250.2	84.0	16.0	3.3	57.5
1990	346.1	81.8	18.3	3.7	61.5
1991	447.3	83.7	16.3	4.1	57.7
1992	565.4	85.6	14.4	4.4	56.6
1993	687.9	87.4	12.6	5.0	58.3
1994	510.5	88.7	11.3	5.2	56.9
1995	337.7	89.9	10.1	4.8	56.9
1996 c/	501.7	90.8	9.2	5.1	57.7

**Fuente:** Elaboración propia en base a Presidencia de la República, 1996.

a/ Dólares a diciembre de cada año.

b/ Incluye únicamente el gasto del gobierno federal.

c/ Estimado, dólares a septiembre de 1996.

#### e) *Evaluación preliminar de la descentralización educativa*

El principal objetivo del trabajo era conocer las consecuencias del proceso de descentralización de la educación básica en la eficiencia y la equidad de la prestación del servicio. Sin embargo, debido al poco tiempo transcurrido después de la descentralización formal, solamente se pueden destacar algunas tendencias preliminares, así como los avances, obstáculos y desafíos principales del proceso. El análisis se complica también por el hecho de que hubo otras reformas y medidas concomitantes con la descentralización. Esto hace difícil separar los efectos de la reforma analizada de otros efectos.

Para efectuar el análisis, se seleccionaron seis estados: Chihuahua, Estado de México, Durango, Veracruz, Puebla y Oaxaca, que, en conjunto, representan la diversidad de México y exhiben contrastes notables<sup>19</sup>.

#### **Avance del proceso**

Sobre la base de estos seis casos, se documenta la noción de que el ejercicio del federalismo educativo trazado en la ley general de educación es desigual. El desafío, una vez consagrada la transferencia del sistema federal a cada estado, es fusionar los antiguos subsistemas federal y estadual en un todo armónico y que la federación de estos, a su vez, integre el sistema educativo mexicano; el cual se espera que en el futuro sea más equitativo y eficaz. Los avances que registran las entidades federativas en su misión de conformar sistemas estatales y fusionar los servicios, son dispares.

<sup>19</sup> Por ejemplo, Chihuahua y Durango, en el norte, y Estado de México tienen un PIB per cápita superior a 3 000 dólares (de 1993) e índices de marginación moderados, mientras que Veracruz y Puebla, en el centro-este, tienen un PIB per cápita inferior a 3 000 dólares e índices de marginación elevados, y Oaxaca, en el sur, es uno de los estados con mayor marginación y pobreza del país.

Hay un mosaico de situaciones: desde los gobiernos que buscan progresar en la integración de los dos antiguos subsistemas en uno solo, con políticas homogéneas y acciones consecuentes, como los de Durango, Puebla y Veracruz, hasta los gobiernos que apuestan por la mantención del statu quo, como el del Estado de México, pasando por aquellos donde la oposición de las organizaciones sindicales dificulta la acción integradora, como Chihuahua. Y aun otros donde no hubo necesidad de fusionar debido a la inexistencia de sistemas estatales en los tiempos previos a la descentralización, como el de Oaxaca. La fusión de los dos subsistemas, donde los había, podría ser la muestra más palpable del éxito de la federalización educativa.

### **Descentralización y calidad**

La descentralización de la educación forma parte de un paquete de reformas del sistema educativo que en conjunto ofrecen resultados mensurables: cambios en el concepto de educación básica obligatoria –que pasa de seis a nueve años– y modificaciones en los planes y programas de estudio, así como nuevos libros de texto y apoyo didáctico con medios electrónicos.

La descentralización, el incremento del gasto y las otras reformas cuentan para una mejora de la calidad de la educación básica; de 1988 a 1996 se dieron los siguientes cambios: el promedio nacional de escolaridad pasó de 6.3 a 6.7 años; la deserción en la escuela primaria se redujo del 5.3% al 3.0% , y la reprobación del 10.3% al 8.1% ; en consecuencia, la eficiencia terminal (el porcentaje de alumnos que concluye la enseñanza primaria en seis años) subió del 55% al 66.3%. En la escuela secundaria, los mismos indicadores mostraron avances significativos.

### **Descentralización y eficiencia: autonomía local**

Según las autoridades locales de los estados de la muestra, la descentralización educativa les permitió poner en práctica varias estrategias de atención a la población de acuerdo con las necesidades que ellos detectan, sin tener que recurrir a las autoridades federales.

Por ejemplo, Oaxaca tiene sus propios programas compensatorios, como el de alfabetización, cuyo diagnóstico les permite seguir estrategias distintas a las del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (órgano del gobierno central), y de “Aula abierta,” un proyecto innovador que acerca la escuela a la comunidad y que ofrece alternativas distintas de educación a la población pobre y marginada. Además, las autoridades locales comenzaron un programa de ediciones baratas para educadores y padres de familia. En Puebla, los fondos federales se usan para poner en práctica el proyecto estatal de educación, desconcentrar la administración en 14 regiones, e impulsar sus publicaciones. En Durango y Chihuahua también se promueve la desconcentración regional, aunque a pasos más lentos, y en Veracruz se diseña un proyecto para el mismo fin. Todos los estados de la muestra, con excepción del Estado de México, tienen programas de publicaciones propios.

La contratación de nuevos maestros, así como los cambios de adscripción o de territorio, se basan en los métodos tradicionales del corporativismo mexicano, se deciden en grupos de la SEP y del comité ejecutivo nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, y, en menor escala, entre los gobiernos estatales y las secciones sindicales.

Las autoridades federales y estatales estimulan el que cada plantel diseñe e implemente un proyecto escolar para mejorar la calidad, la eficiencia administrativa, la participación de la sociedad, y la equidad social, pero no hay grados de autonomía para que el director o la directora de una escuela contrate o remueva el personal, otorgue incentivos materiales o pueda modificar algunas normas.

### **Descentralización y eficiencia: la sociedad ausente**

Un defecto histórico del sistema educativo mexicano es su tendencia al ensimismamiento, a forjar nociones y prácticas a partir de los intereses de los actores internos, sin un diálogo creativo con el medio que los rodea. Romper esa tendencia no es fácil. Más allá de los intereses creados, existen rutinas y hábitos arraigados que se reproducen aun contra la voluntad de quienes participan en la educación. Tradicionalmente se entendía la participación social como la responsabilidad de los padres de familia de colaborar con la dirección en las cooperativas escolares, y sufragar gastos para el mantenimiento de los edificios. Así, considerando las condiciones del país, se daba la paradoja de que quienes más contribuían con la escuela – incluyendo trabajo físico– eran las comunidades más pobres, interesadas en mantener el servicio para sus hijos. A las organizaciones de padres de familia se les impide emitir opiniones sobre los aspectos pedagógicos o técnicos.

En la nueva ley general de educación, se intenta dar un salto cualitativo importante mediante los consejos de participación social en la educación. Estos consejos, que se espera se organicen por escuela, municipio y estado hasta llegar al nivel nacional, tienen, entre otras, las siguientes atribuciones: proponer estímulos y reconocimientos a maestros, directivos y alumnos; conocer de las evaluaciones y el calendario escolar; diseñar y coordinar trabajos de protección civil, y proponer políticas para elevar la calidad y la cobertura de la educación, así como opinar sobre los planes, los programas y los aspectos técnicos.

Los tiempos políticos del país y el desarrollo mismo de la reforma del sistema impidieron que los consejos se constituyeran inmediatamente después de que entró en vigor la ley. En los estados de la muestra, a pesar de que se han constituido formalmente, todas las opiniones coinciden en que son irrelevantes, no funcionan, que son “cascarones huecos”, y que tal vez no tengan futuro. Con excepción de Puebla, que tiene un poco más de vida propia “...gracias al apoyo del gobernador”.

### **Equidad y programas compensatorios**

Al desagregar por estado los indicadores de escolaridad, deserción y reprobación, se observa que los avances relativos fueron mayores en los estados de la muestra más pobres que en los otros. Sin embargo, en índices de financiamiento per cápita, destaca el hecho de que el progreso observado en el financiamiento mantiene las disparidades del pasado. Los estados de la muestra que antes recibían más fondos federales siguen captando porcentajes mayores, y el gasto por alumno en educación básica continúa siendo mayor en los estados del norte, más desarrollados, que en los otros. De hecho, la relación entre el gasto por alumno más alto de la muestra y el más bajo pasó de 1.5 en 1988-1989 a 1.8 en 1995-1996, ilustrando un aumento del desnivel. Esto se debe en parte al hecho de que los gastos irreductibles (aproximadamente el 85% del gasto total en un año determinado) tienden a perpetuar las inercias del sistema. En consecuencia, los avances de los estados más pobres en índices de calidad, se deben más bien a los distintos programas compensatorios que se pusieron en marcha dentro de los programas sociales del gobierno federal a partir de 1990.

En efecto, para aumentar la equidad se establecieron programas compensatorios con el fin de aminorar el rezago educativo en las regiones más apartadas y entre los grupos sociales más pobres. El proyecto compensatorio más importante –que resume la estrategia de ataque a la pobreza escolar y la deserción educativa, y en pro del arraigo de los maestros en zonas pobres– fue el programa para abatir el rezago educativo, que se diseñó en 1991 y se comenzó a ejecutar en 1992 en tres de los cuatro estados con índices más bajos en todos los indicadores de aprovechamiento escolar e infraestructura existente: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, además de Hidalgo que, sin mostrar los niveles de pobreza extrema de los otros tres, enfrenta obstáculos considerables en la materia. En 1994 el programa se puso en marcha en otros diez estados, entre ellos Veracruz, Durango y Puebla. Además de los recursos financieros regulares, se asignaron al afecto más de dos mil millones de nuevos pesos (285 millones de dólares), provenientes de créditos del Banco Mundial. Los recursos frescos se destinaron a la construcción de espacios escolares, infraestructura, viviendas para los maestros, y producción de libros, folletos y otro tipo de materiales didácticos. También –lo que es más importante en función de la equidad social– se consedieron fondos para becas y estímulos a los maestros e instructores comunitarios, con el fin de garantizar su arraigo en comunidades alejadas y mejorar su desempeño.

### **Obstáculos para la integración del sistema educativo**

Más allá de las políticas específicas de cada uno de los gobiernos estatales, hay al menos tres factores comunes que atraviesan el sistema, que se reproducen en cada región, que estorban la integración de los antiguos subsistemas, y no son de solución sencilla o de corto plazo.

En primer lugar están las diferencias en los escalafones y los deseos de los maestros de emigrar de las zonas rurales a las urbanas. El escalafón de los antiguos maestros federales era más estricto, y por lo tanto, las prestaciones no monetarias (traslados a zonas urbanas, puntos por desempeño) eran más difíciles de conseguir. Los gobiernos estatales, por regla general, se dedicaron a satisfacer las demandas de la población urbana y dejaban que el gobierno federal atendiera las áreas rurales. Si se diera la fusión integral, un porcentaje alto de los antiguos maestros federales tendrían derecho a plazas en las ciudades y los antiguos maestros estatales tal vez serían desplazados a las zonas rurales o marginadas de las urbes. Lo cual representaría conflictos inimaginables.

En segundo lugar, los diferentes sistemas de seguridad social tampoco se pueden fusionar de inmediato, y tal vez ni siquiera en el mediano plazo. Si bien en general los maestros federales tenían mejores prestaciones comunes que los de los estados, algunos beneficios de los estados (prestamos hipotecarios, créditos de corto plazo) se podían conseguir más rápido, o eran mejores (pensiones, y la posibilidad ya mencionada de acceder más pronto a una plaza urbana). Esto produce una situación excepcional. No se pueden transferir los fondos de pensiones a los estados porque se descapitalizaría el Instituto de Seguridad para los Trabajadores al Servicio del Estado, pero eso –y aquí está la paradoja– no capitalizaría los sistemas de seguridad social de cada entidad federativa.

En tercer lugar, los intereses políticos del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación y de cada una de sus secciones no guardan correspondencia con los afanes del gobierno. Fusionar por completo los dos subsistemas significaría unificar dos secciones sindicales en una; lo cual reduciría el número de puestos sindicales y la posibilidad de promoción política, tanto al interior del sindicato como en los partidos políticos y la administración pública. Igualmente, está el interés del comité ejecutivo nacional de mantener las negociaciones en el centro lo más que se pueda, para evitar que en el mediano plazo se

fraccione el sindicato nacional. La fuerza recentralizadora del sindicato nacional de los maestros es tal vez el obstáculo más resistente, el que, además, encuentra aliados en la burocracia tradicional de la SEP, que también aspira a mantener sus privilegios.

### **Perspectiva del federalismo educativo**

En la formalidad de la ley, el modelo de descentralización educativa parece razonable, la lógica de funcionamiento se expresa con claridad y contiene elementos doctrinarios que concilian la filosofía del artículo tercero de la Constitución con los anhelos de modernización. Es más, con la transferencia a los estados de los activos y responsabilidades, en 1992, y la continua aportación de recursos financieros hasta 1996, parecería que el modelo funciona, que sus premisas formales adquieren vigencia en la realidad y que en efecto el sistema educativo mexicano ya está descentralizado, aunque no en los aspectos fiscales y financieros. De la investigación en desarrollo se pueden destacar tres puntos de reflexión que solo el transcurso del tiempo podrá corroborar.

Primero, es probable que las diferencias en los escalafones y diversos tipos de adscripción para las prestaciones y la seguridad social sean problemas que se resolverán en el largo plazo, por sustitución gradual (acaso al grado de cada individuo) y por la incorporación a los servicios estatales de todos quienes ingresan como trabajadores al sistema educativo. Esto tomará tiempo pero finalmente se podrá solucionar, a pesar de que hasta 1996, por presiones del sindicato, las plazas para nuevos maestros se asignaron a cada sección en la misma proporción que su tamaño preexistente en cada estado antes de la descentralización.

Segundo, si bien los gobernadores no mostraron entusiasmo al recibir los servicios educativos que prestaba el gobierno federal, conforme toman confianza y se acostumbran a ser patrones de miles de nuevos trabajadores (politizados y con una organización sindical sólida), la situación paulatinamente cambia. La responsabilidad de la administración educativa, cada vez toma más tiempo en las preocupaciones de los gobernadores de los estados. Más importante aún, con los cambios sexenales en las entidades federativas, quienes asumen el cargo ya saben que tienen esa misión y desde sus campañas se hacen a la idea de que la educación será parte de sus tareas.

Tercero, no obstante que después de la firma del Acuerdo, el comité nacional del sindicato adquirió mayor presencia en los estados, el futuro del sindicato como organización nacional, fuerte y centralizada, no está garantizado. Al parecer, son endebles las bases jurídicas sobre las que asienta su existencia. No obstante, ni en el pasado ni en el presente la ausencia de un marco legal ha sido obstáculo para la existencia y fuerza política del sindicato nacional.

#### *f) Conclusión*

Con el fin de que la descentralización educativa contribuya al fortalecimiento del pacto federal en estos momentos de cambio, su misión inmediata quizás sea la de encontrar un equilibrio dinámico entre la autonomía en la toma de decisiones y la concurrencia en la prestación del servicio, mediante una distribución más equitativa de atribuciones, responsabilidades y recursos fiscales. La misión de la descentralización educativa seguirá siendo la de contribuir a incrementar la eficiencia y la calidad de la educación, mejorando su cobertura.



#### 4. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

##### a) *Introducción*

El 20 de agosto de 1996, se firmó el acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud; lo suscribieron el Secretario de Salud, los gobernadores de los 31 estados de la república y el dirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Mediante este acuerdo, el gobierno federal transfiere a los estados la responsabilidad de prestar servicios de salud y medicina preventiva a la población abierta, es decir, a las personas que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social e incapaces de pagar servicios privados. También, se transferirá –paulatinamente– a los municipios el control sanitario de establecimientos y servicios. Con la descentralización se espera cumplir “... un doble propósito: el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local, las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y social, al acercar a la población servicios fundamentales que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficacia y oportunidad”.

El gobierno central transfirió la relación laboral de 103 mil trabajadores del sector, entre médicos, paramédicos y enfermeras, así como personal de administración e intendencia; además se trasladó la responsabilidad de manejar directamente más de 7 400 hospitales, clínicas y centros de salud, que se encontraban equipados y en operación. La descentralización incluyó la transferencia de 6 132 millones de pesos (aproximadamente, 940 millones de dólares) para continuar con la operación en 1996. Igualmente, el gobierno federal se comprometía a establecer programas compensatorios para regiones deprimidas y para la población más vulnerable. La descentralización de los servicios de salud a la población abierta es parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, donde el concepto de equidad toma relevancia. No obstante que no se pretende descentralizar los servicios en los municipios, el programa de “municipio saludable” implica la participación de la comunidad en programas de salud, saneamiento e higiene.

##### b) *Antecedentes y marco socio-económico*

La firma del Acuerdo no significó una sorpresa, ya que los procesos de descentralización de la educación y de la salud a la población abierta se habían anunciado desde 1982.

En el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) se dieron pasos importantes con miras a contribuir a la descentralización de la vida nacional. El 30 de agosto de 1983, mediante un decreto del presidente, se transfirió a los gobiernos de Guerrero, Jalisco y Sonora la responsabilidad de la atención preventiva y de los hospitales generales. Otro decreto dio forma legal al sistema nacional de salud. Sucesivamente, entre 1984 y 1987, otros once estados firmaron convenios de descentralización, que les conferían mayor autonomía en materia de investigación y desarrollo; planeación, programación, evaluación y modernización administrativa; regulación sanitaria; servicios de salud, y administración de recursos. Sin embargo, la descentralización trajo consigo una paradoja: una mayor centralización en la asignación de los recursos. El modelo que se seguiría de allí en adelante y hasta el 20 de agosto de 1996 sería el de coordinación, que no transfería autoridad.

A la distancia de los catorce años transcurridos desde su inicio se observa que los pasos hacia la descentralización resultaron fallidos, como se argumenta en el Acuerdo del 20 de agosto de 1996. Es más, altos funcionarios del actual gobierno, sugieren que se dio una

recentralización de los servicios y que en realidad nunca se descentralizaron las decisiones importantes, ni se asignaron los recursos suficientes para operar el sistema

La descentralización de la salud a la población abierta está enclaustrada en un concepto de transición económica y política que tiende a modificar, no a destruir, el sistema corporativo que resultó de la revolución mexicana. En 1986, con el ingreso de México al GATT (Acuerdo general de aranceles aduaneros y comercio), comenzó la apertura económica que en menos de una década acabó con el sistema proteccionista y debilitó el concepto de Estado propietario de inmensos medios de producción; en tanto que el sistema político se encamina a una democracia electoral. La desigualdad e inequidad sociales, sin embargo, siguen formando parte de la dinámica del desarrollo del país.

*c) Las deficiencias del sector salud*

El diagnóstico de los servicios de salud presentado en el Acuerdo es realista, hasta crudo; no oculta las deficiencias, pero, por su brevedad, tampoco llega al fondo del asunto. Una indagación independiente del sector salud (que incluye también propuestas de reforma que se contemplan ya en el Acuerdo) hace una apreciación más acabada de las deficiencias y las agrupa en la siete íes: inseguridad, inequidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada calidad, inflación e insuficiencia. A esas siete, se puede agregar la de la incredulidad creciente en los programas del gobierno.

La inseguridad se refiere a la deficiente protección y cobertura que ofrece la red de servicios básicos. La inequidad implica que quienes más precisan de los servicios, los sectores pobres, son los que menos acceso tienen a los servicios de salud. Sin embargo, señala este informe, la admisión a los servicios no denota, por sí misma, garantía de solución de los problemas de salud, ya que muchos pacientes dan cuenta de otro gran defecto: la insatisfacción de la atención recibida. La ineficiencia al interior del sistema de salud, por su parte supone el desperdicio de recursos, así como encauzar esfuerzos a la solución de problemas no prioritario o de escaso beneficio social. La calidad inadecuada, de acuerdo con el mismo documento, es el resultado de una aplicación deficiente de la tecnología médica, que produce efectos indeseados e impide la obtención del mayor provecho. Como fenómeno económico, la inflación repercute más en los insumos y servicios para la salud que en otros 'satisfactores'; al incidir en el financiamiento de la atención, encarece especialmente los servicios de mayor necesidad. Finalmente, la insuficiencia de fondos impide cubrir las crecientes necesidades de salud de la mayoría de los mexicanos. La octava deficiencia es la falta de credibilidad, porque el gobierno no ha cumplido muchas de las promesas que se han hecho a lo largo de la historia de la salud en México.

*d) Los propósitos del nuevo modelo de descentralización de la salud*

El nuevo modelo de descentralización, además de los objetivos generales que persigue, se fundamenta en estrategias y principios, de donde derivan atribuciones específicas para los estados y para el gobierno federal, así como responsabilidades concurrentes de ambos órdenes de gobierno. Igualmente, incluye una política de compensación a los grupos sociales, regiones y estados menos favorecidos por el proceso de desarrollo del país, e invita a la sociedad a participar en la definición y ejecución de los programas de salud. La generación de consensos y la coordinación del sistema descentralizado recaerá en el consejo nacional de salud. Este funciona "...como instancia permanente de coordinación y concentración entre las autoridades centrales de la Secretaría y las autoridades de las 31 entidades federativas, para el desarrollo del proceso de descentralización." Las funciones principales de este consejo son de carácter

político; mediante la generación de consensos se persigue incrementar la legitimidad del régimen al consultar y escuchar a las autoridades locales, y no perder el control de los procesos al mantener la vigilancia sobre el cumplimiento de las metas.

La descentralización de los servicios de salud se inserta en el marco de un programa más amplio de reforma del sector salud que, con el fin de erradicar las deficiencias y problemas mencionados, propone "...transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente, a fin de que, entre otros aspectos, esté en condiciones de hacer frente a los retos epidemiológico y demográfico del país". El programa contempla los siguientes objetivos explícitos: 1) Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios; 2) ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal; 3) concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta en las entidades federativas aún centralizadas, y profundizar en las restantes, y 4) ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada en las áreas rurales y urbanas, que actualmente tienen un acceso a ellos limitado o nulo.

Para conseguir esa reestructuración, el Acuerdo plantea cuatro estrategias que simultáneamente son metas para el mediano plazo. Primera, la descentralización en las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada. La segunda fase de este proceso comenzó, precisamente, con la firma del Acuerdo, el 20 de agosto de 1996. Segunda, la configuración de sistemas estatales. De partida, se plantea la creación de institutos de salud estatales, como órganos descentralizados de la administración pública local, con el fin de recibir los servicios transferidos, administrar las jurisdicciones sanitarias, y en un plazo razonable fusionar, donde los haya, los servicios locales. Tercera, la ampliación de la cobertura mediante un paquete básico de servicios. Para la constitución de este paquete, el gobierno federal transferirá a los estados los recursos necesarios de acuerdo con planes y prioridades locales. El paquete básico incluye medicina preventiva y atención de primer nivel. Cuarta, el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones nacionales mediante una mejor coordinación sectorial. Al estar los servicios descentralizados y al transferir los recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Solidaridad a la competencia de los estados, se evitará redundancias y duplicidad de servicios; en consecuencia, se supone, se evitarán desperdicios.

Con el fin de implementar las estrategias segunda y cuarta –la conformación de sistemas estatales y la fusión de los servicios del IMSS-Solidaridad con los que prestaba la Secretaría de Salud hasta agosto de 1996–, se crearon institutos descentralizados de las administraciones públicas de los estados con estructura y funciones similares. Su primera finalidad es proveer servicios de salud a la población abierta, que estos sean de calidad y apropiados, y conformes con el Acuerdo y las leyes locales y nacionales, así como con los propósitos de los gobiernos actuales. En ninguno de los decretos de creación de esos institutos se establecen compromisos concretos, ni fórmulas de participación ni, como en el caso de la educación, la obligación de aportar recursos crecientes. Es de esperar, pues, que al menos en el corto plazo el financiamiento sea inercial debido a los costos fijos, los salarios y beneficios del personal, ya que las plantillas no disminuyen y se respetan la antigüedad y prestaciones preexistentes. En todos los estados queda claro que los recursos que reciban los nuevos organismos son etiquetados, es decir, solo se podrán utilizar para los fines previstos en los convenios de colaboración: servicios de salud a la población abierta.

e) *La competencia de los estados en la provisión de los servicios*

La primera de esas estrategias, la descentralización, según el documento del 20 de agosto de 1996, se vincula con los siguientes principios: 1) Los estados de la federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la ley general de salud les asignó; 2) Igualmente, manejarán y operarán los servicios de salud en el ámbito de su competencia; 3) También manejarán y operarán directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo con las necesidades de los servicios y las prioridades locales; 4) Asimismo, participarán efectivamente en el diseño e implementación de la política nacional de salud; 5) El fortalecimiento del sistema nacional de la salud se dará a partir de la consolidación de los sistemas estatales; 6) Se integrarán al ámbito estatal las estructuras administrativas que operaban los servicios federales de salud; 7) El desahogo de la carga de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, permitirá hacer eficaz su reorientación como órgano normativo. Operará solo aquellas materias que son de uso exclusivo del gobierno federal; 8) El acercamiento de las autoridades locales a la población demandante de servicios de salud revitalizará la relación entre ellas, y permitirá realizar eficientemente las funciones del municipio en actividades sanitarias; 9) Se respetarán los derechos laborales y se incrementará el apoyo a los trabajadores de la salud.

La descentralización de los servicios no implica la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, mas sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales, estatales y municipales, con el fin de establecer metas y alcanzar los objetivos. El cuadro 4 describe las competencias del gobierno federal, de los gobiernos locales, y las atribuciones compartidas.

f) *Evaluación del proceso de descentralización*

Debido a que el nuevo modelo de descentralización apenas ha sido implementado, en el trabajo solo se ha tratado de conocer y evaluar los efectos que se pueden dar sobre los aspectos de eficiencia, calidad y equidad en la prestación de servicios de salud a la población abierta. Sin embargo, como ya se había intentado descentralizar esos servicios a partir de 1983, se hace una apreciación de esa experiencia y de los resultados que arrojó.

**El desempeño del sistema nacional de salud (1983-1995): Cobertura, calidad, eficiencia**

Entre 1983 y 1988 y entre 1988 y 1995, los índices cuantitativos de recursos humanos para la salud, unidades médicas y consultas, mejoraron (cuadro 5), y se redujo el desnivel de estos mismos indicadores entre la población derechohabiente y la abierta. En 1988, por ejemplo, la relación médico/por personas entre la población asegurada era 2.2 veces mayor que en la población abierta, mientras en 1995 la relación era solamente 1.6 mayor.

**Cuadro 4**  
**COMPETENCIAS PROPIAS DE LOS NIVELES DE GOBIERNO Y COMPARTIDAS, EN LA SALUD**

Gobierno federal	Gobiernos estatales	Competencias compartidas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El aseguramiento de que la política nacional en la materia responda eficazmente a las prioridades locales y nacionales.</li> <li>2. La revisión de la normativa en materias de salubridad general para proponer las modificaciones legislativas y reglamentarias.</li> <li>3. La evaluación de la prestación de los servicios.</li> <li>4. El fortalecimiento del sistema integral de información.</li> <li>5. La consolidación y operación del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.</li> <li>6. El impulso a la investigación y la enseñanza médicas.</li> <li>7. El establecimiento de mecanismos eficientes de coordinación con otras dependencias.</li> <li>8. El fortalecimiento del control sanitario, así como los procesos de importación y de exportación de medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La adecuada organización y operación de los servicios.</li> <li>2. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.</li> <li>3. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.</li> <li>4. La salud ocupacional y el saneamiento básico.</li> <li>5. La prevención y control de enfermedades transmisibles.</li> <li>6. La prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.</li> <li>7. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.</li> <li>8. El programa contra el alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones.</li> <li>9. Los programas de asistencia social.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El control sanitario del proceso: uso, mantenimiento, importación, exportación y destino final de los equipos médicos y productos higiénicos, así como el control de los establecimientos dedicados a la fabricación de productos químicos y quirúrgicos.</li> <li>2. El control de la publicidad de actividades, productos y servicios sanitarios.</li> <li>3. El control sanitario del órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, para la enseñanza y la investigación médicas.</li> <li>4. La prevención del consumo de drogas ilegales.</li> <li>5. La sanidad internacional.</li> </ol>

Fuente: Ornelas, 1997b.

Otra forma de observar las disparidades y al mismo tiempo estimar los efectos de la política descentralizadora, consiste en comparar los resultados de los estados descentralizados con aquellos de los que no aceptaron la responsabilidad que el gobierno federal les quería transferir en los años ochenta. A pesar de que el conjunto de estados descentralizados estuvo levemente por encima de la media nacional del PIB per cápita y arriba también del promedio del grupo de los estados no descentralizados, su desempeño medido en índices de calidad y cobertura ha sido generalmente ambiguo.

**Cuadro 5**  
**INDICADORES DE ESTRUCTURA Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: DIFERENCIAS ENTRE**  
**ESTADOS DESCENTRALIZADOS Y NO DESCENTRALIZADOS. TOTAL NACIONAL**

Estados y años	Población		Recursos humanos		Infraestructura médica						Consultas	
	Número (miles)	% del total	Médicos		Unidades de consulta externa		Unidades de hospitalización				Generales	
			Número	% del total	Número	% del total	Generales		Especializadas		Número (miles)	% del total
						Número	% del total	Número	% del total			
<b>Centralizados</b>												
1988	48 921	60	58 985	66	6 855	60	442	64	71	65	60 141	61
1995	51 318	59	71 930	64	9 018	63	415	62	89	66	72 866	60
Variación	+ 4.8%	-1%	+22%	-2%	+32%	+3%	-6%	-2%	+25%	+1%	+21%	-1%
<b>Descentralizados</b>												
1988	33 799	40	30 145	34	4 444	40	250	36	31	35	38 467	39
1995	36 272	41	39 965	36	5 360	37	246	38	45	34	49 630	40
Variación	+7%	+1%	+33%	+2%	+21%	-3%	-2%	+2%	+45%	-1%	+29%	+1%
<b>Total nacional</b>												
1988	82 721	100	89 130	100	11 299	100	692	100	109	100	98 608	100
1995	87 591	100	112 019	100	14 378	100	661	100	134	100	122 496	100
Variación	+6%		+27%		+27%		-5%		+23%		+24%	

**Fuente:** Información extraída de los cuadros IV.6 y IV.7 del estudio original. Fuente primaria: Consejo Nacional de población (Conapo), 1994 y Presidencia de la República, 1996.

El cuadro 5 ofrece los indicadores de estructura (recursos humanos y físicos) y prestación de servicios en 1988 y 1995 de todos los estados de la república y del distrito federal. No obstante que los estados que se descentralizaron en 1983 reúnen aproximadamente el 40% de la población total del país, contaban con apenas la tercera parte de los médicos contratados en el sistema nacional de salud en 1988. Para 1995 el porcentaje de médicos había mejorado levemente, al ascender al 36%. En cambio, el porcentaje de unidades médicas de consulta externa que era del 40% en 1988, descendió al 37% en 1995. Los argumentos de que los estados que no aceptaron la descentralización de los años ochenta recibieron un trato mejor del gobierno federal, encuentran respaldo en esta evolución. En los estados descentralizados el crecimiento de las unidades fue de 21% contra un 32% de los estados centralizados<sup>20</sup>. Finalmente, en el área de servicios de salud, se mantuvieron las proporciones iniciales en las consultas generales. El hecho de que las consultas hayan crecido más que las unidades médicas en los estados descentralizados puede indicar alguna ganancia de eficiencia en el indicador consultas/unidades. Sin embargo, el reducido dinamismo de la inversión en unidades médicas puede también ser indicio de una menor calidad en la atención entregada.

De hecho, al revisar los resultados de la segunda encuesta nacional de salud, se advierte que casi el 20% de los usuarios de los servicios de salud coinciden en que la calidad de la atención recibida es mala. Los motivos principales de la insatisfacción se refieren a los tiempos de espera y a la omisión de acciones por parte de los prestadores de los servicios. Entre la población abierta, la frustración entre lo no pobres es del 20%, en tanto que entre los pobres es del 31%, y entre los más pobres el porcentaje alcanza al 47%.

En general, hay elementos para argüir que mediante la transferencia de fondos el gobierno federal envió un mensaje que contradecía el discurso político en favor de la descentralización, ya que los estados no descentralizados, que continuaron bajo el control financiero directo de la Secretaría de Salud, recibieron mayores recursos para inversiones en infraestructura. La explicación avanzada por Cardozo Brum (1993) parece razonable: "A menudo las autoridades estatales sienten que el gobierno federal de manera centralizada decidió su descentralización por las dificultades económicas presentes y esto limita su motivación y entusiasmo para dirigir el proceso. En reuniones celebradas durante 1987 y 1988 los gobernadores hablaban, en su mayoría, de un saldo positivo en el proceso y de la necesidad de continuarlo, pero demandaban una verdadera descentralización de los recursos, personal mejor preparado y apoyo del gobierno federal para inversión". El nuevo modelo, al parecer, satisface algunas de esas demandas, pero mantiene la normativa y la asignación de recursos en el centro, aunque también ofrece estímulos para que los gobiernos estatales y municipales elaboren proyectos y obtengan más recursos.

### **El desempeño del sistema nacional de salud (1983-1995): Financiamiento y equidad**

Es prácticamente imposible determinar quién paga y cuánto se paga por la salud en México; nadie sabe cuánto gastan los estados y los municipios, ni cuánto se recupera mediante cuotas voluntarias en los servicios públicos. Lo que se sabe es que durante 1987 y 1988, los años más

---

<sup>20</sup> Las diferencias en el crecimiento de unidades médicas entre estados centralizados y descentralizados se hacen incluso más marcadas al considerar una muestra de estados que incluye Colima, Guerrero, Jalisco, México, Nuevo León y Tlaxcala, entre los descentralizados, y Baja California, Campeche, Coahuila, Durango, Oaxaca, Puebla y Veracruz, entre los centralizados: Mientras que el crecimiento de las unidades en el segundo grupo fue del 45% en el primero llegó tan solo al 20%.

severos de la crisis de los 80, el gasto en salud cayó en cifras reales y relativas, recuperándose – e incluso creciendo en valores reales– en los años sucesivos (alcanzando el 3.5% del PIB, en 1995).

A partir de 1997, se afirma que se utilizará una fórmula vinculada a los índices de atención y pobreza para la distribución de los recursos federales a los estados. Hasta ahora, la inercia y las negociaciones políticas han impedido que se haga un reparto equitativo. Como se nota en el cuadro 6, a partir de una muestra de estados descentralizados y centralizados, existía una relación generalmente positiva entre el PIB per cápita por estado y el gasto per cápita en salud de la población abierta, en 1993. Esta relación se combina con una mejoría relativa de los índices de recursos humanos y consultas totales por habitante en los estados de mayor desarrollo.

**Cuadro 6**  
**GASTO PER CÁPITA EN SALUD EN ESTADOS SELECCIONADOS, AÑO 1993**  
*(En dólares)*

Estado	PIB per cápita	Gasto per cápita en salud de la población abierta
Total nacional	4 150	50
Nuevo León	7 083	54
Colima	4 970	66
Jalisco	4 142	18
México	3 499	16
Guerrero	2 545	24
Tlaxcala	2 437	23
Suma-promedio	4 110	34
Campeche	10 030	52
Cohuila	4 840	54
Baja California	4 710	42
Durango	3 110	54
Veracruz	2 680	17
Puebla	2 600	17
Oaxaca	1 910	28
Suma-promedio	4 270	38

**Fuente:** Información extraída del cuadro IV.9 del estudio original. Fuente primaria: Cálculos con base en Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996d); Sistema Nacional de Salud, en *Boletín de información estadística*, (1993)

### Potencial del nuevo modelo de descentralización

En contraste con la descentralización de los servicios de salud de 1983 a 1995, que solo se aplicó parcialmente en 14 estados, el modelo que emerge del Acuerdo del 20 de agosto de 1996 abarca el conjunto de la república; sus fines son más precisos, sus procedimientos son claros, y se construyó a partir de la experiencia errática de los años anteriores. Y lo más importante:



mediante el diálogo se vencieron las resistencias de las fuerzas centristas que se oponían a la descentralización, así como la de algunos gobernadores que se oponían a recibir los servicios e instalaciones, tal vez porque percibían que las responsabilidades eran transferidas sin los recursos necesarios. El traspaso a los estados de la operación del sistema nacional de salud, comprende el ámbito territorial, la delegación de responsabilidades y funciones, así como la transferencia de recursos y autoridad política. Incluye también el compromiso de mantener e incrementar en la medida de lo posible los recursos a los estados.

La calidad se vincula con la eficiencia, la organización, la capacitación del personal, el flujo de la información y la evaluación periódica de los servicios, aspectos ligados al proceso de descentralización de los servicios y al financiamiento. Con el fin de mejorar la calidad y tratar de disminuir la insatisfacción de los usuarios el consejo nacional de salud ha propuesto acciones concretas que se deben articular desde consultorio hasta las oficinas nacionales, pasando por los centros de salud, los hospitales, y las jurisdicciones sanitarias. Esas acciones incluyen elementos como aseo y dotación de sillas en las salas de espera, ventilación e iluminación adecuada: así como la sensibilización y capacitación del personal, el desarrollo de aptitudes administrativas, usos óptimos de la capacidad instalada, ajuste de servicios y horarios de acuerdo con las demandas de la población, mejoramiento del sistema de provisión de medicinas y materiales, disminución del tiempo de espera para consultas y análisis, y una mejor atención a los usuarios, especialmente de los segmentos pobres. Igualmente, el programa propone incorporar los avances médicos y científicos en la atención de los pacientes, mejorar los instrumentos de análisis y diagnóstico y, en fin, perfeccionar la administración.

El modelo también plantea que en todos los programas de salud pública se invitará a la ciudadanía a formar comités de servicios y consejos ciudadanos de salud, con el fin de mantener fuentes permanentes de opinión, evaluación y criterios sobre la calidad de los servicios y la pertinencia de las acciones del gobierno. La invitación incluye a instituciones sociales constituidas: sindicatos de obreros y patronos asociaciones civiles, y organizaciones no gubernamentales en general. Se espera, pero no se ofrecen mayores indicios, que los municipios (mediante el programa de "municipio saludable") se incorporen paulatinamente a la estrategia descentralizadora.

En materia de equidad o de justicia distributiva, las estrategias del programa de reforma que acompañan a la descentralización se aglutinan en tres áreas sustantivas: salud pública, atención médica, y fomento sanitario, además de una área de apoyo logístico que comprende sistemas de información para la evaluación y seguimiento de los programas. Dentro del programa de reforma, la ampliación de la cobertura con un enfoque de equidad radica en el paquete básico de servicios de salud. Este está dirigido a los 10 millones de personas más vulnerables, que por lo general se asientan en las regiones indígenas del sur en áreas rurales alejadas, en los cinturones de miseria de las ciudades, y entre los jornaleros migrantes. El paquete se define como "...un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedades de los grupos marginados que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien acotado de trabajadores de la salud. El gobierno federal pondrá el 100% de los recursos –dentro de los programas compensatorios– pero la operación, la fijación de metas, la definición de las intervenciones, será función de los estados." Se supone que la ejecución del programa del paquete básico sea capaz de aglutinar los esfuerzos de las diferentes áreas e instituciones (jurisdicciones sanitarias, IMSS-Solidaridad y SILOS) que proveen esos servicios, con eficiencia relativa pero segmentadamente.

*g) Conclusión*

La descentralización de la salud no es una estrategia aislada, sino que forma parte de un programa coherente de proyectos, acciones e intervenciones que eventualmente rendirán frutos en la salud de la población, y tendrán repercusiones favorables en la equidad social. Sin embargo, su éxito no está asegurado; la transferencia de funciones, recursos y autoridad no es garantía de que se atacarán con decisión los rasgos dominantes del sistema de salud para la población abierta que se construyó durante décadas de centralismo, y que ya demostró su capacidad para recentralizarse. Acercar la autoridad a los problemas parece un buen principio, pero no se puede esperar que este actúe automáticamente para elevar la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud y mejorar los índices de mortalidad y morbilidad. Para lograr esos propósitos, es necesario emprender acciones más radicales y firmes. Asimismo, no se debe dejar toda la tarea al Estado (federación, entidades subnacionales y municipios), es necesaria una participación social decidida para impulsar aún más la descentralización y contribuir a hacer una realidad el derecho constitucional a la salud para todos los mexicanos.

## VI-A. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN EN NICARAGUA<sup>21</sup>

Melba Castillo

### 1. INTRODUCCIÓN

En 1990, con el cambio de gobierno en Nicaragua, se inicia una profunda reforma en el sistema educativo cuyo fundamento básico es una nueva concepción del Estado que pretende establecer nuevas relaciones con el mercado y los distintos agentes económicos y sociales (BID, 1996), donde el Estado ya no se perfila como el único responsable de la prestación de los servicios educativos. El presente capítulo sintetiza los resultados de un estudio que analiza los efectos iniciales de este proceso de reforma en uno de sus aspectos centrales: la descentralización de los servicios educativos.

### 2. EL PAÍS Y LA SITUACIÓN DEL SECTOR

Nicaragua tiene una extensión territorial de 130 000 km<sup>2</sup>, dividida en 17 departamentos y 142 municipios. Cifras censales dan cuenta de una población de 4.1 millones de habitantes, de los cuales el 52% viven en zonas urbanas y el 48% en rurales.

La economía nicaragüense está recién saliendo de una prolongada crisis que durante más de una década llevó al país a exhibir tasas de crecimiento negativas. Solamente en los últimos años el PIB ha comenzado a mostrar tasas de crecimientos de alrededor del 3% y 4% anual. Con una tasa de crecimiento poblacional cercana al 3% anual, el PIB per cápita ha descendido a 422 dólares. La pobreza, medida por necesidades básicas insatisfechas, alcanza al 70% de los hogares y en algunas regiones como las del Atlántico, norte y centro del país, con predominio de población rural, supera el 80% (MAS/PNUD/UNICEF, 1994).

En educación, la tasa promedio de escolaridad de los nicaragüenses mayores de 10 años es de 4.5 años, aunque en las zonas rurales apenas alcanza los 2 años. La población analfabeta se estima en un 29% a nivel nacional, siendo más alta en el sector rural donde llega al 45%, mientras que en las zonas urbanas es del 16% (Banco Mundial, 1995). La tasa bruta de escolaridad en la enseñanza primaria es de 108%, reduciéndose en la secundaria a 41%.

Según estimación propia en base a datos del Ministerio de Educación (MED), a nivel nacional en el año 1995, el 77% de los estudiantes primarios asistían a escuelas regulares, 2.3% eran estudiantes de edad mayor que la correspondiente, y un 20% asistían a escuelas multigrado o que solamente cuentan hasta tercer o cuarto grado de enseñanza primaria, elevándose esta proporción hasta un 43% en zonas con mayoría de población rural.

---

<sup>21</sup> Resumen del documento final (Castillo, 1998) elaborado para el Proyecto Regional de Financiamiento Público de los Servicios Sociales y publicado por la CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N°53)

En la educación básica, el 80% de los estudiantes asisten a establecimientos públicos. Los niños que asisten a nivel preescolar son en su mayoría urbanos, en la educación primaria un 54 % de los estudiantes viven en zonas urbanas y un 46% en el área rural, lo que guarda correspondencia con la distribución de la población. La educación secundaria, por su parte, es predominantemente urbana; solamente un 7% de la matrícula secundaria en 1995 correspondía a zonas rurales.

Adicionalmente, un 35 por ciento de los maestros a nivel nacional no contaban en 1995 con sus correspondientes títulos, mientras que en algunas zonas rurales esta relación se elevaba al 70%. Es de señalar, sin embargo, los esfuerzos que se están realizando para aumentar la profesionalización de los maestros.

### 3. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de transformación del sistema educativo iniciado en 1990 a raíz del cambio de gobierno tiene su base en el cuestionamiento de las nuevas autoridades a la concepción de Estado y sociedad que caracterizó al gobierno sandinista, donde el Estado era el principal rector de la vida económica y social y quien tenía a su cargo la provisión de los servicios públicos.

Bajo el gobierno de Violeta Barrios de Chamorro, se busca modificar ese papel del Estado a través de una nueva organización, administración y –sobre todo– de los nuevos principios que regirán la provisión de los servicios.

De ahí que la reforma educativa se ha dirigido hacia la reorganización del sistema, centrando la atención en tres aspectos: uno de carácter sustantivo, la transformación curricular; otro de carácter organizativo, la descentralización administrativa; y otro axiológico, la moralización de la juventud.

El primer paso de la reforma educativa de 1990 fue el cambio total de libros de texto, usados durante el gobierno anterior<sup>22</sup>. Posteriormente se ha continuado trabajando en la transformación del currículo, especialmente en los primeros tres grados de enseñanza primaria. Los cambios en el plan de estudios, focalizados en estos primeros tres grados, han recibido significativo apoyo de los organismos internacionales, especialmente del Banco Mundial. La Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) también están colaborando activamente con este objetivo, que es considerado uno de los elementos básicos de la actual política educativa. El mejoramiento en los niveles de lecto-escritura y el aprendizaje de las matemáticas se consideran como las metas básicas de este objetivo.

Otro paso importante dado en esos años, fueron las negociaciones con el gremio del magisterio para la aprobación y puesta en vigencia de la ley de carrera docente y del reglamento de educación primaria y secundaria, los que establecerían la base legal mínima para impulsar otro de los aspectos de dicha reforma: la descentralización de los servicios.

---

<sup>22</sup> La reforma educativa ha contado con el apoyo activo de los organismos internacionales, especialmente del Banco Mundial. La AID aportó significativos recursos para el cambio total de los libros de texto entre 1990 y 1991. Ambos organismos han continuado contribuyendo a la implementación de dicha reforma.

Mientras los cambios en el currículo y la formación de valores se encaminan a propiciar a su vez cambios en el nivel ideológico y formativo de los estudiantes, con la descentralización se persiguen objetivos tanto de tipo político como económicos.

Entre los objetivos principales, se busca apoyar el cumplimiento de los siguientes aspectos: i) incrementar la participación de la comunidad en la administración del sector educativo; ii) aumentar la captación de recursos financieros para las escuelas, y iii) mejorar la eficiencia en el uso de los recursos humanos y financieros destinados a las escuelas (MED, 1994).

De esta manera, la descentralización permitiría compartir la responsabilidad por la educación con la comunidad, la empresa privada, la iglesia y, especialmente, con los padres de familia. Aspecto muy importante dentro del nuevo papel del Estado, donde éste ya no se plantea como el único responsable de la prestación de los servicios públicos.

Adicionalmente, se espera que el proceso de descentralización contribuya con la profundización de la democratización del país a través de los mecanismos previstos de participación en la gestión educativa.

La importancia de estos dos ejes, la responsabilidad compartida y la democratización administrativa de la educación, ha hecho del proyecto de descentralización uno de los objetivos básicos de la política educativa del MED, siendo considerada su implementación como la condición fundamental para llevar a cabo con éxito el conjunto del plan de reforma.

### **Características del proceso de descentralización**

El tipo de descentralización que se proyecta impulsar en Nicaragua está dirigido a apoyar la gestión autónoma de los centros escolares<sup>23</sup>, señalándose explícitamente que el objetivo no es aumentar el poder decisorio de las entidades departamentales o municipales, sino aumentar el poder de decisión de los centros escolares.

Después de un breve ensayo iniciado en 1993 con tres municipalidades para trasladarles a estas la responsabilidad por los servicios educacionales a nivel local –que demostró en la práctica poca eficacia para el logro de los objetivos perseguidos–, se ha continuado con el esquema de la autonomía escolar, trasladando a los consejos directivos la responsabilidad por la gestión administrativa y académica de los centros, conservando el Estado, a través del Ministerio de Educación, la propiedad de las instalaciones y activos de estos, así como la autoridad en cuestiones normativas y la responsabilidad para el financiamiento básico de los centros escolares.

En el tipo de descentralización en proceso de implementación en Nicaragua, la que se da a nivel departamental y municipal es vista como un medio para el fin último que es la descentralización a nivel de los centros escolares. De esta manera, se establece la meta de alcanzar en cinco años la autonomía en la gestión de los 4 800 centros escolares que existen en el país.

---

<sup>23</sup> El modelo ha sido señalado por el Banco Mundial como similar al seguido por las escuelas de Chicago, y conocido en inglés como *site-based management*.

### Distribución de responsabilidades

*Organización.* En el esfuerzo ya señalado de compartir la responsabilidad de la educación y de involucrar a otras entidades, el Ministerio de Educación está propiciando la creación de consejos educativos a nivel departamental y municipal con participación de la iglesia, la empresa privada, los padres de familia, los maestros y las autoridades municipales o departamentales, según el caso.

A efectos del análisis del modelo de descentralización impulsado en forma preferente en el país –la autonomía escolar–, el órgano de mayor significación es el consejo directivo de los centros autónomos, el que constituye la máxima autoridad académica y administrativa de dichos centros.

Para hacer efectiva la gestión autónoma de los centros escolares se ha procedido a la firma de un convenio de autonomía, mediante el cual el MED transfiere al consejo directivo del centro escolar la administración del mismo. De acuerdo al convenio, el MED cede al consejo las instalaciones de los centros autónomos para el ejercicio de las actividades académicas, bajo la modalidad de “comodato precario”, por un período de tiempo determinado conservando la propiedad del mismo.

Al consejo directivo, como representante legal del centro escolar, le corresponde ejercer las funciones de empleador, elaborar el plan anual y aprobar el reglamento interno, y tiene potestad para introducir algunas modificaciones en el currículo, sin afectar el plan de estudios básico establecido por el MED, y establecer normativas de evaluación docente y estudiantil, pudiendo remover al director del centro en caso de obtenerse el acuerdo necesario para ello. Es también quien determina el monto de las cuotas a pagar por los padres de familia, y autoriza el presupuesto de ingresos y gastos.

La composición del consejo escolar<sup>24</sup> es variable, dependiendo de la categoría del centro escolar<sup>25</sup>. El consejo escolar de un centro tipo A, estará integrado por diez miembros, de los cuales cinco son padres de familia y tres son docentes electos por el consejo de docentes, más el director del centro y un estudiante. En los centros de menor tamaño, el consejo es más reducido en número. Sin embargo, el coordinador en todos los casos es el presidente de la junta directiva de padres de familia, elegido por la asamblea y quien en caso de empate en decisiones sometidas a votación, ejerce el derecho a doble voto. De esta manera se espera que los padres de familia asuman un papel cada vez más protagónico en la conducción del centro. Todos los miembros del consejo tienen derecho a voz y voto.

En el caso de la descentralización municipal, se transfiere al consejo educativo municipal (CEM) la responsabilidad de los centros pertenecientes al territorio que cubre el municipio. La nómina de los maestros y empleados de los centros es transferida al CEM, que actúa como su empleador y emite los pagos correspondientes.

En ambos casos, la responsabilidad normativa en cuestiones académicas es conservada por el MED, quien tiene a su cargo la elaboración y supervisión de las políticas educativas. Las

---

<sup>24</sup> El 13 de febrero de 1997 se firmó el acuerdo ministerial n° 020-97, mediante el cual se establece la normativa que regula el funcionamiento y composición de los consejos escolares.

<sup>25</sup> Se establecen cuatro categorías de centros: A: con más de 500 estudiantes; B: con menos de 500 estudiantes; Núcleos A: núcleos educativos rurales con más de 500 estudiantes, y Núcleos B: núcleos rurales con menos de 500 estudiantes.

direcciones departamentales y las secretarías de educación municipal que operan a nivel local, se definen como entidades facilitadoras del proceso, tanto en su función supervisora como de recopilación y generadora de información (MED,1995).

*Recursos.* En materia de recursos, es importante señalar que el financiamiento de la educación pública en Nicaragua depende fundamentalmente del nivel central, expresado en el presupuesto correspondiente.

Con la firma del convenio de autonomía se traslada directamente al centro escolar la potestad de nombrar y contratar al personal docente y administrativo, así como de elaborar y ejecutar su presupuesto. Conforman el presupuesto las asignaciones del MED, más los fondos que genera el centro por concepto de: matrículas, cuotas voluntarias, aportes para hojas de exámenes, venta de boletines, y otros ingresos (cafetería, transporte, donaciones).

Antes de la firma del convenio de autonomía, el centro recibía el pago de sus docentes por medio de cheques emitidos individualmente conforme a nómina fiscal. Después de firmado el convenio<sup>26</sup>, el centro recibe una asignación presupuestaria directa, constituida por una cuota establecida por el MED en base al número de estudiantes matriculados y retenidos, la cantidad de personal administrativo, los sueldos promedio, y otros gastos administrativos propios (MED, 1997). Con esta asignación, más los aportes de los padres de familia, el centro debe asumir los gastos de administración en que incurra, tales como: agua, energía eléctrica, teléfono y mantenimiento.

#### 4. LA ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y EL GASTO EN EDUCACIÓN

El gasto público dirigido al sector de la educación básica en 1995 fue de 57.5 millones de dólares, de los cuales 41.6, millones esto es un 72%, se destinaron a gastos corrientes, y el resto a inversiones. El gasto por estudiante fue de 37 dólares (MIFIN, 1993-1996). En cuanto a la distribución del gasto corriente por programas, la mayor proporción del gasto público en la educación básica le correspondió a la educación primaria, con un 64% del presupuesto educativo para gastos corrientes, de acuerdo a la prioridad otorgada por el MED a ese nivel educativo.

Mientras para la educación básica no existe mandato constitucional de aporte presupuestario prefijado, la educación superior de carácter público<sup>27</sup> cuenta con una asignación definida en la Constitución, y que corresponde al 6% del presupuesto general de la república.

Como parte del proceso de descentralización, la administración del gasto corriente del sector educativo ha venido sufriendo transformaciones. Para 1996 el MED fijó una transferencia del 18% de su presupuesto y alrededor de un 34% de su planilla de sueldos para ser administrados directamente por los centros autónomos y las municipalidades (ver cuadro 1). También se está estudiando la posibilidad de aumentar el monto de las transferencias a las delegaciones departamentales, en un esfuerzo adicional de desconcentración administrativa.

---

<sup>26</sup> A partir de septiembre de 1996 se estableció esta nueva forma de asignación, por recomendación del Banco Mundial, como un mecanismo para favorecer la retención escolar. Hasta esa fecha, la transferencia estaba constituida por la sumatoria de los cheques individuales a los profesores y personal del centro.

<sup>27</sup> Las instituciones que constituyen el Consejo Nacional de Universidades (CNU) son cuatro universidades públicas, dos universidades privadas y dos escuelas de nivel técnico superior.

**Cuadro 1**  
**PAGOS DE SALARIOS Y TRANSFERENCIAS**

Departamentos	Transferencias a centros autónomos y municipios, en porcentaje de la planilla anual
Nueva Segovia	0.18
Madriz	0.31
Estelí	0.16
Chinandega	0.49
León	0.23
Managua	0.44
Masaya	0.17
Carazo	0.56
Granada	1.43
Rivas	0.20
Boaco	0.24
Chontales	0.27
Jinotega	0.21
Matagalpa	0.78
RAAN a/	0.02
RAAS b/	0.12
Río San Juan	0.08
Sede central	-
<b>Total nacional</b>	<b>0.34</b>

**Fuente:** elaboración propia en base a datos del MED, Dirección General de Recursos Humanos.

a/ Región Autónoma del Atlántico norte (RAAN)

b/ Región Autónoma del Atlántico sur (RAAS)

Durante el gobierno sandinista, de 1979 a 1989, la educación en Nicaragua fue gratuita en todos los niveles educativos. A partir del cambio de gobierno, el MED autorizó el cobro de un arancel mensual en las escuelas públicas, lo que se hizo efectivo especialmente en los centros autónomos para la educación secundaria, con lo cual se tendió a identificar la autonomía escolar con el pago por los servicios educativos. Las reformas constitucionales aprobadas en 1995 que aseguraron la gratuidad en la enseñanza primaria y la voluntariedad del pago en la educación secundaria, disminuyeron las tensiones en estos aspectos, por cuanto las familias de escasos recursos pueden apelar a estas disposiciones en la medida que no estén capacitadas para efectuar los aportes requeridos.

Un estudio reciente (Dumazert y Espinoza, 1996) muestra que lo recaudado por contribuciones anuales de las familias a la educación pública básica en 1996, estaría llegando a montos del orden de un 20% del presupuesto anual del MED para gastos corrientes.



## 5. TENDENCIAS INICIALES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

### a) *Avance del proceso*

Es importante señalar que las políticas educativas muestran sus verdaderos resultados en el mediano y largo plazo, por lo cual las tendencias mencionadas en este informe tienen un carácter preliminar y su confirmación solo será posible una vez transcurrido un mayor tiempo de implementación.

Por otra parte, el avance hacia la descentralización ha sido gradual. Desde su inicio en 1993 hasta la fecha de este documento, solamente cubre un número limitado de centros escolares –poco más de 500 en un universo de 4 800 a nivel nacional–, lo que hace difícil plantear conclusiones definitivas pues la referencia es a un proceso en marcha, sobre el cual se van introduciendo modificaciones y ajustes en forma permanente.

Ese avance ha sido gradual, como resultado de un proceso de amplias negociaciones, acuerdos y concesiones. Actualmente, según el MED, la demanda por alcanzar la autonomía en los centros escolares es mayor que la capacidad ministerial para atenderla.

Para la firma de un convenio de autonomía, cada centro escolar debe reunir un 50% más una de las firmas de los docentes del mismo. En un inicio, el proceso encontró la oposición de algunos de los sindicatos magisteriales, basada en los siguientes argumentos: a) amenazas a la estabilidad laboral, por cesar su relación contractual con el Estado y pasar a establecerla con el consejo directivo del centro escolar; b) la posible privatización implícita o explícita que pudiera estar detrás del traspaso de la responsabilidad de los centros a los consejos directivos, y c) las contribuciones de los padres de familia, lo que pudiera dejar fuera del ámbito escolar a un número significativo de niños cuyos padres no pueden aportar económicamente en razón de sus condiciones de pobreza.

A diciembre de 1995, a nivel nacional, un 23% de los estudiantes estaban inscritos en centros autónomos, proporción que se eleva aun 53%, en el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria. La meta del MED es llegar a 1999 con la totalidad de los centros escolares bajo el régimen de autonomía escolar.

### b) *El desempeño a nivel local*

#### **Metodología utilizada**

Dada la importancia de las evaluaciones periódicas de un proceso complejo que involucra a una proporción importante de la población, se adelantan algunas conclusiones que, pese a la dispersión de los datos con que cuenta el sistema educativo, pueden aportar al conocimiento de este proceso que ha sido objeto de una amplia polémica en el país.

En este informe, se analizaron las tendencias principales que está mostrando el proceso de descentralización en tres departamentos del país: Managua, Matagalpa y León, los dos primeros con un avance significativo en cuanto a la incorporación de centros escolares a la autonomía, y León con un nivel medio de avance hacia la descentralización, estimación hecha en los tres casos en base al número de estudiantes inscritos en centros escolares autónomos. Cuando fue posible obtener la información se incluyeron los indicadores de todos los departamentos del país, a fin de obtener una visión más completa de dicho proceso.

Con estos antecedentes, el propósito de este análisis fue profundizar en los siguientes aspectos:

- ¿Cómo se ha venido desarrollando en la práctica el principio de corresponsabilidad de los padres de familia en el proceso educativo?
- ¿Es posible observar cambios en la eficiencia de los sistemas educativos en materia de mejoría en los indicadores básicos de escolaridad, deserción, aprobación?
- ¿Es posible observar algún impacto en la equidad como resultado de los cambios impulsados por la descentralización de los servicios educativos?

Simultáneamente con el análisis de la información documental y estadística, se visitaron algunos centros escolares donde, por medio de entrevistas y observación directa, se podrían confirmar las apreciaciones iniciales.

Para el análisis de la información por departamentos, se utilizó la que se encuentra disponible en el Ministerio de Educación, especialmente en la Dirección de Informática. Esta fue complementada con información obtenida en las direcciones departamentales de educación de las localidades seleccionadas y en la Dirección de Descentralización del MED.

En el análisis de los centros se analizaron los informes de ingresos y egresos que 16 centros escolares autónomos de diferentes tamaños de los departamentos señalados enviaron al MED, en los meses de junio a agosto de 1996. En estos, se estudiaron los siguientes aspectos: gasto educativo, aportes de los padres de familia, y aportes presupuestarios del MED.

El análisis de estos indicadores permitiría una aproximación al nivel de gasto real en la educación pública, y al mismo tiempo podría contribuir a: i) determinar el grado en que los padres de familia están respondiendo a los llamados a la participación y la responsabilidad en la educación de sus hijos, y ii) conocer hacia dónde se dirige esta contribución de los padres de familia.

A fin de analizar el impacto en la equidad y teniendo en cuenta las profundas disparidades regionales que existen en el país, se incluyeron los indicadores de todos los departamentos del territorio cuando ello pudo hacerse a partir de la información disponible. De esta manera, es posible tener una visión más completa del conjunto del país.

### **Corresponsabilidad de los padres de familia**

En los centros autónomos analizados para este informe fue posible observar el genuino interés de maestros, padres de familia y directores por participar en las decisiones sobre la educación, pese a las limitaciones de recursos que se viven en los centros escolares públicos.

El bajo nivel de gasto en la educación básica en el país –39.5 dólares de promedio anual por estudiante de educación primaria, en tanto que el promedio en América Latina es de 117 dólares y en los Estados Unidos y Canadá de 3 896 dólares (Reimers, 1994)– muestra claramente las dificultades a que está sometida la educación básica en el país, cuyo presupuesto para gastos corrientes ha venido disminuyendo en los últimos años como resultado de las restricciones presupuestarias destinadas a controlar el déficit fiscal.

De ahí que el aporte de las familias se haya convertido en una contribución importante para cubrir el costo educativo en los centros autónomos. De acuerdo a la información analizada,

este aporte oscila entre el 58% de los ingresos totales, en algunos centros de enseñanza secundaria de gran tamaño, y un 2% en aquellos centros de enseñanza primaria donde el aporte de las familias es menor y donde el grueso de la responsabilidad continúa recayendo en el aporte estatal (cuadro 2):

**Cuadro 2**  
**COBERTURA DEL COSTO EDUCATIVO EN LOS CENTROS AUTÓNOMOS, AÑO 1996a /**  
**(En porcentaje)**

	Enseñanza secundaria		
	Promedio	Máximo	Mínimo
Aporte MED	54	84	42
Aporte familias	46	58	16
Enseñanza primaria			
Aporte MED	95	100	84
Aporte familias	8	16	2

**Fuente:** elaboración propia en base a información del MED, informes de ingresos y egresos.

a/ Incluye el análisis de 16 centros en los departamentos de Managua, León y Matagalpa.

Con dicho aporte se ha podido hacer frente a las demandas salariales de los maestros, cuyos salarios y beneficios llegan en algunos centros autónomos a duplicar el salario promedio magisterial. Con esos fondos están haciendo frente también a pequeñas reparaciones y obras de mantenimiento, desarrollando actividades deportivas y culturales, alcanzando modestos avances en el desarrollo académico de los centros, comprando equipos de computación y contratando profesores para el desarrollo artístico y cultural.

### **Mecanismos de gestión y participación**

Disponer de sus propios recursos, tanto de los provenientes de las asignaciones presupuestarias como de los aportes de los padres, permite a los centros autónomos responder más ágilmente a sus propias necesidades, aunque dentro de un estrecho margen, pues la mayor proporción se destina a salarios y beneficios del personal.

A este respecto es importante anotar que en general los conocimientos administrativos no han formado parte del plan de estudios de las facultades de educación, principales centros de formación para los directores de los centros escolares, por lo cual algunos de ellos presentan una preparación insuficiente en materias administrativas lo que puede convertirse en un obstáculo para la búsqueda de la calidad educativa, toda vez que las labores administrativas y financieras les toman demasiado tiempo en detrimento de la vida académica del centro. Por

otra parte, la tarea de seguimiento del manejo financiero de los centros autónomos es una tarea compleja, que exige mecanismos rigurosos de control y supervisión<sup>28</sup>.

El control que se espera que ejerzan los consejos directivos sobre el uso y destino de estos recursos, no siempre se efectúa. En algunos de los informes de ingresos y gastos revisados para este trabajo, no aparecía la firma de los padres de familia, quienes de acuerdo a las normativas del MED deberían ratificarlos.

La ausencia de normativas legales que establezcan claramente los alcances y límites de la participación en la gestión, provoca situaciones en que a veces esta parece excederse y en otras resulta muy limitada. Esto da al director un amplio margen para operar, por lo cual la capacitación tanto de directores como de padres de familia deviene en una tarea de primer orden. Recientemente, con el acuerdo ministerial n° 020-96 del 13 de febrero de 1997, se establecen algunas normativas que pueden ayudar en el funcionamiento de los consejos.

Si bien el ámbito de decisiones de los consejos directivos se ha circunscrito fundamentalmente a la gestión administrativa del centro, los consejos directivos están facultados para realizar un involucramiento mayor en cuestiones académicas, promoviendo una mayor participación educativa al incorporar en el debate sobre estos temas a la comunidad educacional y a los padres de familia.

Por otra parte, la participación mayoritaria de los padres de familia en los consejos y la necesidad del director de contar con su acuerdo para las diferentes decisiones, podrían propiciar una suerte de liderazgo entre los directores de los centros de mayor capacidad de diálogo y negociación, lo cual jugaría en favor de la democratización

#### **Eficiencia interna del sistema según indicadores de resultados**

Para evaluar adecuadamente la eficiencia del sistema educativo sería necesario medir los resultados obtenidos en función de los recursos utilizados. La falta de información sistemática hace difícil una evaluación en este sentido.

Aún así, con respecto a los resultados, puede señalarse que se observan algunos avances en cuanto a las tasas de retención de alumnos, la que en los centros autónomos es mayor que el promedio nacional, como consecuencia de una política explícita de favorecer la retención y sancionar una deserción mayor al 5%, la cual ha sido aplicada principalmente en los centros autónomos.

En los tres departamentos analizados para este informe, la tasa de retención ha aumentado en todos los casos en la educación secundaria, notándose una mejoría en ese indicador en los centros autónomos con respecto a los centros no autónomos. En los centros de enseñanza primaria, de más reciente incorporación al proceso, aún no se muestran diferencias significativas.

Es importante señalar los esfuerzos del MED para lograr mejorías en las tasas de retención de los alumnos y en los niveles de puntualidad y asistencia de los maestros, destacándose a este

---

<sup>28</sup> Al respecto, la Contraloría General de la República, ha detectado e informado al MED de problemas encontrados en la gestión financiera en algunos centros autónomos.

respecto los incentivos económicos destinados a beneficiar a los maestros, sobre todo de las áreas rurales, a fin de que contribuyan al cumplimiento de estos objetivos (MED, 1995).

La no existencia en el país de pruebas de rendimiento administradas nacionalmente, hace difícil una adecuada evaluación de resultados que permita medir los logros de la autonomía en materia de rendimiento académico. En tal sentido, con la puesta en marcha de las pruebas de evaluación que está preparando el MED para su próxima aplicación en todas las escuelas, va a ser posible realizar análisis más eficaces de rendimiento.

La relación 'alumnos por profesor' está aumentando en los centros autónomos en relación con los no autónomos, a consecuencia de una política impulsada por el Banco Mundial de mantener un promedio de 45 alumnos por profesor, indicador al que se acercan los centros autónomos en los departamentos analizados.

En cuanto a los recursos, el gasto educativo parece ser mayor en los centros autónomos que en los no autónomos en razón de disponer los primeros de un mayor aporte de las familias, además de las asignaciones del MED.

Como aparece en el cuadro 2, el aporte de las familias alcanza en promedio un 46% del costo educativo en la enseñanza secundaria y a un 8% en la primaria, lo que viene a representar una contribución importante para el funcionamiento de dichos centros.

Como ya se dijo, estos centros al disponer de mayores niveles de ingreso también pueden ofrecer mejores condiciones salariales a sus trabajadores, incluidos por cierto los profesores. Mientras el salario mensual promedio de los trabajadores del sector educativo era de 79 dólares en julio de 1996<sup>29</sup>, en los centros autónomos de enseñanza secundaria analizados el promedio de gasto por concepto de salarios y beneficios sociales era en la misma fecha de 138 dólares, y en algunos el promedio para el conjunto de trabajadores alcanzaba 186 dólares. En la enseñanza primaria, el promedio de salarios y beneficios sociales era de 89 dólares, por el hecho de disponer de una menor cantidad en aportes de las familias.

Por lo anterior, las diferencias de resultados señaladas podrían deberse más bien a estos mayores recursos que al proceso de descentralización en sí mismo. Además, dentro del régimen de autonomía en el nivel de enseñanza secundaria se encuentran ya desde el principio los centros escolares más grandes y que cuentan con mejores dotaciones de recursos, tanto humanos como físicos. Así que esto también puede haber contribuido a las diferencias.

Debe señalarse, sin embargo, que en los centros analizados la mayor parte de los egresos están dedicados al pago de salarios y prestaciones al personal, destinándose montos muy reducidos a la compra de material educativo o bien al mejoramiento de la infraestructura. Igualmente se observa un aumento del personal administrativo, como resultado de la necesidad de establecer sus propios mecanismos de administración y gestión. Habrá que evaluar más adelante si estas tendencias se mantienen y si las mayores contribuciones estarían realmente aportando a un mejoramiento de la calidad educativa de dichos centros.

---

<sup>29</sup> Cabe destacar que los salarios del magisterio se ubican entre los más bajos del sector público, por lo cual su mejora constituye una reivindicación prioritaria.

### Sobre la equidad

En materia de equidad, entendida no solamente como la distribución territorial de los recursos educativos, sino también como igualdad de oportunidades en lo que concierne a acceso y calidad, es importante recordar el trasfondo de profunda inequidad social en que vive la población del país, donde las condiciones de ruralidad determinan la mayor carencia de recursos básicos e ingresos.

A la fecha, después de muchos años de una política dirigida a su ampliación, la educación primaria tiene una cobertura bastante extensa, que alcanza de manera más o menos adecuada a las zonas rurales, aún cuando en estas no siempre es posible acceder a la enseñanza primaria completa. En los departamentos con mayoría de población rural –Madriz, Matagalpa, Jinotega, Boaco– más del 40% de los estudiantes asisten a escuelas multigrado que solo alcanzan hasta tercero o cuarto grado. De ahí que uno de los retos de la política educativa actual es mantener e incluso aumentar esa cobertura, mejorando efectivamente la calidad de la educación que se imparte. La educación secundaria, por su parte, está bastante lejos de alcanzar niveles óptimos de cobertura.

Por lo anterior, la tendencia observada de supeditar a la descentralización el éxito de las distintas reformas para mejorar la calidad, llevando mayores beneficios a los centros autónomos o bien a aquellas localidades donde hay un mayor número de centros bajo el régimen de autonomía, puede, a la larga, generar una mayor inequidad.

A efectos de medir el avance del proceso de descentralización y su relación con indicadores de gasto educativo y cobertura, se construyó un índice de descentralización medido en base al número de estudiantes matriculados en los centros que operan bajo alguna forma descentralizada, como se puede observar con detalle en el cuadro 3.

De acuerdo al análisis realizado, en los departamentos del país donde el avance de la descentralización ha sido mayor también se observan aumentos en el nivel de cobertura, entre 1993 cuando se dio inicio al proceso de descentralización y 1995. En 12 de los 17 departamentos del país se notan aumentos en dicho indicador; Masaya, Jinotega y los tres departamentos del Atlántico, donde el avance hacia la descentralización ha sido menor, alcanzando en promedio a un 6% de la población escolar, están comenzando a mostrar rezagos en sus indicadores de cobertura. En parte, el diferente comportamiento de la tasa de escolarización podría explicarse por el menor monto de copagos generados por los departamentos menos descentralizados y por la distribución poco equitativa del gasto público por alumno.

Por otra parte, la disminución del gasto educativo registrado en todos los departamentos del país al pasar de un promedio de 37 dólares en 1993 a un nivel estimado de 31<sup>30</sup> dólares en 1996, puede ser igualmente peligrosa para el futuro desarrollo del país, el que siguiendo la tendencia se asienta sobre una educación de calidad. En tal sentido, depositar solamente en las familias la responsabilidad por los necesarios incrementos en el gasto educativo puede contribuir a mayores niveles de inequidad, al quedar la calidad educativa condicionada a las posibilidades económicas de las familias.

---

<sup>30</sup> Este valor corresponde a un promedio estimado sobre la base de los sueldos y salarios pagados en los departamentos, y los montos transferidos a los centros autónomos y municipalidades.

Las diferencias entre establecimientos educativos donde las familias de los alumnos pueden hacer aportes mayores y aquellos donde las familias no están en condiciones de realizar dichos aportes, pueden estar marcando una pauta de diferenciación que profundice las inequidades existentes.

**Cuadro 3**  
**INDICADORES DE EDUCACIÓN POR DEPARTAMENTOS**

Departamento	Tasa de escolarización	Gasto por alumno (En dólares) a/	Índice de descentralización
1993			
Chinandega	0.62	32.6	...
Matagalpa	0.48	31.4	...
Managua	0.68	22.9	...
Granada	0.64	36.2	...
Carazo	0.70	35.8	...
Desviación estándar	0.09	6.4	
León	0.63	30.7	...
Boaco	0.53	36.7	...
Nueva Segovia	0.61	34.4	...
Madriz	0.57	39.6	...
Estelí	0.72	36.8	...
Rivas	0.62	44.2	...
Chontales	0.48	24.3	...
Desviación estándar	0.08	6.4	
Jinotega	0.50	35.3	...
Masaya	0.78	29.9	...
RAAS	0.53	83.7	...
RAAN	0.71	33.6	...
Río San Juan	0.60	41	...
Desviación estándar	0.12	22.2	
1995			
Chinandega	0.64	29.2	0.40
Matagalpa	0.52	22.3	0.39
Managua	0.77	18.5	0.33
Granada	0.72	29.3	0.27
Carazo	0.74	53.6	0.25
Desviación estándar	0.10	13.7	0.07
León	0.73	25.7	0.19
Boaco	0.54	37.4	0.17
Nueva Segovia	0.55	31.3	0.15
Madriz	0.60	39.9	0.15
Estelí	0.77	31.4	0.13
Rivas	0.68	37.4	0.12
Chontales	0.62	36	0.12
Desviación estándar	0.09	4.9	0.03
Jinotega	0.48	28	0.09
Masaya	0.74	28.5	0.08
RAAS	0.39	31.9	0.05
RAAN	0.55	26.7	0.03
Río San Juan	0.44	26.8	0.03
Desviación estándar	0.13	2.1	0.03

Fuente: Elaboración propia en base a información del MED.

a/ El gasto por alumno fue estimado en base al pago de salarios y transferencias.

Adicionalmente, el énfasis otorgado a la educación primaria está orientando crecientemente los recursos hacia ese nivel educativo, mientras que en la educación secundaria se espera que la contribución de los padres de familia sea cada vez mayor invirtiendo de esta manera la estructura del financiamiento, esto es, aumentando la proporción de las familias y disminuyendo el aporte estatal.

Teniendo en cuenta lo expuesto sobre el gasto educativo y el nivel de pobreza del país, las necesidades del sistema educativo son enormes y cuantiosos los recursos que faltan para asegurar una educación de calidad a todos los estudiantes. Desde luego, es una cuestión primordial aumentar el nivel del gasto educativo para la educación general básica. En aras de la equidad, una parte importante de los recursos adicionales obtenidos deberían ser puestos a disposición de las escuelas ubicadas en las localidades más pobres donde la contribución de los padres es prácticamente inexistente, lo que permitiría establecer los mecanismos de compensación necesarios.

Por ello, es válido tener en cuenta el análisis de otras experiencias donde se advierte que “para que la descentralización eleve la calidad y reduzca la desigualdad, el proceso necesita todavía la presencia del Gobierno central y la voluntad de encauzar los recursos necesarios a las regiones y escuelas más pobres” (Carnoy y De Moura, 1996).

Al respecto, en el sistema de transferencias que se está aplicando de forma generalizada a partir del año escolar de 1997, está previsto según afirma el MED, emplear mecanismos de compensación que toman en cuenta los factores de pobreza permitiendo un trato discriminatorio en favor de las escuelas ubicadas en las localidades más pobres.

Es necesario, además, que los avances y las experiencias logrados en materia de descentralización cuenten con una normativa legal que asegure su permanencia, a fin de evitar que los cambios en las políticas hagan perder las oportunidades de participación de los padres de familia y de la comunidad en la educación, abiertas por este proceso.



## VI-B. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA<sup>31</sup>

José Pablo Gómez

### 1. INTRODUCCIÓN

Nicaragua, en forma análoga a otros países de Latinoamérica, mostró a principios de los años ochenta un comportamiento político-administrativo caracterizado por la centralización. Sin embargo, durante esa década y hasta la actualidad se han realizado esfuerzos importantes por impulsar una estrategia descentralizadora. De este modo, el sector salud nicaragüense se ha visto enfrentado a múltiples cambios, cambios que han implicado tanto momentos de alta desconcentración en la administración de los servicios como de descentralización en la toma de decisiones. Para fines analíticos, en el presente documento se revisará el proceso de descentralización llevado a cabo en Nicaragua solamente desde principios del gobierno de Violeta Barrios de Chamorro, en 1990. Se considera relevante este período ya que a partir de ese año, y hasta 1996, las sucesivas administraciones del Ministerio de Salud (MINSA) crearon e intentaron fortalecer los SILAIS (sistemas locales de atención integral de salud), instituciones esenciales en el proceso de descentralización de la salud en Nicaragua.

### 2. EL CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

#### El contexto general

Desde mediados de la década del 80 se asiste en América Latina al giro de una concepción del Estado como rector de la vida económica, social, política y cultural de los países, a una nueva concepción paradigmática que le asigna al Estado un papel de facilitador de las actividades económicas, resaltando su función normativa por sobre la de ejecutor de políticas públicas. Al mismo tiempo, la descentralización fiscal se convirtió también en una opción para los países, pues podría permitir el logro simultáneo de varios objetivos, desde contribuir a la reducción del aparato estatal al trasladar competencias a entidades externas, hasta mejorar la eficiencia interna del sistema, al acercar la toma de decisiones de administración y gestión de recursos a las unidades productivas mismas.

El gobierno instalado en Nicaragua después de las elecciones de 1990 acogió con entusiasmo estas concepciones sobre el papel del Estado, sobre todo considerando los profundos desequilibrios de la economía manifestados en la hiperinflación de 1990, que hacían necesario un estricto control del gasto público.

De este modo, las propuestas de descentralización planteadas como un medio de transferir la gestión a las municipalidades o a los centros mismos, se adoptaron de manera decidida.

---

<sup>31</sup> Resumen del documento final (Gómez, 1997) elaborado para el Proyecto Regional de Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales y publicado por la CEPAL (serie Reformas de Política Pública, N°54).

### **La política fiscal**

En este contexto, la política fiscal se convirtió en uno de los puntales de la política económica. Por tanto, en términos generales, las definiciones de política de inicios de la década de los años noventa muestran una Nicaragua que inicia un proceso de cambios políticos (que incluyen el sector salud) caracterizado por el propósito de transitar de una economía centralizada a una economía social de mercado, en un modelo híbrido que incorporaba al sector privado y asignaba al Estado las funciones normativas y un papel subsidiario.

### **La descentralización y la participación**

Entre otras acciones del gobierno de Nicaragua relevantes para el proceso de descentralización que se observó en salud a partir de 1990, se debe destacar la generación del plan de reforma de la administración pública, motivado por la necesidad de legitimar la administración pública a nivel nacional. El plan de reforma contempló de manera especial un programa de desconcentración y descentralización para todas las acciones de gobierno, abriendo la posibilidad de realizar reestructuraciones institucionales. Así, se instaló una comisión de descentralización dirigida por el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal, y se estableció que el principio rector de la administración pública era la descentralización de competencias del gobierno central a las municipalidades. Sin embargo, la comisión no identificó descentralización con municipalización.

### **Contexto político-administrativo local**

Uno de los factores clave de la definición territorial aplicada en el proceso de descentralización fue la discusión política acerca de la unidad básica del Estado en sus aspectos político-administrativos. Ello porque a comienzos del año 1990 con el nuevo gobierno se restituyó el poder municipal, y aunque esta restitución implicó un abandono relativo de la organización administrativa en torno a las regiones, permitió posteriormente, entre otras cosas, la creación de los sistemas de salud en territorios más pequeños como son los departamentos.

### **Contexto del sector salud**

Se reconoció desde el principio que el entorno en el cual surgían los SILAIS era un escenario caracterizado, en líneas generales, por:

- restricciones de recursos financieros para inversiones y gastos corrientes;
- un impacto regresivo en la situación de la salud debido a las políticas de ajuste implantadas para enfrentar la hiperinflación y el deterioro económico del país;
- procesos demográficos y sociales de repentino desarrollo unidos a una elevada fecundidad, natalidad y mortalidad;
- problemas nutricionales de la población (especialmente la infantil) junto a factores sociales de riesgo para la salud, e
- insuficiencia de los servicios higiénico-sanitarios, deterioro en la infraestructura física de salud, falta de personal especializado, distribución desigual de los recursos de salud en el país con alta concentración en la capital.

### 3. POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD

#### El enfoque del gobierno

A principios de los años noventa, se declaró que la política de salud no podía establecerse al margen del contexto político-social del país y que su viabilidad dependía también del aporte que hiciera el sector a la solución de problemas más generales de la sociedad. Por lo tanto, se esperaba que el trabajo en salud –en particular el vinculado con las iniciativas de descentralización– contribuyera y tuviera un papel destacado en la reducción de la violencia, la vigilancia y promoción de un desarrollo económico y social compatible con la protección del medio ambiente y de los recursos naturales, la consolidación de una práctica de participación social de los diferentes sectores sociales, y en el fomento de esquemas compartidos de responsabilidad entre la población y las instituciones.

Las políticas de descentralización del sector salud se basaron en el análisis de políticas, planes y programas que el Ministerio de Salud (MINSAL) inició en 1990 y que se materializó en el plan maestro de salud 1991-1996. Este reflejó un consenso técnico acerca de la situación de la salud y de los sistemas de atención, que de algún modo facilitó la generación de consensos políticos respecto de los cambios que debían realizarse. Constituyó el primer hito de la política del gobierno en salud, pues junto con contener una mirada de carácter global sentó las bases para el establecimiento de un nuevo modelo de descentralización.

El plan instituyó los siguientes elementos centrales de la política nacional de salud: i) la atención primaria como base de la provisión de servicios del sector, ii) la organización local de los servicios en sistemas locales de salud (SILOS), de acuerdo a definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y iii) el diseño e implementación de alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local.

El segundo hito relevante de política de salud relevante, fue la creación, el 22 de febrero de 1993, de un Consejo Nacional de Salud. Probablemente –y este es juicio del autor– la justificación mayor para la creación de este consejo estuvo en la necesidad de obtener consensos políticos para la gestión ministerial.

Integrado por representantes de la sociedad civil, gremios, sindicatos de trabajadores de la salud, universidades, la asamblea nacional y la empresa privada, el consejo discutió, generó y aprobó el 28 de octubre del 1993 la ‘política nacional de salud’, la cual fue asumida por el MINSAL como un verdadero mandato político. En ella se presentaron y definieron los elementos esenciales de la descentralización en salud. Particularmente, se estableció como eje de los cambios en salud la consolidación de los SILAIS.

#### Modelo de descentralización

El modelo escogido de descentralización de la salud en Nicaragua radica la gestión en una serie de entidades sanitarias y político-administrativas, de base territorial definida, denominadas sistemas locales de atención integral de salud, o SILAIS.

Estas entidades territoriales se construyeron en base al concepto definido por la OPS y conocido como sistemas locales de salud SILOS. Estos se entendían como “el espacio poblacional que representa la unidad mínima territorial de dirección donde se articulan todos

los recursos existentes para su mejor utilización, adecuación a la realidad y para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad” (MINSA, 1991).

La creación de los SILAIS como unidades organizativas básicas del sistema, en 1992, fue una de las acciones recomendadas dentro del conjunto de políticas que impulsó el gobierno nicaragüense al comienzo de los años noventa, y se hizo explícita en el plan maestro. Al momento de crearse los SILAIS se consideró la existencia de 19 de ellos, con tres en Managua. Las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur constituyeron como tales sus propios SILAIS.

Como diseño, se intentó trasladar a través del proceso de descentralización la autoridad política, técnica y administrativa del nivel central a los SILAIS, y por tanto llevar a su territorio los servicios, programas y recursos.

Se estableció que cada uno de los SILAIS tuviera una junta directiva cuya función fuera velar por un adecuado uso de los recursos (cautela de la eficiencia) y por la calidad de los servicios (cautela de la calidad). Para ello, se determinó que las juntas directivas asumieran la máxima autoridad de la unidad administrativa descentralizada, debiendo velar además por consolidar la participación social y el ejercicio democrático en el quehacer del SILAIS.

El cuadro 1 que sigue sintetiza el mapa de poder que se configuró.

**Cuadro 1**  
**MATRIZ DE RESPONSABILIDADES EN EL SECTOR SALUD**

Nivel de análisis	Organismo decisorio máximo	Responsabilidad general	Responsabilidad administrativa	Responsabilidad en salud pública
Ministerio de Salud	Ministro-Consejo Nacional de Salud	Determinación de políticas sectoriales nacionales y dirección del sector	Definición de grupos presupuestarios que se descentralizarán. Definición de mecanismos de asignación de recursos. Control administrativo general.	Definición de programas básicos y coordinación del sistema de vigilancia Epidemiológica a nivel nacional
SILAIS	Junta directiva	Definición final de los planes y programas de trabajo de los SILAIS, además de la observación y evaluación de su ejecución	Ejecución de las políticas del SILAIS, así como de los créditos presupuestarios y de los recursos transferidos, en el contexto de la provisión	Coordinación territorial de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de la ejecución de ciertos programas, y recolección de información
Hospitales	Junta directiva	idem anterior	Ejecución del presupuesto con creciente eficiencia productiva	Ejecución de programas y generación de información
Municipios (en cuanto prestadores)	Alcalde	Ejecutar las acciones de salud definidas en el programa del SILAIS y las normas del MINSA	Ejecución del presupuesto con creciente eficiencia productiva	Ejecución de programas y recolección de información

Fuente: elaboración propia en base a información del MINSA.

### **Proceso e instrumentos de descentralización**

Para llevar a cabo el proceso de creación y consolidación de los SILAIS, el MINSA utilizó una serie de mecanismos e instrumentos políticos (declarativos), normativos, presupuestarios, y de gestión en general.

#### **Instrumentos normativos**

Basándose en que el marco legal vigente a la fecha permitía que cada ministerio definiera su organización interna, el MINSA decidió crear los SILAIS a través de una serie de instrumentos normativos, principalmente resoluciones ministeriales.

#### **La participación**

La participación de la población en el funcionamiento de los servicios ya se había visto como inherente al proceso de descentralización, de acuerdo a las definiciones de la comisión de descentralización. En el sector de salud esta participación se organizó en dos ámbitos, el de políticas y el de gestión:

- El primero, de participación en la generación de políticas y en la coordinación, comprendió la creación en marzo de 1993 de un Consejo Nacional de Salud, constituido por agentes e instituciones de diversos sectores, que apoyó al MINSA en la generación de políticas de alto grado de consenso. Como réplicas locales de esta institución, en cada departamento se instaló un consejo local de salud como ente coordinador con participación de otros sectores o grupos sociales (lo integraban los alcaldes, autoridades del SILAIS, directores de hospitales, responsables de los servicios municipales, representantes de la población y gremios, entre otros).
- El segundo, de participación en la gestión, comprendió la creación de juntas directivas (a modo de directorios representativos de los intereses de la sociedad) tanto en la dirección de los SILAIS como en los hospitales que fueron declarados “de referencia nacional”.

#### **Instrumentos presupuestarios**

Aunque como concepto político la descentralización buscaba transferir el poder de las decisiones al nivel local, en el ámbito presupuestario de la administración de salud las propuestas fueron bastantes moderadas. En efecto, en 1993 se plantearon dos componentes de la descentralización presupuestaria: a) la administración de las transferencias financieras, y b) la administración de la gestión financiera.

Ambos conceptos de administración permitían, según la propuesta, que cada SILAIS conociera el monto de su asignación presupuestaria anual, de modo que pudiera contabilizar todos los recursos disponibles.

Los ítemes presupuestarios considerados como contenedores de los recursos financieros gestionables por constituir transferencias eran, básicamente, los de servicios no personales (grupo 02) y de materiales y suministros (grupo 03). Los restantes ítemes, pertenecían al conjunto de recursos incluidos en el concepto de créditos presupuestarios.

### **Compromisos de gestión**

Conjuntamente con la estrategia de descentralización del presupuesto, se definió un cambio en los mecanismos de asignación de recursos, en el contexto de la descentralización, consistente en la utilización de un contrato firmado por el director del SILAIS o del hospital de referencia (con aprobación previa de su junta directiva) y por el Ministerio. En este contrato –denominado compromiso de gestión– se especificaban las metas propuestas en materia de productividad de los servicios, satisfacción de los usuarios y salud pública, como contrapartida de los fondos asignados y de la asistencia técnica provista por el Ministerio. Los compromisos de gestión incluían la actividad de los hospitales dependientes de los SILAIS, de modo que la asignación de recursos estaba relacionada con criterios de eficiencia y satisfacción de la demanda.

## **4. AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN**

### **Los programas de salud pública**

En el área de los programas de salud pública, y como consecuencia de la preocupación política sobre el estado de salud de la población materno-infantil, a partir de la elaboración del plan maestro de salud de 1991 se puso énfasis en los programas dedicados a este grupo. En concreto, hubo especial preocupación por la mortalidad materna y por la mortalidad infantil y la desnutrición.

Este énfasis, sin embargo, no implicó cambios drásticos en el diseño de los programas de salud sino más bien adaptaciones de los mismos a la nueva estructura organizacional sectorial. Lo anterior se refiere a que se mantuvo el esquema de diseño nacional de actividades y controles prioritarios para el nivel local, fijados desde el nivel central (en ambos casos).

### **La gestión presupuestaria**

Como resultado de la definición de ámbitos presupuestarios de responsabilidad del MINSA y los SILAIS, se estima que los recursos que el SILAIS podía efectivamente gestionar de manera directa en 1993 no superaban el 16.5%. Este valor no creció notoriamente desde 1993 hasta 1996, constatándose que a fines de dicho año cerca del 19% del presupuesto constituía transferencias para los SILAIS, monto que corresponde a la suma de los grupos 02 y 03 menos los recursos correspondientes al pago de servicios básicos (electricidad y agua de las direcciones de los SILAIS), los que en 1996 continuaban siendo pagados por el nivel central.

En lo que respecta a los instrumentos mismos de control de gestión, los compromisos de gestión diseñados en 1993 solo tuvieron aplicación efectiva en 1994 y 1995, años en los que se acordaron metas y se suscribieron dichos compromisos entre el MINSA y el SILAIS.

Tampoco se observan grandes avances en la aplicación del mecanismo de asignación de recursos, concebido para determinar las cantidades a incluir en los compromisos de gestión.

Según los datos proporcionados por el MINSA, entre los años 1992 y 1996 el presupuesto ha tenido la evolución que indica el cuadro siguiente.

**Cuadro 2**  
**PRESUPUESTO COMPARATIVO DEL MINSA**  
*(En millones de dólares)*

CONCEPTO	1992	1993	1994	1995	1996
Servicios personales	33.3	29.1	29.6	28.1	26.5
Bienes y servicios	19.5	17.2	15.7	13.9	12.4
Insumos médicos	13.2	11.4	15.4	12.9	12.2
Transferencias corrientes	8.2	10.5	12.8	13.8	13.4
<b>GASTO CORRIENTE</b>	<b>74.3</b>	<b>68.2</b>	<b>73.5</b>	<b>68.6</b>	<b>64.5</b>
Maquinaria y equipo	0.5	0.6	0.4	0.5	0.5
Inversiones (con aporte fiscal)	1.5	2.5	2.6	2.6	2.1
<b>GASTO DE CAPITAL</b>	<b>2.0</b>	<b>3.1</b>	<b>2.9</b>	<b>3.0</b>	<b>2.6</b>
<b>TOTAL FISCAL</b>	<b>76.3</b>	<b>71.3</b>	<b>76.4</b>	<b>71.6</b>	<b>67.1</b>
INGRESOS NO FISCALES (miles de córdobas)	n.a.	n.a.	n.a.	24 259	28 488
Tipo de Cambio	n.a.	n.a.	n.a.	7.6	8.5
<b>TOTAL a/</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>74.7</b>	<b>70.4</b>

Fuente: MINSA, Dirección General Económica.

a/ Suma de recursos fiscales para el sector más ingresos no fiscales. Elaboración del autor.

Como puede verse, aun considerando los ingresos no fiscales sectoriales (correspondientes en su mayoría a recursos de recuperación de costos), el presupuesto durante el periodo 1992-1996 mostró una evidente disminución.

Cabe destacar, en todo caso, el incremento de la participación del gasto de capital (en inversiones) respecto del total del gasto fiscal, el que a su vez estuvo apoyado por la cooperación externa. En efecto, la participación del gasto de capital en el gasto fiscal aumentó de un 2.6% en 1992, a un 3.8% en 1996 (cuadro 2).

### **La cooperación externa**

Finalmente, la cooperación externa constituyó un notable apoyo para el sector salud nicaragüense, tanto en asistencia técnica como en asistencia financiera. En este último aspecto, por ejemplo, existe información que indica que en 1996 el 22.6% del presupuesto total para salud provenía de la cooperación externa<sup>32</sup>. Dicha cifra es todavía más notable cuando se analiza su uso: el 83% de estos recursos se destinaba a inversión en capital físico.

<sup>32</sup> De acuerdo al informe del Banco Mundial (Banco Mundial, 1996c).

### **La gestión administrativa**

Respecto a la gestión de los factores productivos, y en particular a la capacidad de los SILAIS para tomar decisiones sobre contratación y uso de los mismos, se observa una situación de facto contradictoria: en la práctica el único recurso presupuestario gestionado por los SILAIS corresponde a las transferencias para financiar los grupos 02 y 03.

Esta contradicción con el discurso descentralizador se debió -entre otros factores- a la permanencia de las cláusulas de la ley de presupuesto, que indicaban la imposibilidad de realizar contrataciones de personal de manera autónoma, existiendo un control del Ministerio de Finanzas, aun cuando dichas contrataciones se realizaban en el marco de una legislación particular del sector salud y uniforme para el país. Por este motivo no es posible encontrar elementos de gestión de recursos humanos tales como el establecimiento de diferencias compensatorias en los salarios finales del personal de distintas categorías.

### **La participación**

En cuanto a participación, hasta 1996 el proceso siguió la ruta de lo planificado, llegando a constituirse juntas directivas en todos los SILAIS y en los hospitales de referencia nacional. Sin embargo, la utilidad y eficacia de las juntas directivas no fue homogénea en los distintos SILAIS, generando entre personeros del MINSA evaluaciones diferentes (todas subjetivas).

### **Evaluación de eficiencia y eficacia en el período 1992-1996**

Entre los indicadores utilizables como demostrativos del desempeño de los SILAIS, se encuentran los siguientes: incremento en la producción de egresos, consultas totales, consultas de emergencia, intervenciones quirúrgicas y exámenes de primer y segundo nivel. Como indicador de la productividad media se utilizará el promedio de días de estancia.

Para evaluar la eficacia en el ámbito de la salud pública, se han utilizado los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna, sin perjuicio de reconocer los factores socioeconómicos y culturales que los determinan.

Respecto a la eficiencia, del análisis de datos se concluye lo siguiente:

1. En el período 1992-1996 la producción de servicios de salud presentó cierto crecimiento en su conjunto, y dado que el presupuesto global estuvo "congelado" (aun considerando los ingresos propios) puede suponerse que la productividad media subió.

En particular, los egresos crecieron un 4%, las consultas de emergencia un 10.1%, las consultas de especialidad (totales) un 3.6%, la producción de placas de rayos X un 36.4%, y las cirugías un 29.4%. Asimismo, los exámenes de nivel 1 crecieron un 43%, y los de nivel 2 un 32%.

Lo anterior podría tener tres explicaciones principales, no excluyentes entre sí: i) una mejor gestión de los recursos disponibles (bienes y servicios de consumo), ii) un fenómeno transitorio explicado por la fuerte caída de la producción en el sistema ocurrida entre 1991 y 1992, y iii) incrementos de recursos no registrados (por ejemplo los de cooperación externa).

2. Respecto de la infraestructura pareciera haber una mayor utilización de la misma, aunque no una mejor utilización de la misma: El promedio de días de estancia



(calculables como la razón entre días de estancia y total de egresos) se mantuvo relativamente constante, mientras que –de acuerdo a datos del MINSA– el porcentaje de ocupación de camas subió de 61.2% en 1992, a 70% a fines de 1995.

3. Conviene hacer notar que en varios SILAIS se produjo una disminución del número de atenciones de urgencia, en forma simultánea con el crecimiento del volumen de consultas médicas externas, cirugías y egresos (los SILAIS más destacados en este fenómeno se encuentran en el cuadro 3). Esto podría estar indicando una situación de mejora en el acceso a las atenciones de la red asistencial por parte de la población, pues no se la “obliga” a concurrir a los servicios de urgencia a buscar solución a sus distintos eventos de salud.

**Cuadro 3**  
**CRECIMIENTO DE PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES**  
**SELECCIONADAS, ENTRE 1992 Y 1996**  
*(En porcentaje)*

	Consultas de emergencia	Cirugía	Rayos X
Madriz	-3.5	2.2	34.3
Nueva Segovia	-22.7	86.4	107.5
Rivas	-24.2	111	214
Boaco	-7.4	73.9	83.3
Jinotega	-6.6	71.1	-7.3
Matagalpa	-1	52.2	33.1
RAAS	-24.4	27.7	22.6

Fuente: MINSA, 1996.

4. Lamentablemente, no resulta evidente una mejoría en el estado de salud de la población como fruto de este incremento de producción. En efecto, por una parte, la mortalidad explicada por enfermedades infecciosas y parasitarias era de 11.4% en 1992 mientras que en 1996 representa el 9.3%, experimentando una leve mejoría relativa. Pero, por otra, la mortalidad materna parece haberse incrementado entre 1992 y 1996 en un 30% (de promedio), pese a que los partos disminuyeron en un 9.7% y a que en el mismo período las cesáreas aumentaron un 19.9%. Con respecto a la mortalidad infantil, el cálculo del consultor indica que se habría incrementado de 1992 a 1996 (de 21 por mil a 25 por mil, si se utiliza la base de datos de incremento de población e incremento de mortalidad, sin corrección por subdeclaración de nacimientos y defunciones infantiles).
5. Finalmente, pareciera haber evidencia de que los gastos administrativos en las direcciones de los SILAIS prácticamente duplican lo programado en los años 1995 y 1996, lo que habla de problemas de control y de asignación. En efecto, según datos de la Dirección General Económica del MINSA, en 1995 y 1996, el 15.9% y el 13.94% del gasto del ítem ‘bienes y servicios’ correspondió a “Coordinación SILAIS”, en circunstancias que se había presupuestado, para los mismos años, un 5.5% y un 5.7%, respectivamente.

## **Equidad**

En el caso presente, se optó por utilizar dos medidas de equidad: una, de cobertura global de servicios, y otra de situación de salud. Para la cobertura se utilizaron los egresos per cápita, para la situación de salud, la mortalidad materna.

A partir de lo anterior, y en base a los datos disponibles, se procedió a calcular los valores de cada SILAIS para los años 1992 a 1996, determinándose una media y una desviación estándar de mortalidad materna por 100 000 habitantes y de egresos per cápita. Esta desviación estándar, como medida de dispersión, puede dar cuenta del comportamiento de la equidad en ambos parámetros sin que sea necesario enjuiciar la situación base o la final. Realizado lo descrito, en ambos casos la dispersión se incrementa levemente, lo que daría una primera medida de no mejoramiento de la equidad en la situación inter-SIL AIS en Nicaragua.

## **5. ALGUNOS FACTORES DETERMINANTES DE LOS AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD**

### **Efecto de las políticas de descentralización sectorial**

Aunque hubo la decisión de descentralizar en base al plan maestro, uno de los factores claves para explicar la definición territorial de los SILAIS fue la discusión política acerca de la unidad básica del Estado en términos político-administrativos. En efecto, la creación de los SILAIS en territorios más pequeños que la región pero más grandes que el municipio, como son los departamentos, y la mantención del ordenamiento del primer nivel de atención en torno a las municipalidades, parece una solución bastante ecléctica y racional.

Por otra parte, como el gobierno dio prioridad a la reforma de la administración pública las autoridades del sector salud no sólo tuvieron “permiso” para realizar su reforma considerando la descentralización como elemento central, sino que también tuvieron el respaldo de considerar sus políticas como parte del esfuerzo gubernamental general por agregarle eficacia al trabajo administrativo.

### **La política fiscal**

En lo esencial, los procesos de ajuste de gastos del aparato gubernamental implicaron que no se incrementaran los recursos destinados al aparato municipal ni sectorial, por lo que el entorno económico y financiero era restrictivo *ex ante*.

### **La gestión del cambio en el sector salud**

Se observa, junto con el intento técnico de diseñar líneas de acción coherentes y sustentables, la existencia de dos estrategias políticas adicionales: la de difusión de los cambios, y la de generación de consensos. Estas dos estrategias parecen estar presentes desde el principio. Por lo tanto, se intentó hacer frente al tema de la viabilidad de las propuestas de política, tanto frente al país como frente a los gremios más relevantes del sector salud.

### **Principales tensiones del modelo**

A partir de lo antes expuesto, pueden darse dos tipos de trade-off en el conflicto entre objetivos de política (donde uno de dichos objetivos solo puede ser conseguido con el costo de alejarse del punto óptimo en el otro). El primero está presente en el análisis comparado de eficiencia y equidad. El segundo, en la gestión del cambio, con el conflicto financiero producido por pagar por viabilidad versus pagar por mejores resultados.

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones generales**

En base a lo expuesto, se presentan las siguientes conclusiones:

1. El proceso de descentralización fue pertinente y oportuno, dado que en el momento político que Nicaragua vivía en 1990 la generación de estrategias que perfeccionaran los sistemas sociales reconociendo la participación de la población y la mejor toma de decisiones, era necesario.
2. El proceso de descentralización realizado ratifica la voluntad política de transferir más poder de decisión a los SILAIS. Sin perjuicio de ello, el proceso fue también voluntarista, por cuanto se observan defectos de diseño.
3. Resultó adecuado el sistema de descentralizar contra instrumentos como los compromisos de gestión, por cuanto contribuiría a mejorar la eficiencia general de los entes productivos del sector. Sin embargo, estos instrumentos requieren una validación operacional que no tuvieron, como instrumentos para la asignación ni para el control.
4. La utilización de decretos ministeriales que dotaban de amplias facultades organizativas a las autoridades del MINSA, permitió ejecutar cambios importantes en períodos de tiempo relativamente cortos. Sin embargo, esta misma flexibilidad impide una consolidación de las instituciones creadas frente a los cambios de las autoridades ministeriales.
5. Los resultados obtenidos tienden a validar la hipótesis de que la descentralización es positiva para los niveles locales, pues ha permitido una mejor gestión de los recursos, aun cuando ello se produzca en una escala reducida.
6. Respecto de la equidad, el análisis realizado arroja dudas sobre su mejoramiento en cuanto a resultados generales. Ello requiere análisis adicionales; sin embargo hay indicios preocupantes: i) no existe evidencia de acciones destinadas a compensar a los SILAIS que no han recibido cooperación externa o que no han recaudado tantos ingresos por recuperación como los restantes, y ii) lo anterior podría ser aún peor si no existen a nivel de todo el sistema reglas similares para la recuperación como podrían serlo co-pagos homogéneos.

### **Líneas de acción sugeridas**

Los problemas detectados generan una serie de desafíos que se deben enfrentar para perfeccionar el proceso.

1. Es necesario profundizar en la evaluación de la eficiencia técnica (determinando no solo si se ha hecho más, sino a qué costo), de la equidad y del estado de salud obtenidos como

resultado del proceso de descentralización. Ello, porque este análisis es el primero que puede orientar sobre cómo avanzar y qué instrumentos afinar.

2. Para mejorar el control sobre el uso de los recursos y la equidad, debería contarse con información financiera que contemple todos los recursos que recibe un SILAIS (presupuesto fiscal, cooperación externa e ingresos propios).
3. También respecto de la equidad, podría avanzarse en desarrollar mecanismos de asignación de recursos que consideren: i) que el aporte del nivel central compense el obtenido por copagos o cooperación externa (en ingresos corrientes), y ii) que exista una especie de impuesto de redistribución compensatorio de los ingresos de recuperación.
4. Dado que la descentralización debe pasar por una transferencia de potestades en el manejo de todos los recursos, es menester desarrollar mecanismos para descentralizar la gestión de los recursos humanos.
5. El proceso de descentralización debiera ser compatibilizado explícitamente con el proceso de reforma del Estado, en lo concerniente al ámbito municipal. Esto significa asignarle una función más clara a dicho nivel administrativo y político.
6. Finalmente, Nicaragua se encuentra en un punto en que podría continuar y perfeccionar su proceso de descentralización considerando la separación en la organización de las funciones básicas del sistema de salud: dirección y regulación, financiamiento-compra y provisión.

## BIBLIOGRAFÍA PARTE II

- Acevedo, J. y A. Fiszbein (1995), "Local Government Performance", Banco Mundial, Washington, D.C., *mimeo*.
- Affonso, R.B. y P. Barros (ed.) (1995), *Desigualdades regionais e desenvolvimento*, Proyecto 'Balance y perspectivas del federalismo fiscal en Brasil', São Paulo, Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo (FUNDAP)/Universidad Estadual Paulista (UNESP).
- Afonso, J. R.(1994), "Descentralização fiscal na América Latina: Estudo de caso do Brasil", CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), serie Política fiscal, n° 61, Santiago de Chile.
- (1996), "Um diagnóstico (breve e preliminar) do atual padrão de financiamento e gasto com educação no Brasil", Brasília, *mimeo*.
- Albuquerque, R. y J. Knoop (1995), "As políticas sociais no Brasil: Desafios", *Políticas sociais no Brasil: Descentralização, eficiência e equidade*, Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Altos Estudios (INAE)/Instituto Latinoamericano de Desarrollo Económico y Social (ILDES).
- Arce, H. (1993), *El territorio de las decisiones sanitarias*, Editorial Macchi, Buenos Aires.
- Argentina, Fundación Isalud (1994), Encuentro Nacional de Hospitales, Buenos Aires.
- Argentina, IEFE (Instituto de Estudios Fiscales y Económicos) (1995), "El financiamiento de la salud en los municipios del conurbano bonaerense", Informe mensual, La Plata.
- Argentina, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires (1961), *Reforma hospitalaria. Regionalización sanitaria*, La Plata.
- Argentina, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de Santa Fe (1996), Estadísticas hospitalarias (cifras provisorias año 1995), Santa Fe.
- Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social de Santa Fe (1992), "Ley 6 312 y modificatorias", Santa Fe.
- Argentina, Ministerio del Interior (1996), *Situación de las provincias argentinas*, Programa de Reforma Provincial, Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial (SAREP), Buenos Aires.
- Argentina, Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud Pública(1995), Análisis comparativo de actividades, 1989-1995, Rosario.
- Arnaut, A. (1990), "Del centralismo a la descentralización educativa y sindical", México, D.F., CIDE (Centro de Investigación y Docencia Económica), *mimeo*.
- Azeredo, B. (1992), "O financiamento do gasto público na Argentina, no Brasil e no Chile", Proyecto regional de reformas de políticas públicas para aumentar la efectividad del Estado en América Latina, CEPAL, documento de trabajo.
- Badino, E. (1993), "El proceso de descentralización en la organización de salud", Cuadernos médicos sociales, n°65 y 66.
- Banco Mundial (1992), "Colombia: Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?", Informe sectorial, Washington, D.C.
- (1994a), "Colombia: En busca de un aumento en la eficiencia y equidad del sector salud. ¿Puede servir la descentralización?", informe n° 11933-CO, Washington, D.C.

- (1994b), *Poverty in Colombia*, Washington, D.C..
- (1995a), "Estudio sobre la capacidad de los gobiernos locales. Más allá de la asistencia técnica", informe n°14081-CO, Washington, D.C.
- (1995b), Republic of Nicaragua. Poverty Assessment, vol, 1, informe central (n° 14038-NI).
- (1996a), *Bolivia, Poverty, Equity and Income: Expanding Earning Opportunities for the Poor*, Washington, D.C.
- (1996b), *Colombia: Reforming the Decentralization Law: Incentives for an Effective Delivery of Services*, Washington, D.C.
- (1996c), "Public Investment Review. Health Sector", Nicaragua, agosto, informe preparado por Jerker Söderlund y Nils Öström de la Embajada Sueca en Managua.
- Báscolo, E. (1996), "Reconfiguración del sistema de salud de Rosario", *mimeo*.
- Báscolo, E. y S. Belmartino (1995), "Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa", trabajo presentado en la reunión anual de AES, Buenos Aires.
- Belmartino, S. y C. Bloch (1994), *El sector salud en la Argentina*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Buenos Aires.
- Beltrán, U. y S. Portilla (1986), "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano", en Blanca Torres (comp.), *Descentralización y democracia en México*, México, D.F., El Colegio de México, 1986, pp. 91 a 118.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), "Marco de referencia para la acción del Banco en los programas de modernización del Estado y fortalecimiento de la sociedad civil", Departamento de planificación estratégica y políticas operativas, Washington, D.C.
- Bird, R. y E. Wiesner (1981), *Las finanzas intergubernamentales en Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997), "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", serie Reforma de política pública, n°47, Proyecto regional CEPAL(Comisión Económica para América Latina y el Caribe)/Gobierno de los Países Bajos, sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Bolivia, Instituto Nacional de Estadísticas (1992), *Censo nacional de población y vivienda, 1992*, La Paz, Bolivia.
- (1994), *Encuesta nacional de demografía y salud, 1994*, La Paz, Bolivia.
- Bolivia, Ministerio de Desarrollo Humano (1995), *El progreso de Bolivia hacia las metas de la cumbre en favor de la infancia: evaluación de medio término*, La Paz, Bolivia.
- Bolivia, Secretaría Nacional de Educación (1993), *Mapa educativo básico*, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1996a), *Información estadística por departamentos y distritos*, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1996b), "Informe semestral de ejecución de la reforma educativa 1996", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Bolivia, Secretaría Nacional de Hacienda (1995), "Presupuesto general de la nación, 1995", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- (1996a), "Presupuesto general de la nación, 1996", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- (1996b), "Inversión pública municipal", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.

- (1996c), "Informe de ejecución de la inversión pública, 1995", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- Bolivia, Secretaría Nacional de Participación Popular (1996), *Bolivia: La participación popular en cifras*, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1995), "Distribución de personal por provincia y municipio", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia, *mimeo*.
- (1996), "Directorio de alcaldes y concejales de la participación popular", Cuadernos de Análisis, n°3, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia
- Bolivia, Subsecretaría de Desarrollo Rural (1996), "Los PDM: Resultados del proceso de planificación participativa", Secretaría Nacional de Participación Popular, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE) (1996), "Evaluación del sistema de coparticipación vinculado con los gastos de participación popular", La Paz, Bolivia, *mimeo*.
- Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO) (1995), *Mapa de pobreza: Una guía para la acción social*, La Paz, Bolivia.
- (1995), "Acceso a los servicios sociales en Bolivia", La Paz, Bolivia, *mimeo*.
- Bonilla Castañeda, J. (1996), "Descentralización de la Secretaría de Salud", en México, Consejo Nacional de Salud, *Hacia la federalización de la salud en México*, México, D.F., Secretaría de Salud, pp. 64 a 74.
- (s.f.) "¿Cuál es el objeto fundamental del proceso de descentralización?", conferencia leída en la Secretaría de Salud, *mimeo*.
- Brasil, Estado de São Paulo, Secretaría de Educación del Estado de São Paulo (1988), *Anuário estatístico, 1988*, São Paulo.
- (1992), *Anuário estatístico, 1992*, São Paulo.
- (1993), *Anuário estatístico, 1993*, São Paulo.
- (1994), *Anuário estatístico, 1994*, São Paulo.
- Brasil, *Folha de São Paulo* (1994), 31 de julio.
- (1995), 13 de octubre.
- (1996), 25 de noviembre.
- Brasil, Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (FIBGE) (1980), *Censo demográfico de 1980*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).
- (1981), *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1981*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).
- (1987), *Estatísticas da saúde 1987*, vol. 12, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).
- (1988a), *Estatísticas da saúde 1988*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).
- (1988b), *Estatísticas da saúde*, Investigación de Asistencia Médica Sanitaria (AMS), para 1987, Rio de Janeiro.
- (1990), *Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1990*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

- (1992), *Anuário estatístico de 1992*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- (1991), *Censo demográfico de 1991*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- (1995a), *Estatísticas da saúde 1995*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- (1995b), *Estatísticas da saúde*, Investigación de Asistencia Médica Sanitaria (AMS) para 1992, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- (1995c) *Indicadores sociais: Uma análise da década de 1980*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- (1995d), *Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1995*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
- Brasil, Fundación Nacional de la Salud, Sistema único de salud (SUS) (1990), Rio de Janeiro, *Datasus*.
- (1994), Rio de Janeiro, *Datasus*.
- (1995), Rio de Janeiro, *Datasus*.
- Brasil, Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) (1993), *Informações sobre a indigência por municípios da Federação*, Brasília.
- Brasil, Municipio de Itaberá (1995), Prefeitura Municipal de Itaberá, "Balanço municipal de 1995", Itaberá.
- Brasil, Ministerio de Educación y Cultura (1988a), *Sinopse estatística: Ensino regular*, Brasília.
- (1988b), *Sinopse estatística do ensino regular de 1º, 2º e 3º graus*, Brasília.
- (1995), *Sinopse estatística: Ensino regular*, Brasília.
- Brasil, Municipio de Campinas (1988), Prefeitura Municipal de Campinas, "Balanço municipal de 1988", Campinas.
- (1995), Prefeitura Municipal de Campinas, "Balanço municipal de 1995", Campinas.
- Brasil, Municipio de Catú (1993), Prefeitura Municipal de Catú, "Plano municipal de Saúde".
- (1995), Prefeitura Municipal de Catú, Secretaria Municipal de Educación y Cultura, "Plano decenal de educação para todos: Catú, 1994-2004".
- Brasil, Municipio de Salvador (1993), Prefeitura de Salvador, Secretaria Municipal de Educación, "Plano decenal de educação para todos do Município de Salvador".
- (1997), Prefeitura de Salvador, Secretaria Municipal de Salud, "Plano municipal de saúde 1994 - 1997".
- Brasil, Municipio de Santos (1988), Prefeitura Municipal de Santos, "Balanço municipal de 1988", Santos.
- (1995), Prefeitura Municipal de Santos, "Balanço municipal de 1995", Santos.
- Brasil, Núcleo de Estudios de Políticas Públicas (NEPP)/ Universidad de Campinas (UNICAMP) (1996a), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", Informe preliminar, Campinas, Núcleo de Estudios de Políticas Públicas, (NEPP)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *mimeo*.
- (1996b), Municipio de Catú, "Estudo de caso, Campinas: 1996", *mimeo*.
- (1996c), Municipio de Salvador, "Estudo de caso, Campinas: 1996", *mimeo*.



- (1996d), Municipio de Coronel João Sá, "Estudo de caso, Campinas: 1996", *mimeo*.
- (1996e), "Inovações na unidade escolar. Projeto Avaliação do processo de implementação do projeto IEB e de algumas medidas da escola -padrão", Informe n° 9, *mimeo*.
- (1996f) "Acompanhamento e avaliação do programa de renda mínima garantida da Prefeitura de Campinas", Informe final, *mimeo*.
- Brasil, Secretaría de Economía e Informática (SEI)/Secretaría de Planeamiento y Tecnología del Estado de São Paulo (SEPLANTEC) (1995), "O Nordeste e a nova realidade econômica", serie Estudios e pesquisas, n°25, Salvador, octubre.
- Bremaeker, F. (1996), "Evolução das finanças dos municípios brasileiros", serie Estudios especiales, n°10, Rio de Janeiro, Instituto Brasileño de Administración Municipal (IBAM)/Centro de Políticas Urbanas (CPU).
- Campbell, T. (1991), *Decentralization to Local Government in Latin American Countries: National Strategies and Local Response in Planning, Spending and Management*, Programa de estudios regionales de América Latina y El Caribe, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Campbell, T., G. Peterson y J. Brakarz (1991), "Decentralization to Local Government in Latin America and the Caribbean: National Strategies and Local Response in Planning, Spending and Management", informe n°5, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Carciofi, R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*, (CEPAL), Santiago de Chile.
- (1996), *Descentralización y financiamiento de la educación y la salud: Las experiencias de Argentina y Chile*, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile.
- Cárdenas, M. y Ch. Darras (1994), *El gasto nacional y financiamiento del sector salud en diálogos sobre salud*, ILDIS/Iniciativa, La Paz, Bolivia.
- Cardozo Brum, M. (1993), "La descentralización de los servicios de salud en México: Hacia una amnesia total o hacia la resurrección de la política," en *Gestión y política pública*, vol. 2, n° 2, julio-diciembre, pp. 365 a 391.
- Carnoy, M. y C. de Moura Castro (1996), "¿Qué rumbo debe tomar el mejoramiento de la educación en América Latina?", documento de antecedentes para el Banco Interamericano de Desarrollo, Seminario sobre reforma educativa, Buenos Aires, 21 de marzo.
- Carnoy, M. y J. Samoff (1990), *Education and Social Transition in the Third World*, Princeton, Princeton University Press.
- Castillo, M. (1998), "La descentralización de los servicios de educación en Nicaragua", serie Reforma de política pública, n°53, proyecto regional CEPAL/ASDI (Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional) sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: el rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1995), "Descentralización fiscal en Nicaragua", serie Política fiscal, n° 63, Santiago de Chile.
- CEPAL/GTZ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)/(Agencia Alemana de Cooperación Técnica) (1996), *Descentralización fiscal en América Latina. Balance y principales desafíos*, Proyecto regional de descentralización fiscal en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

- CEPAL/GTZ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Agencia Alemana para la Cooperación Técnica) (1996), *Descentralización fiscal en América Latina: Balance y principales desafíos*, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O. y J. Jiménez (1995), "El conflicto en torno a las relaciones financieras entre la nación y las provincias. Primera parte: antecedentes de la ley 23.548", serie Estudios, n°9, Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE), Buenos Aires.
- (1996a), "El conflicto en torno a las relaciones financieras entre la nación y las provincias. Segunda parte: desde la ley 23 548 hasta la actualidad", serie Estudios, n°10, CECE, Buenos Aires.
- (1996b), "Apuntes para el diseño de un nuevo régimen de coparticipación federal de impuestos", serie Estudios, n°13, CECE, Buenos Aires.
- Chavoya, M. L. (1990), "La descentralización educativa y el poder sindical", en Teresa Bracho (comp.), "La modernización educativa en perspectiva: Análisis del programa para la modernización educativa: 1989-1994", México, D.F., FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), pp. 54 a 61, *mimeo*.
- CIDES (Centro Interamericano para el Desarrollo Social) (1978), "Programa de salud para un área urbano-rural. Estudio de caso. Provincia de Neuquén", Cuadernos de Estudio n°2, Programa de desarrollo social, Organización de Estados Americanos (OEA).
- Cohn, A. (1995), "Descentralização, saúde e democracia: o caso do município de São Paulo (1989-1992)", Centro de Estudios de Desarrollo Económico y de la Cultura (CEDEC), Cuaderno n° 44, São Paulo.
- Colombia, *Constitución política de Colombia*, (1991), Santafé de Bogotá.
- Colombia, Comisión de Racionalización del Gasto Público (1996), "Racionalización del gasto público en educación básica", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- (1997), "Racionalización del gasto público en salud", documento para discusión preparado por el Departamento Nacional de Planeación, Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación - Misión Social (1996), "Índice de condiciones de vida", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- (1993), "Encuesta CASEN", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación (1985), *El programa macroeconómico. Autodisciplina para el desarrollo, 1985-1986*, Santafé de Bogotá.
- (1993), *Cambio con equidad. Plan nacional de desarrollo 1983-1986*, Santafé de Bogotá.
- (1995a), "¿Cómo va la descentralización?", revista *Planeación y desarrollo*, vol. 26, n°2, Santafé de Bogotá, mayo.
- (1995b) *El salto social. Plan nacional de desarrollo, 1994-1998*, Santafé de Bogotá.
- (1996), "1996, ¿Cómo va la descentralización?", revista *Planeación y desarrollo*, vol. 27, n°3, Santafé de Bogotá, julio - septiembre.
- Colombia, Ministerio de Educación Nacional (1994a), *Memorias de 1993*, Santafé de Bogotá.
- (1994b), "La ley general de educación. Ley 115, de 1994", Santafé de Bogotá.
- (1995), "El salto educativo: La educación, eje del desarrollo del país", serie Documentos especiales, Santafé de Bogotá, julio.

- Colombia, Ministerio de Salud (1996), "La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación", informe final del equipo de apoyo del Plan de implementación de la reforma, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Colombia, Ministerio de Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación Fiedrich Ebert de Colombia (1996), "Estudio evaluativo del proceso de descentralización del sector salud en Colombia", documento preliminar, Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Colombia, Ministerio de Salud/Programa Sistemas Municipales de Salud (1996), "Encuesta de afiliación al sistema de seguridad social en salud", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Dalbo, L. (1995), "El hospital y los modernos modelos de gestión", mesa redonda en AES, Encuentro Nacional de Hospitales Públicos, Buenos Aires.
- Diario Oficial de la Federación Mexicana* (1981), "Decreto que establece el Sistema nacional de salud", 1 de septiembre.
- (1984), "Decreto que ordena la descentralización de la administración pública federal," 9 de julio de 1984).
- (1995a), "Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 1996", 22 de diciembre.
- (1995b), "Ley de coordinación fiscal", diciembre.
- Díaz, J. y F. Sánchez (1994), "Macroeconomía de la descentralización", *Debates de coyuntura económica*, n°33, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo, Instituto SER.
- Draibe, S. (1998), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", serie Reforma de política pública, n°52, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Duarte, J. (1996), "La educación estatal y el clientelismo en Colombia", tesis de doctorado en política, Universidad de Oxford.
- Dumazert, P. y J. Espinoza (1996), "El financiamiento de la educación", PREAL, Nicaragua, informe preliminar.
- Espinosa, J. (1997), "Nicaragua: Descentralización de los servicios de salud", serie Reformas de política pública, n°55, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Espinoza Valle, V. A. (1992), "Las transformaciones del corporativismo regional: Relaciones estado-sindicatos en el sector público de Baja California", en *Frontera norte*, n° 8, julio-diciembre, pp. 79 a 110.
- Fainboim, I., O.L. Acosta y H.J. Cadena (1994), "El proceso reciente de descentralización fiscal en Colombia y sus perspectivas", *Coyuntura social*, n°10, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo, Instituto SER.
- Ferris, J. y D. Winkler (1990), "Agency Theory and Intergovernmental Relationships. Public Finances with Several Levels of Government", *Proceedings of the 46° Congress of the International Institute of Public Finance*, Bruselas.
- Fraga, G. (1964), *Derecho administrativo*, México, D.F., Porrúa, (7ª edición).

- Frenk, J., R. Lozano y M. A. González Block (1994), "Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final", México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
- Gaceta Oficial de Bolivia* (1993), "Ley 1.493 de ministerios del poder ejecutivo", La Paz, Bolivia.
- (1994a), "Ley 1.551 de participación popular", La Paz, Bolivia.
- (1994b), "Ley 1.565 de reforma educativa", La Paz, Bolivia.
- (1994c), "Ley 1.585 de reformas a la constitución política del Estado", La Paz, Bolivia.
- (1994d), "Ley 1.606 de modificaciones a la ley de reforma tributaria", La Paz, Bolivia.
- (1995), "Ley 1.654 de descentralización administrativa", La Paz, Bolivia.
- (1996a), "Ley 1.702 de modificaciones a la ley de participación popular", La Paz, Bolivia.
- (1996b), "Decreto supremo 24.237 del nuevo modelo sanitario", La Paz, Bolivia.
- (1996c), "Decreto supremo 24.303 del seguro nacional de maternidad y la niñez", La Paz, Bolivia.
- Gaitán, P. y C. Moreno (1992), *Poder local. Realidad y utopía de la descentralización en Colombia*, Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- Galindo, M. y F. Molina (1995), "Descentralización fiscal en Bolivia", serie Política fiscal, n°72, CEPAL, Santiago de Chile.
- Gallardo, H., y J. Rodríguez (1994), *La arga de la enfermedad en Colombia*, Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.
- (1995), *Estimación de los años de vida saludable perdidos por departamentos en Colombia*, Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.
- Garay, L.J. (1994), "Descentralización, bonanza petrolera y estabilización: La economía colombiana en los años noventa", Banco Interamericano de Desarrollo (BID), documento de trabajo n°200, Washington, D.C.
- Gersberg, A. I. (1995), "Fiscal Decentralization and Intergovernmental Relations: An Analysis of Federal Versus State Education Finance in Mexico", *Review of Urban and Regional Development Studies*, n° 7, pp.119 a 142.
- Gómez, P. (1997), "Evaluación de la descentralización del sector salud en Nicaragua", serie Reformas de política pública, n°54, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- González Block, M. y otros (1989), "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", en *Health Policy and Planning*, vol. 4, n° 4, octubre diciembre, pp. 301 a 315.
- González Prieto, G. (1995), "La experiencia del hospital de pediatría SEMIC Prof. J. P. Garrahan", trabajo presentado en la reunión anual de AES, Buenos Aires.
- González Roseti, A. y otros (1995), *La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud*, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
- Gorosito, J. y H. Heller (1993), "El sector salud de la provincia de Neuquén", en Katz, J., y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Guerra, O., H. Gonzalez y P. Sérgio (1996), "Evolução recente e perspectivas para a economia baiana", Fortaleza, *Revista Econômica do Nordeste*, vol. 27, n°1, enero-marzo.

- Guimarães, L. (1995), "Desigualdades regionais e federalismo", *Desigualdades regionais e desenvolvimento*, São Paulo, Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo (FUNDAP)/ Universidad Estadual Paulista (UNESP).
- Hanson, M. (1990), "Democracy, Decentralization and School-based Management in the United States and Spain", *Comparative Education Review*, vol.34, n° 4.
- Helg, A. (1987), *La educación en Colombia, 1918 - 1957*, Cerq. Santafé de Bogotá.
- Henry, E., (1993), "La inserción del hospital público", en Seminario sobre reformas al Sistema de Salud Medicina y Sociedad, Buenos Aires.
- Hermida A. J. (comp.), *Legislación educativa de Veracruz*, tomo 2, vol. 6, Xalapa de Enríquez, Gobierno del Estado/SEC.
- Hermida, A. J. (1986), *Historia de la educación en el estado de Veracruz*, Xalapa de Enríquez, Ediciones Normal Veracruzana.
- Hernández Reyes, R. y J. Sánchez Pereyra (1995), "Aula abierta: Una estrategia de construcción de la figura de la escuela", en Pieck, E. y E. Aguado (coordinadores), *Educación y pobreza: De la desigualdad social a la equidad*, Toluca, El Colegio de México/UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), pp. 607 a 643.
- Hernández, A. (1994), "La nueva ley de los municipios: Creced y multiplicaos. Estudio sobre el tamaño del municipio colombiano", *El central*, Santafé de Bogotá.
- Jaramillo, I. (1996), "Estudio para la evaluación de la descentralización del sistema nacional de salud colombiano", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Juan, M. (1996), "Actividades del Consejo Nacional de Salud", en De la Fuente, J. R. y M. Juan (comp.), *La descentralización de los servicios de salud: Una responsabilidad compartida*, México, D.F., Secretaría de Salud, pp. 19 a 33.
- Junqueira, L. y R. Inojosa (1996), *O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo*, São Paulo, Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo (FUNDAP).
- Katz, J. y colaboradores (1993), *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Landa, F. y A. Esquivel (1996), "El gasto social en Bolivia: Serie 1980-1995", Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), La Paz, Bolivia, *mimeo*.
- Latapí, P. (1992), "Más días de clase", *Proceso*, n° 824, agosto.
- Lezana Fernández, M. A. (1996), "Sistema de información sobre calidad de la atención de los servicios de salud", en Consejo Nacional de Salud, *Hacia la federalización de la salud en México*, México, D.F., Secretaría de Salud, pp.154 a 164.
- Lustig, N. (1992), *México: The Remaking of an Economy*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Madrid, M. de la (1988), *Las razones y las obras*, tomo 1, *La campaña electoral*, México, D.F., Presidencia de la República/ Fondo de Cultura Económica.
- May, E. (coordinador) (1996), *La pobreza en Colombia. Un estudio del Banco Mundial*, Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores/Banco Mundial.
- McGinn, N. y S. Street (1990), "Educational Decentralization: Weak State or Strong State?", *Comparative Education Review*, vol. 30, n° 4, noviembre, pp. 471 a 490.
- Médici, A. y M. Maciel (1996), *A dinâmica do gasto social nas esferas de governo: 1980-1992*, São Paulo, Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo (FUNDAP).

- Méndez, L. (1996), "Federalismo y redes intergubernamentales", *Este país*, n° 69, diciembre, pp. 52 a 55.
- Meneses, E. (1986), *Tendencias educativas oficiales en México: 1911-1934*, México, D.F., Centro de Estudios Educativos.
- Mera, J. (1988), *Política de salud en la Argentina. La cuestión del seguro nacional de salud*, Hachette, Buenos Aires.
- (1989), "Una estrategia federalista para el seguro nacional de salud", *Medicina y sociedad*, vol. 12, enero-abril.
- México, Centro de Estudios Educativos (1996), *Principales resultados y recomendaciones de la evaluación del PARE*, México, D.F., CEE (Centro de Estudios Educativos).
- México, Comisión 4 del Consejo Nacional de Salud (1996), "Evaluación de la capacidad operativa y acciones a descentralizar de las áreas de fomento sanitario en los estados", en De la Fuente, J.R. y M.Juan (comp.), *La descentralización de los servicios de salud: Una responsabilidad compartida*, México, D.F., Secretaría de Salud, pp. 153 a168.
- México, Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) (1994), *Programa para abatir el rezago educativo México*, D.F., .
- México, Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1994), *Estimaciones de población en México: Tabulaciones por entidad federativa*, México, D.F.
- (1996), *Índices de marginación: 1995*, México, D.F., Conapo.
- (1995), *La dinámica demográfica de México*, México, D.F., Secretaría de Gobernación.
- México, Consejo Nacional de Salud (1996), *Hacia la federalización de la salud en México*, México, D.F., Secretaría de Salud.
- México, Coordinación de Servicios de Salud (1983), *Hacia un sistema nacional de salud*, México, D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- México, Coordinación Nacional de Carrera Magisterial (1996), *Carrera magisterial: características y logros*, México, D.F., Subsecretaría de Planeación y Coordinación.
- México, Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa (1986), *Descentralización de los servicios de salud*, México, D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- México, Dirección General de Política Presupuestal (1996), *Clasificación por objeto del gasto*, México, D.F., Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- México, Dirección General de Promoción de la Salud (1996), documento de trabajo del programa "Municipios saludables", Secretaría de Salud, septiembre, *mimeo*.
- México, División de Estudios Económicos y Sociales (1995), "Empleo y subempleo", en *Examen de la situación económica de México*, vol.71, n°834, mayo.
- (1996), *México social: 1994-1995*, México, D.F., Banamex.
- México, Gobierno del Estado de Chihuahua (1994), *Más que una meta, el cambio es un camino*, Chihuahua.
- México, Gobierno del Estado de México (1993), *Plan de desarrollo del estado de México: 1993-1999*, Toluca.
- México, Gobierno del Estado de Puebla (1993), *Programa educativo poblano: 1993-1999*, Puebla, Secretaría de Educación Pública.
- México, INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (1992), *Estados Unidos Mexicanos. IX censo de población y vivienda: 1990*, México, D.F.

- (1993), *Niveles de bienestar en México*, México, D.F.
- (1996a), *Anuarios estadísticos: Por estado*, México, D.F.
- (1996b), *Banco de datos*, México, D.F.
- (1996c), *Estados Unidos Mexicanos. Resultados preliminares del conteo de población y vivienda*, México, D.F.
- (1996d), *Sistema de cuentas nacionales de México*, México, D.F.
- México, INEGI/CEPAL (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Comisión Económica para la América Latina y el Caribe) (1993), *Magnitud y evolución de la desigualdad en México: 1984-1992*, México, D.F.
- México, Poder Ejecutivo Federal (1989), *Programa para la modernización educativa: 1989-1994*, México, D.F., SEP (Secretaría de Educación Pública).
- (1990), *Programa nacional de salud: 1990-1994*, México, D.F., Secretaría de Salud.
- (1992), *Acuerdo nacional para la modernización de la educación básica*, México, D.F., SEP.
- (1993), *Quinto informe de gobierno: Anexo*, México, D.F., .
- (1994), *Sexto informe de gobierno: Anexo*, México, D.F., .
- (1996a), *Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud*, México, D.F., Secretaría de Salud.
- (1996b), *Programa de reforma del sector salud: 1995-2000*, México, D.F., Secretaría de Salud.
- (1996c), *Programa nacional de población: 1995-2000*, México, D.F., Secretaría de Gobernación.
- México, Presidencia de la República (1995), *Primer informe de gobierno: Anexo*, México, D.F.
- (1996), *Segundo informe de gobierno: Anexo*, México, D.F.
- México, Secretaría de Educación Pública (SEP) (Varios años), *Informe de labores: 1982-1983/1992/1993/1995-1996*, México, D.F.
- (1982), *Memoria: 1976-1982*, México, D.F., tomo 1 “Política educativa”.
- (1993), *Artículo 3º y Ley general de educación*, México, D.F., .
- (1995), *Atlas de México: Educación primaria*, México, D.F., Conaliteg (Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos).
- (1996), *Compendio estadístico del gasto educativo: 1995*, México, D.F., .
- México, Secretaría de Salud (1987), “La participación de los gobiernos estatales en las políticas y prioridades de salud, *Cuadernos de la SSA*, n° 5, “Memorias de reuniones”, México, D.F., SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia).
- (1989), *Encuesta nacional de salud: 1987*, México, D.F., .
- (1994), *Cuenta comparativa de metas y presupuesto: 1993*, México, D.F., .
- (1995a), “Integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud”, acuerdo del secretario, del 27 de enero de 1995, *mimeo*.
- (1995b), *Indicadores básicos por estado: 1994*, México, D.F., (Secretaría de Salud).
- México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social (1994), *Encuesta nacional de empleo: 1993*, México, D.F.
- México, Sistema Nacional de Salud (1993), “Recursos y servicios”, *Boletín de información estadística*, n° 13.

- México, SNTE (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación) (1994).
- Mills, A. (1990), "Conceptos y problemas de la descentralización: examen general", en Mills, A. y otros, *Descentralización de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.
- Moctezuma Barragán, E. (1994), *La educación pública frente a las nuevas realidades*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Molina, G. (1996), "Financiamiento, programación y ejecución de la inversión pública municipal, 1995", Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), La Paz, Bolivia, *mimeo*
- Moncada, D. (1996), "Análisis de los procesos de descentralización y participación comunitaria en el sector social, desde la perspectiva del nivel central", Ruta Social, *mimeo*.
- Monsiváis, C. y otros (1990), *De las aulas a las calles*, México, D.F., Información obrera.
- Montes, M. (1993), "La salud en Santa Fe", Temas Públicos, n°4, Fundación Libertad, Rosario, junio.
- Negri, B. (1996), "O financiamento da educação pública", Brasilia, *mimeo*.
- Nicaragua, Ministerio de Acción Social/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo /Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MAS/PNUD/UNICEF) (1994), "Estudio de la pobreza en Nicaragua", informe preliminar, documento de trabajo de circulación interna.
- Nicaragua, Ministerio de Educación (MED) (1994), "Plan estratégico de implementación. Proceso de descentralización del Ministerio de Educación", Managua, noviembre.
- (1996), "Guía para la estructuración y funcionamiento de los consejos escolares", Managua, marzo.
- (1997), "Nuevo sistema de cálculo de las transferencias a los centros autónomos: La fórmula", *mimeo*.
- Nicaragua, Ministerio de Educación/Banco Mundial (1995), "Normas y procedimientos para la entrega de incentivos a maestros de educación primaria que trabajan en escuelas de los municipios descentralizados", Managua, *mimeo*.
- Nicaragua, Ministerio de Finanzas (1993-1996), "Presupuesto general de la República".
- Nicaragua, Ministerio de Salud (1991), Plan maestro de salud.
- (1994), "Avances en la implementación de la reforma del sector salud de Nicaragua", documento presentado en la 10a. reunión del sector salud de Centroamérica, Managua, 5 y 6 de septiembre.
- (1995), Manual del sistema de administración financiera (SAF).
- (1996), Manual del sistema de vigilancia de la mortalidad materna, Nicaragua.
- Nicaragua, Ministerio de Salud/ Organización Panamericana de la Salud (1992), "Marco conceptual de los SILAIS," serie SILAIS, n°1.
- Niklison, R. y R. Milesi (1996), "Optimización de las estructuras técnico-administrativas de los SAMCO de la provincia de Santa Fe, Santa Fe", marzo 1996, *mimeo*.
- Ocampo, J. A. (1984), *Centralismo, descentralización y federalismo en Colombia*, Santafé de Bogotá, Ediciones CEREC.
- (1995), "El proceso colombiano de descentralización" documento preparado para el Seminario internacional sobre descentralización fiscal en América Latina: Mejores prácticas y lecciones de política, Cartagena de Indias, Colombia, inédito.



- Ornelas, C. (1988), "The Decentralization of Education in Mexico", *Prospects*, vol. 18, n° 3, pp. 264 a 272.
- (1995), *El sistema educativo mexicano: la transición de fin de siglo*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- (1996), "The Mexican Education Reform at the Turn of the Century", trabajo presentado en la conferencia "Educational Reform in Canada, Mexico and the United States: An Agenda for Cooperation and Research", Brown University, octubre.
- (1997a), "El proceso de descentralización de los servicios de la educación en México", Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: el rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, *mimeo*.
- (1997b), "El proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta en México", Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, *mimeo*.
- Ortega Lomelín, R. (1988), *El nuevo federalismo: La descentralización*, México, D.F., Porrúa.
- Ortiz E. (1994), *Competencia y crisis en la economía mexicana*, México, D.F., Siglo Veintiuno.
- Paganini, J. y H. de Moraes Novaes (1994), *El hospital público. Tendencias y perspectivas*, OPS, Washington, D.C.
- Pinedo Pablos, N. (1994), "La descentralización fiscal en México", *Foro internacional*, vol. 34, n°2, julio, pp. 252 a 268.
- Porto, A. y P. Sanguinetti (1993), "Descentralización fiscal en América Latina. El caso argentino", serie Política fiscal, n°45, CEPAL, Santiago de Chile.
- (1996), "Las transferencias intergubernamentales y la equidad distributiva: El caso argentino", serie Política fiscal, n°88, CEPAL, Santiago de Chile.
- Presman, J. (1992), "La coparticipación de impuestos: Del federalismo fiscal al centralismo menemista", serie de Estudios, n°5, CECE, Buenos Aires.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) (1996), *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*, Brasilia.
- PRONATASS (Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina) (1994), *Normas de descentralización para establecimientos de salud*, Gobierno argentino/BIRF/PNUD, Buenos Aires.
- Prud'Homme, R. (1994), "On the Dangers of Decentralization", Policy Research Working Paper n°1.252, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Reimers, F. (1994), "Education Finance in Latin America: Perils and Opportunities", en Puryear, J.M. y J.J. Brunner, (ed.), *Education, Equity and Economic Competitiveness in the Americas: An Interamerican Dialogue Project*, Interamer 37, Educational Series, Washington, D. C.
- Reyes Heróles, J. (1985), *Educación para una sociedad mejor*, México, D.F., Secretaría de Educación Pública.
- Ross, S. (1973), "The Economic Theory of Agency; the Principal's Problem", *Papers and Proceedings, American Economic Review*, mayo.
- Ruiz-Mier, F. (1996), *Desarrollo humano, participación popular y sostenibilidad en Apre(he)ndiendo la participación popular*, Secretaría Nacional de Participación Popular, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.

- Ruiz-Mier, F. B. Giussani (1997), "El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia", serie Reforma de política pública, n°48, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Sánchez, F. y C. Gutiérrez (1994), "Descentralización fiscal y transferencias intergubernamentales en Colombia", *Coyuntura social*, n°10, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo e Instituto SER.
- Sarmiento A. (1993), "La descentralización en educación: Una descentralización con centro", revista *Planeación y desarrollo*, Santafé de Bogotá.
- Sepúlveda Amor, J. y otros (1994), *Descentralización de los servicios de salud*, México, D.F., Secretaría de Salud, Cuadernos de salud, n° 1.
- Shah, A. (1994), "The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies", Policy and Research Series, n°23, Banco Mundial, Washington, D.C.
- SNTE (Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación) (1994), "La federalización de la educación básica: ¿Mecanismo apropiado para la reorganización del sistema?", documento de trabajo n°2 del Primer Congreso Nacional de Educación "Educación pública de calidad y trabajo docente: el compromiso sindical", México, D.F.
- Soza, D. (1995), Descentralización y transformación del sistema de salud de Nicaragua, Managua, octubre.
- Street, S. (1992), *Maestros en movimiento: transformaciones en la burocracia estatal: 1978-1982*, México, D.F., CIESAS (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social).
- (1993), "SNTE ¿Proyecto de quién?", *El cotidiano*, n° 56, julio, pp. 54-59.
- Tavares de Almeida, M. H. (1995), "Políticas sociais e federalismo no Brasil", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n°24, São Paulo, Asociación Nacional de Posgrado en Ciencias Sociales (ANPOCS).
- Tirado Mejía, A. (1989), "El Estado y la política en el siglo XIX", *Nueva Historia de Colombia*, tomo 2, Editorial Planeta, Santafé de Bogotá
- Tobar, F. (1995), "Condicionantes financieros de la descentralización en el sector salud", trabajo presentado en la reunión anual de la AES, Buenos Aires.
- Vargas, J. E. (1996), "El sistema colombiano de seguridad social en salud", Santafé de Bogotá, *mimeo*.
- Vargas, J.E. y A. Sarmiento (1997a), "Características de la descentralización colombiana", serie Reforma de política pública, n°49, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.
- (1997b), "La descentralización de los servicios de educación en Colombia", serie Reforma de política pública, n°50, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.
- (1997c), "La descentralización de los servicios de salud en Colombia", serie Reforma de política pública, n°51, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.

- Vélez, C. E. (1996), *Gasto social y desigualdad: Logros y extravíos*, Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planeación/Misión Social.
- Veronelli, J. (1975), *Medicina, gobierno y sociedad*, Ed. El Coloquio, Buenos Aires.
- Vianna, A.A.(1994), "A política de saúde: Entraves à descentralização e propostas de mudanças no modelo SUS, políticas sociais e federalismo", Proyecto 'Balance y perspectivas del federalismo fiscal en Brasil', São Paulo, Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo (FUNDAP), en prensa.
- Weiler, H. (1989), "Education and Power: The Politics of Educational Decentralization in Comparative Perspective", *Educational Policy* 3, n°1.
- Weiler, H. (1993), "Control Versus Legitimacy: The Politics of Ambivalence", Hannaway J. y M. Carnoy (comp.), *Decentralization and School Improvement: Can We Fulfill the Promise?*, San Francisco, EE.UU., Josey-Bass, pp. 55-83.
- Wiesner, E. (1992), *Colombia: Descentralización y federalismo fiscal*, Santafé de Bogotá, Presidencia de la República/Departamento Nacional de Planeación.
- (1995), *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*, Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planeación/Asociación Nacional de Instituciones Financieras.
- Winkler, D. (1991), "Decentralization in Education: An Economic Perspective", Banco Mundial, Washington, D.C., documento de trabajo.
- (1994), "Diseño y administración de transferencias intergubernamentales: Descentralización fiscal en América Latina", Banco Mundial, Washington, D.C., documento de discusión.

**COLABORADORES***Compiladores:*

Rossella Cominetti Economista, Master en Economía de la Universidad de Chile, Experta Principal del Proyecto sobre Descentralización y Financiamiento de los Servicios Sociales (CEPAL/ASDI/Gobierno de los Países Bajos).

Emanuela di Gropello Economista, Candidato a Doctora en Economía de la Universidad de Oxford, Master en Economía de la Universidad de Sussex. Oficial de Asuntos Económicos de CEPAL.

*Colaboradores:*

Roberto Bisang Economista, Master en Economía en el Centro de Estudios Macroeconómicos de la Argentina. Investigador Docente del Instituto de Industrias de la Universidad General Sarmiento, Argentina. Consultor de CEPAL, de la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y del Banco Mundial.

Melba Castillo Economista, Candidato a Doctora en Educación de la Universidad de Costa Rica, Master en Ciencias Sociales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Consultora de CEPAL y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Oscar Cetrángolo Economista, Master en Economía del Desarrollo de la Universidad de Sussex. Investigador del Centro de Estudios para el Cambio Estructural, Argentina. Docente de la Universidad de Buenos Aires.

Sônia Miriam Draibe Cientista Política, Doctora en Ciencias Políticas de la Universidad de São Paulo. Profesora del Instituto de Economía e Investigadora Senior del Núcleo de Estudios de Políticas Públicas (NEPP) de la Universidad Estadual de Campinas, Brasil.

Bruno Giussani Economista, Master en Economía de Birbeek College, Universidad de Londres. Director Ejecutivo de la Cámara de Exportadores de La Paz, Bolivia.

José Pablo Gómez Ingeniero Civil Industrial, Master en Economía de la Universidad de Georgetown. Jefe del Departamento de Estudios del Ministerio de Salud, Chile.

Carlos Ornelas Educador, Doctor en Filosofía (Educación) de la Universidad de Stanford. Director de Educación y Desarrollo, SC, México D.F.

Fernando Ruiz Mier Economista, Doctor en Economía de la Universidad de Purdue. Socio de KPMG Bolivia.

Alfredo Sarmiento Economista, Doctor en Economía de la Universidad Erasmo de Rotterdam. Director de la Misión de Apoyo a la Descentralización y a la Focalización de los Servicios Sociales, Departamento Nacional de Planeación, Colombia.

Jorge Enrique Vargas Sociólogo, Master en Economía de la Universidad de Los Andes. Consultor de CEPAL, del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).