



Diálogo Regional de Política
Diálogo Regional de Política

**DIALOGO REGIONAL DE POLITICA, BID
RED PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**Estudio Comparativo
Descentralización de las Políticas y Programas de Reducción de la Pobreza en América
Latina**

Claudia Serrano
Ignacia Fernández
Junio, 2005

**ESTUDIO COMPARATIVO
DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE
REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA**

INDICE

PRESENTACIÓN	3
I. ANTECEDENTES TEÓRICO CONCEPTUALES	5
1. Sobre políticas sociales	5
2. Sobre descentralización	8
2.1 Cuatro tipos de descentralización	8
3. Motivos para descentralizar	13
3.1 Una prioridad de las agencias multilaterales	14
3.2 Intereses del nivel central de tipo instrumental	14
3.3. Intereses de genuino empoderamiento	15
II. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES Y LOS PROGRAMAS DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN LOS PAÍSES ESTUDIADOS.	16
2.1 La descentralización de la educación y la salud	20
2.2 Descentralización de la política social y de superación de la pobreza	26
III. CONCLUSIONES	60
1. Comentarios sobre descentralización de los servicios de educación y salud	61
2. Similitudes y diferencias de procesos de descentralización de la política social sectorial y anti pobreza	63
3. Aspectos críticos del proceso en materia de políticas de programas anti pobreza	65
BIBLIOGRAFÍA	68
GLOSARIO	74
ANEXO I: TRAYECTORIA INSTITUCIONAL DE LOS PAISES	78
1. TRAYECTORIA DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN	85
ANEXO II. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD	101
ANEXO 3: ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PAÍSES CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO	132

ESTUDIO COMPARATIVO DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA

Claudia Serrano
M. Ignacia Fernández
Julio, 2005¹

Resumen Ejecutivo

El examen de los procesos de descentralización en política social 6 países de América Latina permite afirmar que los procesos de descentralización de salud y educación forman parte de procesos más amplios de reforma y modernización del Estado. Estos procesos son más bien de desconcentración funcional y administrativa. No puede afirmarse lo mismo respecto de los programas focalizados de pobreza y protección social que se expanden en diversos países de la región, los que no se enmarcan en una línea de descentralización y traspaso de poder a los niveles subnacionales, pues el nivel municipal es incorporado solo como ente operativo y ejecutor de decisiones tomadas en el nivel central. En estos casos no se habla de programas descentralizados, aunque todos los programas requieren capacidades locales descentralizadas para su ejecución. El enlace entre los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud y las políticas de alivio a la pobreza se está generando por la vía de acuerdos explícitos que indican que los beneficiarios de dichos programas deben aportar una contraprestación que consiste en cumplir con el requisito de que los niños asistan a la escuela y a los controles de salud. Un importante elemento en común en los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud y los programas de protección social tiene relación con la escasa incidencia del componente político, cívico y ciudadano.

PRESENTACIÓN

Este documento tiene el propósito de aportar una visión comparativa sobre los procesos de descentralización de las políticas de educación y salud y los programas de reducción de la pobreza y protección social. La idea es rescatar información respecto a las distintas modalidades institucionales y administrativas por medio de las cuales los países han resuelto el proceso de descentralización entre distintos niveles de gobierno. El trabajo compara los procesos de descentralización de las políticas sociales y de los programas de reducción de la pobreza y protección social en seis países latinoamericanos: Brasil, Argentina, México, Chile, Colombia y Bolivia². Los criterios que se toman en cuenta para el análisis comprenden el contexto histórico en que se inició el proceso, la descripción del tipo y características de los procesos de descentralización en curso así como de los papeles y responsabilidades de cada nivel, las bases normativas, las modalidades de descentralización fiscal y, finalmente, el análisis de avances, obstáculos y principales desafíos pendientes.

¹ Este estudio contó con la colaboración de Juan Fernández, Gonzalo Tassara y Anahí Alarcón

² La descripción de los procesos de descentralización en los países estudiados ha sido realizada en base a revisión de la literatura disponible.

La tesis que se desarrolla en este trabajo es que los procesos de descentralización de las políticas de salud y educación forman parte de procesos más amplios de reforma y modernización del Estado al interior de los cuales la descentralización institucional juega un papel central. Estos mismos argumentos aplican de diferente manera en el caso de los programas focalizados de pobreza y protección social. La modernización de la gestión pública y la tecnificación de la política social en los años más recientes no avanza en una línea de descentralización y traspaso de poder a los niveles subnacionales, sino en su incorporación como brazo ejecutor de decisiones tomadas en el nivel central. En otras palabras, se observará que los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud no guardan relación con la evolución seguida por las políticas de asistencia, protección social y alivio a la pobreza. Las políticas y programas de superación de la pobreza que comienzan a expandirse a partir de los '90 no necesariamente concuerdan con el léxico teórico y técnico de la descentralización del Estado. Sin embargo, requieren capacidades locales descentralizadas para la ejecución de los programas. Este es el núcleo en común que tienen ambas temáticas, el papel ineludible del actor municipal.

Es necesario hacer distinciones teóricas y empíricas para el análisis de los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud y de descentralización de los programas de alivio a la pobreza. Sobre los primeros se ha acumulado abundante literatura en la región, mientras que sobre la descentralización de los programas de alivio a la pobreza en el marco del enfoque de Protección Social que comienza a expandirse en nuestros países, es poca la investigación disponible.

El texto que se presenta a continuación se organiza en tres capítulos. El primero entrega un conjunto de antecedentes teórico-conceptuales sobre políticas sociales y descentralización, distinguiendo entre diversos tipos de descentralización e identificando los principales motivos para iniciar procesos descentralizadores. El segundo capítulo se aboca al análisis de los procesos de descentralización de salud y educación y de las políticas y programas de superación de la pobreza implementados en la región a partir de los años '90, con énfasis en los programas recientes de protección social. Finalmente, en el capítulo tres se realiza un análisis comparado del conjunto de la información expuesta y concluye sobre los principales desafíos pendientes para profundizar los procesos de descentralización en marcha y avanzar hacia la obtención de mejores resultados. El texto incluye un anexo que aborda la trayectoria institucional de los países, los elementos más específicos de cada país en relación a la descentralización de los servicios de educación y salud y, finalmente, antecedentes socio demográficos de los países considerados en el estudio.

I. ANTECEDENTES TEÓRICO CONCEPTUALES

1. SOBRE POLÍTICAS SOCIALES

El discurso sobre la reforma y modernización del Estado en América Latina menciona entre sus pilares la descentralización de la política social y el fortalecimiento de los niveles descentralizados para la gestión de lo social, siendo el mayor ejemplo de estos procesos la descentralización de las políticas sectoriales de educación y salud. Pero la materia sobre la cual se generan traspasos, en el caso social, es diversa. Por un lado se encuentran las conocidas y grandes políticas sectoriales, pero por otro, una vasta gama de acciones que opera con lógica de programas. Estas distinciones permitirán comprender por qué existen grandes diferencias entre la descentralización que se produce de los servicios de educación y salud y la descentralización de las políticas de superación de la pobreza, las que no forman parte explícita de la agenda descentralizadora en los distintos países, aunque su ejecución es innegablemente de ámbito local.

La política social es la acción del Estado para garantizar la cohesión social, el bienestar y la protección social. Actúa en tres niveles complementarios: (i) las políticas sectoriales: (ii) las políticas de desarrollo social y superación de pobreza que opera con la lógica de programas sociales y (iii) los programas de asistencia social focalizados.

La política sectorial de educación, salud, vivienda, empleo y seguridad social ha sido y seguirá siendo el núcleo central de la política social. Se asocia con la gran temática de fortalecimiento del capital humano, la provisión de servicios básicos y la igualdad de oportunidades. Cubre ámbitos de alto impacto e interés en la vida de las personas, aborda temas de agenda nacional y alta sensibilidad política. La política sectorial absorbe la mayor parte de los recursos del gasto social, tiene su propio asiento institucional, generalmente bajo la forma de un ministerio o institución de alto rango en el esquema organizativo del Estado. Cuenta con presupuesto propio para gastos corrientes de su repartición y con un elenco de funcionarios de larga trayectoria en las materias de su competencia. Esta coherencia o uniformidad institucional permite imaginar la racionalidad de los traspasos: llegado el momento se descentraliza infraestructura, personal y atribuciones.

Tanto las políticas de desarrollo social, con un enfoque en promoción, participación y desarrollo, como las anti pobreza, con un enfoque asistencial y focalizado, deben entenderse en realidad como programas. Un programa social es un conjunto planificado de acciones humanas y recursos materiales que tiene el propósito de resolver algún problema, de forma tal que el diseño de las intervenciones expresa una teoría determinada sobre la realidad que se interviene (Fernández-Ballesteros, 1996). En consideración de los criterios generales definidos desde la política pública social, se determinan objetivos, resultados previstos, un período de tiempo para alcanzar esos resultados, medios y procedimientos, recursos institucionales y financieros.

El debut de los programas focalizados en pobreza forma parte del conjunto de medidas que dieron salida a la crisis fiscal y del estado social de mediados de los ochenta en el mundo occidental y, por cierto, en América Latina. Con anterioridad a este momento las políticas sociales se organizaron en torno al trabajador y su familia y no para ir en ayuda de sectores particularmente pobres o excluidos.

A diferencia de las políticas sectoriales, las de pobreza anidan en dependencias institucionales de variado tipo, no tienen recursos organizacionales propios sino equipos contratados en forma temporal y ligados a proyectos, debiendo negociar sus presupuestos año a año. Los programas sociales en que se traducen estas políticas abordan temáticas diversas relacionadas con distintas vulnerabilidades socioeconómicas, socio territoriales, étnicas, etáreas, de género, etc. Algunos de ellos tienen carácter sectorial y surgen desde los ministerios de vivienda, educación, salud o empleo, pero operan como programas focalizados con particulares diseños metodológicos y organizacionales y, en general, la forma en que operan no se asemeja a la práctica cotidiana de sus respectivos sectores, sino que cruza la gestión habitual con dinámicas más ágiles, focalizadas en determinados grupos de personas, con objetivos más precisos y evaluables, con participación de actores públicos y privados y versatilidad en las metodologías.

Estos programas comienzan a expandirse en la región a principios de los años noventa. Tienen claro asiento territorial y local, suman a actores privados, ONGs, organizaciones; activan la participación ciudadana y demandan una activa colaboración de los niveles subnacionales, especialmente de las municipalidades, a la vez que esperan de éstas iniciativa e innovación para abordar asuntos de pobreza y desarrollo social. Estas dinámicas se observan, por ejemplo, en Brasil, Chile, Colombia, Bolivia y México. Estos programas, si bien son diseñados y operacionalizados en las oficinas centralizadas de los Estados, por su dinámica de implementación fortalecen el desarrollo local territorial, pues ponen foco en la generación de capacidades locales y la activación de procesos de empoderamiento y ejercicio de voz ciudadana entre los beneficiarios.

El componente descentralizado de estos programas tiene relación con su instalación en el nivel local y los nuevos actores, recursos y dinámicas que se expanden en el nivel local como consecuencia de su implantación y de los recursos y líneas de acción que allegan; y no necesariamente con las atribuciones que se distribuyen a las entidades subnacionales responsables de su ejecución.

El tercer nivel de la política social es el de la asistencia social, constituida por la red de subsidios y ayudas directas que se distribuyen a la población de acuerdo a criterios de focalización socioeconómica, en forma individual y en “mérito” de la condición de pobreza y vulnerabilidad. En esta línea hay importantes innovaciones pues hacia fines de los 90 y ya en los años 2000, se instala en América Latina una nueva agenda de programas focalizados en pobreza al amparo del concepto de protección social acuñado por el Banco Mundial.

El enfoque de protección social conceptualiza a los pobres como una población altamente vulnerable que no cuenta con sistemas de aseguramiento personal y familiar en la esfera del mercado, el empleo y el aseguramiento privado, ni en el ámbito informal pues sus redes sociales serían débiles e ineficaces, así como tampoco en el ámbito de las políticas públicas que estarían llegando en forma deficiente e incompleta o mostrando incapacidad de ofrecer garantías mínimas de protección. Este enfoque ve a los más pobres como sectores carenciados, limitados y sin mecanismos propios para administrar su seguridad y bienestar social (Holzmann y Torgensen, 2000; Hicks y Wodom, 2001). La política pública que se instala apunta a apoyar a las personas, hogares y comunidades en su manejo del riesgo, particularmente a quienes se encuentran en extrema pobreza. Se enfatiza en la responsabilidad pública en la provisión de seguridad de ingreso, el que en la práctica se traduce en subsidios monetarios directos a las personas, y el

diseño de una red de protección que enlaza estas prestaciones con el refuerzo de las áreas de educación y salud.

En la mayoría, sino en todos los países, se implementan programas que tienen las siguientes características (Serrano, 2005):

- Se trata de programas de subsidio a la demanda por medio de transferencias monetarias directas a las familias para que mejoren su consumo familiar.
- Definen objetivos combinados de soporte y alivio a la pobreza y de inversión en capital humano (la inversión en capital humano se expresa en el carácter condicionado de los programas)
- La mayoría de los programas son de carácter condicionado y cuentan con un componente centrado en educación y otro relativo a salud y nutrición. El componente de educación consiste en becas en efectivo destinadas a niños para asistir a la escuela primaria. En algunos países esto se extiende a la educación secundaria. Se exige asistencia regular a la escuela para acceder a la donación (Rawlings y Rubio, 2003).
- Están claramente focalizados en población pobre y/o extremadamente pobre, para lo cual operacionalizan diferentes técnicas y metodologías, en algunos casos combinando criterios de focalización territorial con criterio de pobreza. Los mecanismos de selección de beneficiarios varían entre la aplicación de una ficha estandarizada que entrega un puntaje (Chile Solidario), a un sistema que combina selección de territorios de acuerdo a información sobre desarrollo humano y pobreza, mediciones de carencias en las familias y, en tercer lugar, juicio de actores relevantes y de la propia comunidad (Oportunidades y en parte Hambre Cero-Bolsa Familia).
- Son las mujeres las receptoras de la transferencia, ya sea porque el programa expresamente lo estipula así en sus reglas de operación o porque en la práctica así sucede.
- Declaran diferenciarse de anteriores programas de transferencias que traspasaban recursos a beneficiarios que los recibían en forma pasiva. En este caso, los beneficiarios deben responsabilizarse de cumplir un acuerdo o contrato con el programa y aportar la llamada contraprestación.
- Varios de estos programas declaran operar en la lógica de derechos que se expresa en un derecho de inserción social.
- Son programas altamente centralizados en su diseño y estructura, cuyas principales definiciones y lineamientos son estipulados en un ámbito institucional con alto poder de decisión y respecto del cual los niveles locales y descentralizados tienen poco espacio de opinión o influencia, que no sea la de apoyar las directrices emanadas en los niveles centralizados.
- Son programas que requieren apoyo local para su ejecución: relacionamiento con las familias y monitoreo de los compromisos. En algunos casos esto se asocia con acciones de promoción social o acompañamiento más directo al proceso familiar (Chile Solidario).
- Las entidades ejecutoras de los programas son instituciones públicas, no hay procedimientos de intermediación o externalización de servicios a terceros
- Cuentan con una eficiente tecnología informática y financiera que facilita la entrega de los recursos.
- Son programas financiados o apoyados e incentivados por la banca multilateral que ejerce un fuerte rol en el apoyo a los países para el diseño, operación y evaluación de los mismos.

- En general han tomado medidas tempranas y oportunas para poder implementar sofisticados sistemas de evaluación de impacto, ya sea elaborando líneas de bases o utilizando metodología de grupo de control (Rawlings y Rubio, 2003)
- En varios casos su reglamentación, operación y partidas presupuestarias operan bajo el alero de una Ley de la República, elemento que resulta clave para proteger la sustentabilidad de las acciones, la transparencia en la asignación de los recursos y la independencia de los programas de cambios o vaivenes políticos.

2. SOBRE DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización del Estado corresponde al traspaso de atribuciones y responsabilidades desde el nivel central del Estado a los niveles subnacionales. Tiene dos dimensiones fundamentales: una relativa a la mejor administración del aparato público y otra, de carácter político, asociada a la redistribución del poder. En ambos casos subyace a la descentralización la preocupación por generar una mayor cercanía de la gestión del Estado respecto de los usuarios e incrementar el rol que estos desempeñan en el control de la gestión pública.

A continuación se revisan estos temas por separado. En primer lugar se presentan un conjunto de definiciones teóricas sobre los distintos tipos de descentralización existentes, distinguiendo entre formas de descentralización administrativa u operativa y formas de descentralización política o democrática. Luego se realiza un análisis sobre los distintos motivos que la literatura aduce para iniciar procesos de descentralización.

2.1 Cuatro tipos de descentralización

En la discusión sobre qué se entiende por descentralización existe una gran variedad de posturas. Para algunos autores, procesos tales como la privatización de bienes y servicios que pueden ser provistos por privados en función de la capacidad de pago de las personas constituyen una forma de descentralización (Rondinelli, 1989). Otros en cambio, excluyen la privatización o la delegación de algunas responsabilidades en la gestión de programas y proyectos de desarrollo a agencias paraestatales tales como ONGs u organismos de desarrollo, de las formas de descentralización posibles (Manor, 1999).

Manor distingue entre i) desconcentración o descentralización administrativa, ii) descentralización fiscal y iii) devolución o desconcentración democrática. La primera refiere al traspaso de atribuciones desde niveles superiores de gobierno a niveles inferiores, la segunda ocurre cuando el nivel central cede influencia en el presupuesto o las decisiones financieras a los niveles subnacionales y la tercera corresponde a la transferencia de recursos y poder a las autoridades subnacionales, que son independientes del nivel central y que son en algún grado democráticas. A estos tres tipos es posible agregar un cuarto tipo de descentralización, de carácter operativo, que corresponde al traspaso de actividades o líneas de acción específicas asociadas exclusivamente a la implementación de un determinado programa y que no se asocian a la idea de traspaso de institucionalidad, infraestructura e incluso, recursos. Según se verá, esta

categoría es fundamental para comprender los procesos de descentralización de las políticas de superación de la pobreza que han tenido lugar en América Latina³.

Una tipología alternativa ofrece Willis y otros (1999), cuando distinguen entre descentralización *política* y descentralización *funcional*. La primera es similar a lo que Manor entiende por devolución y es definida por estos autores como “*el establecimiento o re-establecimiento de gobiernos subnacionales autónomos y electos capaces de tomar decisiones vinculantes al menos en algunas áreas de política*”. La descentralización funcional, en cambio, correspondería a la transferencia de responsabilidades políticas y de gasto; en términos de Manor, a la desconcentración y a la descentralización fiscal, así como a lo que hemos llamado descentralización operativa.

Aún cuando estos procesos puedan ocurrir en forma independiente, el buen diseño sería aquel que conjuga los tres tipos de reformas: administrativa, fiscal y política. Manor señala que si los procesos de descentralización fiscal y administrativa ocurren aislados de los procesos de devolución, no se produce una auténtica descentralización. Cuando la desconcentración tiene lugar sin descentralización democrática, se trata más de una relocalización de oficinas centrales que de una auténtica cesión de poder de decisión, cuestión que puede incluso reforzar el centralismo, en tanto las autoridades nacionales manejan más información para la toma de decisiones sobre lo que ocurre en los distintos territorios. Cuando la descentralización fiscal no ocurre paralela a la devolución, es poco probable que logre incrementar la influencia de los intereses organizados en los niveles subnacionales sobre las decisiones que tienen lugar en el nivel central. Para que estos dos tipos de procesos produzcan efectos positivos, es necesario ligarlos a mecanismos que den voz a los niveles subnacionales en las decisiones de las instituciones estatales, es decir, a mecanismos de devolución.

Al analizar los procesos de descentralización emprendidos por los distintos países estudiados veremos que, en la mayor parte de los casos, las reformas ponen énfasis en la transferencia de atribuciones administrativas y de gestión, pero no involucran el traspaso de poder de toma de decisión a los niveles subnacionales. El Cuadro 1 resume las principales ventajas asociadas a estos distintos mecanismos de descentralización. Estas se analizan detalladamente a continuación.

³ La literatura no introduce esta categoría porque, como se ha señalado, no se hace cargo de los procesos de descentralización de los programas sociales. Veremos que se trata de un proceso distinto a la desconcentración, porque no involucra la creación de instituciones subnacionales con atribuciones propias.

Cuadro 1. Tipos de descentralización y ventajas asociadas

Tipos de descentralización		Ventajas asociadas (*)
Administrativo financiera	Desconcentración	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del aparato estatal • Eficiencia en la provisión de servicios • Modernización del Estado
	Descentralización operativa	<ul style="list-style-type: none"> • Disciplina financiera • Eficiencia en la provisión de servicios • Equidad
	Descentralización fiscal	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio macroeconómico y disciplina fiscal • Eficiencia en la provisión de servicios • Equidad • Buen gobierno
Democrática	Devolución	<ul style="list-style-type: none"> • Participación social • Control ciudadano • <i>Accountability</i> gubernamental • Estabilidad política • Gobernabilidad • Transparencia • Profundización de la democracia

(*) A la devolución o descentralización democrática se asocian también, en principio, las mismas ventajas que se asocian a la descentralización de tipo administrativa financiera.

Descentralización administrativo financiera

La descentralización administrativa corresponde al traspaso de atribuciones a reparticiones intermedias de la administración del Estado, que no tiene como correlato el traspaso de poder de decisión a esas reparticiones. Estos procesos, que se conocen normalmente como mecanismos de desconcentración, pueden involucrar la creación de instituciones en el nivel subnacional especialmente diseñadas para cumplir las funciones que les asigna el Gobierno Central o bien, la creación de instituciones de coordinación en el nivel central, que asumen la responsabilidad por el seguimiento y la articulación de las acciones que se realizan a nivel subnacional.

La descentralización operativa representa un grado aún menor de descentralización, donde no se verifica el traspaso de atribuciones desde una institución central a una subnacional, sino la simple delegación de algunas líneas de acción programáticas al nivel local, que tiene mucha participación en la implementación de dichas acciones, pero nulas atribuciones para la toma de decisiones sobre los criterios de gestión de los programas. Este es el caso de la mayor parte de las políticas de superación de la pobreza que se analizan en la cuarta parte de este trabajo, que se diseñan y deciden en el nivel central del Estado, pero requieren la activa participación de los niveles subnacionales para llegar de manera más eficiente a los beneficiarios de los programas.

Las formas de descentralización operativa y administrativa tienen innegables ventajas para incrementar la eficiencia de la administración del Estado, en la medida en que contribuyen a disminuir el aparato estatal y a lograr una mayor cercanía entre los Estados y los usuarios.

Tanto es así, que prácticamente todos los procesos de descentralización emprendidos en Latinoamérica a partir de los '80 incluyeron en su primera etapa, grados importantes de

desconcentración. Estas medidas se corresponden con una presión creciente de parte de los organismos financieros internacionales por modernizar los Estados, que se revelaban cada vez más ineficientes para responder satisfactoriamente a las demandas ciudadanas en un marco de disciplina fiscal (Manor, 1999). En este contexto se explica parte importante de los procesos de reforma a los sistemas públicos de salud y educación realizados en los años '80.

Los primeros esfuerzos desconcentrados conectan también con el inicio de los procesos de descentralización fiscal, que corresponden al traspaso de atribuciones financieras desde el nivel central del Estado a instancias subnacionales.

El argumento que da sustento a la descentralización fiscal es que los gobiernos subnacionales son más eficientes que el nivel central del Estado en la provisión de bienes públicos, por cuanto permiten que se alcance mayor ajuste entre las preferencias de los ciudadanos y el conjunto de bienes y servicios a que tienen acceso. Las diferentes comunidades territoriales tendrían un patrón de preferencias diferenciado y los gobiernos subnacionales pueden generar mayor bienestar a esas comunidades ajustando la recaudación y asignación de recursos públicos a esas preferencias. Se supone que las preferencias de las personas variarán de una región a otra y que las autoridades de cada región estarán en mejores condiciones de percibir y satisfacer las necesidades y demandas de esas jurisdicciones.

Existen dos grandes modelos de descentralización fiscal: el *public choice* y el modelo *principal agente*.

El modelo de *public choice* es un modelo de opción fiscal local en el cual las distintas jurisdicciones financian la mayoría de sus gastos mediante impuestos y otros ingresos locales. Supone que exista un sistema de tributación local que permite a los ciudadanos vincular sus preferencias con los costos que estas tienen y supone que los contribuyentes, participarán más en la política local y controlarán más de cerca a las autoridades locales (Serrano y Berner, 2000). El nivel subnacional asume la total responsabilidad por la generación de sus ingresos y decide autónomamente como gastar los recursos generados.

En este modelo se expresa al máximo el principio de eficiencia económica. En la medida en que las acciones de los gobiernos subnacionales son financiados mediante impuestos y derechos locales, es la comunidad la que debe enfrentar el costo económico de dichas acciones. El ciudadano-contribuyente expresará sus preferencias en cuanto a opciones de política, o en otras palabras, opciones en torno a la combinación deseada de bienes públicos. Se sostiene que la calidad del gobierno mejora si se equiparan mejor los servicios con las preferencias de los ciudadanos, y si los gobiernos se aproximan más a quienes deberían servir, lo que asegura mayores posibilidades de que el sector público tenga que rendir cuenta de sus actos (Shah y Huther, 1997; Artana y López Murphy, 1997). En concreto, el ingreso propio local (impuestos) se sitúa en la base de la argumentación acerca de la eficiencia de la descentralización fiscal, en cuanto establece un vínculo entre impuestos y beneficios que resalta la eficiencia y fomenta la responsabilidad local.

No obstante, algunos autores advierten sobre problemas recurrentes de este mecanismo de descentralización fiscal: i) los gobiernos subnacionales pueden incurrir en problemas de indisciplina fiscal, con los consecuentes problemas presupuestarios que ello significa, ii) pueden

aumentar las disparidades entre regiones, iii) pueden evidenciarse dificultades de gestión de los niveles subnacionales para asumir las responsabilidades de la delegación (Haggard, 1999).

El modelo de *principal/agente* pretende evitar estos problemas. Se organiza en base a un mecanismo de transferencias de recursos desde el nivel central del Estado (principal) hacia los niveles subnacionales (agentes), de modo tal que las transferencias financian las tareas que el principal quiere que el agente cumpla. El agente puede ser más fuerte (autónomo) o más débil (pasivo o dependiente) en los diferentes países (Winkler, 1994; Wiesner, 1997; Di Gropello, 1997).

Este modelo corresponde más a un mecanismo de desconcentración de responsabilidades financieras, que a una auténtica forma de descentralización fiscal, porque los gobiernos subnacionales sólo asumen atribuciones en materia de gastos, pero tienen serias restricciones para la generación de ingresos propios. Es el mecanismo más presente en América Latina, sobre todo en el caso de los estados unitarios donde, a diferencia de los estados federales, los niveles subnacionales prácticamente no cuentan con atribuciones para la generación de ingresos propios.

El diseño de los modelos de transferencias agente – principal tiene como ventaja que permite satisfacer el principio de que el nivel descentralizado es más eficiente en la provisión de los servicios que los ciudadanos necesitan porque, a la vez preserva la responsabilidad del nivel central en materia de equidad y disciplina fiscal. En materia de equidad, el modelo asigna al nivel subnacional la función de asignación de recursos pero reserva al nivel central del Estado, la función de redistribución orientada a minimizar inequidades. En materia de disciplina fiscal al no existir la alternativa de generación de ingresos propios para los niveles subnacionales, tampoco existen alternativas de endeudamiento.

Descentralización democrática

Constituyen formas de descentralización democrática todos aquellos mecanismos que implican un auténtico traspaso de poder de decisión desde el nivel central del Estado hacia instancias subnacionales de gobierno. Son formas democráticas en tanto privilegian la elección directa de las autoridades subnacionales, introducen mecanismos de control ciudadano sobre la acción gubernamental y fuerzan a las autoridades gubernamentales nacionales y subnacionales a rendir cuentas públicas de sus actos (*accountability*), con el consecuente incremento de las instancias de participación ciudadana.

La *accountability* refiere a la responsabilidad del Estado de informar acerca de sus acciones. El fortalecimiento de la *accountability* en el sector público implica el fortalecimiento de las bases de un gobierno al que los ciudadanos están dispuestos a dar su confianza así como también su dinero a través de impuestos. Sienta, en este sentido, las bases del “buen gobierno”, aquel que se debe a los ciudadanos y que rinde cuentas de su gestión. La *accountability*, se liga en forma directa con la descentralización del Estado, al asumirse que una gestión más cercana a las personas y una relación más directa entre los ciudadanos, sus representantes elegidos y los funcionarios que ejecutan las políticas, redundan en mayor eficiencia y pertinencia de las políticas.

No todas las bondades ligadas a la descentralización democrática son igualmente evidentes ni de fácil implementación. Lo más fácil de lograr es la elección directa de las autoridades

subnacionales, que constituye el primer y más evidente mecanismo de descentralización democrática y que conlleva innegables ventajas, entre las que cabe destacar la ampliación del ejercicio de soberanía por parte de los ciudadanos y la contribución a la estabilidad política.

Pero fortalecer las instancias de participación ciudadana y los mecanismos de *accountability* son cuestiones más difíciles de lograr. Entre otras cosas, se requiere para ello de una adecuada transparencia en la gestión gubernamental a todos los niveles; de una sólida voluntad de parte de las autoridades nacionales para no entrometerse en los asuntos locales, cuestión que va aparejada con la generación de mecanismos eficientes de traspaso de responsabilidades administrativas y financieras; y de la existencia de una sociedad civil densa, capaz de ejercer control sobre sus autoridades.

Estas cuestiones complejizan bastante el debate sobre la descentralización democrática, porque para generar mecanismos de *accountability* no basta con un correcto diseño institucional, sino que se requiere dotar de sentido social y cultural a la descentralización, lo que se asocia con la existencia de actores autónomos, liderazgos locales, confianza social y credibilidad de la gestión en el nivel subnacionales.

Veremos que varios de los procesos de descentralización emprendidos en América Latina realizan esfuerzos importantes por avanzar en esta dirección, como ocurre por ejemplo, en Bolivia, Brasil y Colombia. Sin embargo, los resultados son aún escasos: la participación ciudadana es más bien instrumental y las autoridades e instituciones locales carecen de capacidades y atribuciones suficientes para desempeñarse como contraparte activa del nivel central.

Manor distingue tres condiciones como fundamentales para el éxito de los sistemas de gobierno democráticamente descentralizados. Ellos deben tener: i) poder suficiente como para ejercer influencia en el sistema político y sobre las actividades significativas del desarrollo, ii) capacidades administrativas adecuadas para asumir la tarea y iii) mecanismos de *accountability* confiables y eficaces para actuar de cara a los políticos electos por los ciudadanos y a los funcionarios instalados en sus puestos por esos políticos. Otros factores cruciales son la existencia de una sociedad civil viva y la disponibilidad de capital social⁴. Cuando estas dos cosas existen, lo más probable es que ayuden a las autoridades a trabajar bien. Pero estos factores no son suficientes si el sistema carece de las tres condiciones antes mencionadas.

3. MOTIVOS PARA DESCENTRALIZAR

¿Por qué y en qué circunstancias deciden las autoridades nacionales emprender un proceso de reforma tendiente a la descentralización estatal?, ¿conocen las autoridades las implicancias de iniciar un proceso de traspaso de atribuciones?, ¿qué buscan cuando se deciden a hacerlo?.

Se analizan a continuación tres tipos de motivaciones para descentralizar, i) las que derivan de la presión que ejercen las autoridades multilaterales sobre las autoridades nacionales, ii) las que

⁴ En este trabajo se entenderá por capital social la existencia de relaciones sociales significativas entre las personas (Lin, 2001)

derivan de una visión instrumental de parte de las autoridades nacionales y iii) las que derivan de un auténtico compromiso con el *empoderamiento* de los niveles subnacionales⁵.

3.1 Una prioridad de las agencias multilaterales

La literatura asigna gran importancia al contexto internacional en la explicación de las causas para iniciar procesos de descentralización en América Latina. Estos argumentos parten del supuesto que países con largas tradiciones centralistas no deciden autónomamente involucrarse en reformas descentralizadoras, sino que se ven forzados a hacerlo por la presión externa.

A mediados de los '70 comienzan a hacerse cada vez más evidentes las rigideces e ineficiencias de los gobiernos latinoamericanos y los severos problemas de manejo fiscal que dificultan conducir con éxito un proceso de desarrollo. A lo anterior se suman importantes problemas de déficit fiscal y una creciente desafección ciudadana para con los gobiernos nacionales.

La presión proviene tanto de los organismos de ayuda financiera internacional como de las organizaciones no gubernamentales de desarrollo, que ven la descentralización como una forma de superar los problemas de ineficiencia, desequilibrio fiscal e inestabilidad y abogan por introducir mecanismos que den garantías de mayor eficiencia administrativa y fiscal (Rojas, 1999). Mientras que los organismos financieros comienzan a condicionar las donaciones y préstamos a la adopción de medidas descentralizadoras, las agencias de desarrollo comienzan a cambiar el enfoque desde grandes programas de desarrollo hacia micro proyectos de participación comunitaria.

Es importante aclarar que, más allá de los orígenes de la reformas, los países desarrollan su propia convicción y compromisos con la racionalización administrativa y financiera asociada a la descentralización del Estado y transforman una prioridad de las agencias multilaterales en su propia prioridad. Además, este es un tema que entra en el debate público con una característica especial y poco frecuente en materia de debates acerca de la definición de las tareas que son propiamente responsabilidades de los Estados, su notable consenso entre sectores más situados a la izquierda o a la derecha del abanico político. Por todas las razones señaladas, este orden de motivaciones es la más extendida en el origen de los procesos de descentralización estudiados.

3.2 Intereses del nivel central de tipo instrumental

El iniciar un proceso de reforma es ante todo, una decisión política que refiere al traspaso de poder, por lo cual, las autoridades centrales que conducen los procesos de descentralización deben estar dispuestas a embarcarse en el proceso. Si esta disposición se debe a cálculos basados en el propio interés estamos en presencia de motivaciones de tipo instrumental. En otras palabras, es el caso de intereses nacionales asociados a la conveniencia político o administrativo del nivel central para descentralizar.

Entre las motivaciones instrumentales o de conveniencia para el nivel central responsable de la distribución de atribuciones es posible mencionar: i) la opción por democratizar el sistema político en el nivel local y no en la cima, es decir, mantener el control central del sistema y dar la

⁵ Esta distinción es de Manor (1999)

aparición de democratización ampliando las alternativas democráticas a nivel subnacional, ii) ofrecer posiciones oficiales de poder a figuras locales influyentes para establecer alianzas con ellos, iii) traspasar al nivel subnacional las tareas que el nivel central encuentra difíciles o costosas de asumir, iv) agradar a las agencias de donación que están a favor de la descentralización para asegurar el mantenimiento de los recursos que provienen de esas agencias.

3.3. Intereses de genuino empoderamiento

Alternativamente, es posible que las autoridades centrales esgriman una preocupación genuina por traspasar poder de decisión a las autoridades subnacionales, motivaciones que responden a un genuino interés por empoderar a los niveles subnacionales y transformarlos en conductores de sus propios procesos de desarrollo.

Entre las motivaciones de auténtico empoderamiento cabe mencionar: i) incrementar la democracia extendiendo el sistema representativo a los niveles subnacionales, ii) incrementar las oportunidades de los ciudadanos para participar en las decisiones que afectan sus vidas, iii) traspasar los mecanismos locales informales de manejo de recursos y resolución de conflictos a la política formal, iv) promover la cooperación entre el Estado y la sociedad, v) ofrecer al nivel local un mayor sentido de propiedad de los proyectos de desarrollo, haciendo esos proyectos más sustentables, vi) fortalecer la asociatividad a nivel local, vii) facilitar la cooperación entre el gobierno, el nivel local y las ONGs, viii) asegurar la responsabilidad del gobierno, ix) promover el monitoreo, la evaluación y la planificación desde abajo, x) eliminar los enclaves autoritarios creando instituciones democráticas a nivel subnacional, xi) frenar la oposición de los partidos de oposición y los grupos sociales con poca influencia en el gobierno central, dándoles oportunidades de acceder al poder en el nivel local, xii) promover una distribución más equitativa de los recursos y xiii) incrementar la legitimidad del sistema político.

Detrás de estos tres tipos de motivaciones es posible distinguir dos tipos de contextos, que resultan fundamentales para comprender el origen de los procesos de descentralización emprendidos por los distintos países. Si el contexto es dictatorial, como ocurrió en el caso chileno al momento del inicio de la reformas, priman sobre todo intereses de cálculo instrumental, ya sea de parte de las autoridades nacionales o de fuentes externas de presión. Si en cambio, como ocurre en el caso de los restantes países estudiados, el contexto es democrático, tienden a producirse conflictos entre las presiones externa de marcado sello instrumental y las motivaciones internas, que se debaten entre los esfuerzos democratizadores y los de racionalización administrativa y financiera.

II. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES Y LOS PROGRAMAS DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN LOS PAÍSES ESTUDIADOS

Los países estudiados cubren un amplio espectro de realidades en América Latina. Chile, México y Brasil destacan por trayectorias institucionales estables y democráticas; Colombia y Argentina se sitúan en un intermedio incierto -el primero por el contexto de violencia que amenaza la convivencia institucional, cívica y social, el segundo por la severa crisis económica que ha atravesado en los años 2000-; Bolivia se sitúa en el grupo de países con más problemas y rezagos del continente y se caracteriza por la presencia de un escenario institucional inestable, un clima social de ingobernabilidad, malos indicadores macroeconómicos, de pobreza y de desarrollo humano.

Cada uno de los países presenta una organización política administrativa que, junto a otros factores, determina la manera en que se gestionan, traspasan y distribuyen las responsabilidades en las distintas reparticiones de gobierno. Brasil, Argentina y México se constituyen como países federales organizados en torno a un nivel central; un nivel intermedio representado por los estados en el caso de Brasil y México y provincias en el caso de Argentina; y municipios a nivel local. En cambio Chile, Colombia y Bolivia son estados unitarios, conformados por un nivel central representado por el nivel nacional, un nivel intermedio representado por regiones en Chile y departamentos en Colombia y Bolivia, y finalmente los municipios a cargo del nivel local (ver Cuadro 2).

Con independencia de estos desarrollos disímiles, todos estos países están embarcados en procesos de descentralización que involucran traspaso de competencias a los niveles intermedios y locales. El Cuadro 3 presenta las principales características de los procesos de descentralización en los países estudiados. En él se aprecia que el primer país en iniciar las reformas es Chile, cuya reorganización territorial tiene lugar en 1974 recién iniciado el gobierno militar. El extremo opuesto es Bolivia, cuyas reformas se inician recién a mediados de los '90. Los restantes países siguen una trayectoria más o menos similar que tiene lugar entre mediados de los '80 y la década de los '90.

Las competencias de los distintos niveles de gobierno son variadas. Destaca el caso de Bolivia como el único país unitario donde el nivel intermedio tiene una amplia gama de atribuciones, similares a las que poseen estados y provincias en los países federales. Finalmente, las atribuciones del nivel local son bastante similares en todos los países y dicen relación con la gestión administrativa de servicios traspasados en educación, salud y otras tareas de desarrollo económico y social.

Con estos antecedentes de contexto, a continuación se realiza un análisis comparativo de los procesos de descentralización emprendidos en los países, primero respecto de las reformas de los sistemas de educación y salud y luego, respecto de la implementación de las políticas sociales y de superación de la pobreza

Cuadro 2. Sistema y estructura de gobierno en los países seleccionados, 2005

País	Sistema de gobierno	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Local
Brasil	Federal	Federal	26 estados Distrito Federal	5.561 municipios
Argentina	Federal	Federal	23 provincias Ciudad de Buenos Aires	2.112 comunas y/o municipios ⁶
México	Federal	Federal	32 estados Distrito Federal	2.435 municipios
Chile	Unitario	Nacional	13 regiones 51 provincias	342 municipios
Colombia	Unitario	Nacional	32 departamentos Distrito Capital	1.092 municipios 4 distritos especiales
Bolivia	Unitario	Nacional	9 departamentos 112 provincias	311 municipios 1.836 cantones

Fuente: En base a Di Gropello, 1997 (Cuadro 3; p.27)

⁶ Fuente: Secretaría de Asuntos Municipales del Ministerio del Interior de Argentina (www.municipios.gov.ar)

Cuadro 3. Principales características de los procesos de descentralización estudiados

	Brasil	Argentina	México	Chile	Colombia	Bolivia
Principales Reformas	La Constitución de 1988 define un nuevo arreglo federativo con una significativa transferencia de capacidad decisoria, funciones y recursos desde el gobierno nacional hacia los estados y municipios.	En 1994 la Reforma Constitucional consagró la autonomía política, institucional, administrativa, económica y financiera de los municipios. En 1988 se aprueba una reforma a la ley N° 23.548 ampliando los recursos coparticipados a las provincias (les otorga el 57,66% de los recursos a distribuir)	En 1983 se realiza una reforma en la Constitución que establece fuentes de ingresos propios y exclusivos para los municipios. La descentralización es considerada dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 como una prioridad de gobierno (lo cual se ratifica en el Plan 2001-2006)	En 1974 se dicta el decreto de ley que organiza territorialmente al país en 13 regiones y 51 provincias, otorgando una definición legal de las responsabilidades que asumen los gobiernos subnacionales. En 1992 se democratizan las municipalidades. En 1993 se dicta la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Interior del Estado, que dota a los gobiernos regionales de personalidad jurídica de derecho público.	En 1986 se instaura la elección democrática de alcaldes En 1991 se dicta una nueva constitución que transfiere recursos y competencias a municipios y departamentos.	- Ley de Participación Popular de 1994 que establece la creación de jurisdicciones municipales urbano-rurales en todo el país a cargo de gobiernos municipales autónomos y elegidos por voto popular. Transfiere responsabilidades concretas a organizaciones sociales - En 1995 se dicta la Ley de Descentralización Administrativa que instala un poder ejecutivo a nivel departamental
Competencias Nivel Central	Administra las reservas cambiarias del país, fiscalizar las operaciones financieras, elaborar los planes nacionales, regionales y sectoriales de desarrollo económico y social, las directrices para el desarrollo urbano y administrar los servicios de telecomunicaciones, energía, navegación aérea, transportes e infraestructura.	Responsable del diseño, planificación y financiamiento de las políticas de desarrollo social y económico. Control relativo sobre la recaudación de impuestos. Establece las directrices del régimen de coparticipación. Responsable de la regulación de la educación, seguridad social y salud.	Responsable del diseño, planificación y financiamiento de las políticas económicas y de protección social. Tiene a su cargo la realización de obras de infraestructura social. Tiene la responsabilidad por la recaudación de impuestos y transferencias de recursos a niveles subnacionales.	Responsable del diseño, planificación y financiamiento de las políticas de desarrollo económico social y de protección. Cumple funciones normativas, de planificación y control de la salud y educación.	Responsable de planear y coordinar el desarrollo global de la economía, garantizar el acceso de la población a los servicios de educación y salud, definir lineamientos de administración de servicios públicos y hacer inversión en obras públicas de carácter nacional.	Tiene a su cargo la formulación y planificación de planes y políticas públicas de nivel nacional. Cumple funciones normativas, de planificación y control de la salud y educación. Es responsable de la recaudación de impuestos y realiza transferencias condicionadas a gastos específicos de los niveles subnacionales

	Brasil	Argentina	México	Chile	Colombia	Bolivia
Competencias Nivel Intermedio	Los estados tienen la facultad de administrar su propia organización, formular su propia ley presupuestaria, de política social, tributaria, de transporte y cultural.	Poseen recursos propios (perciben cuatro impuestos principales) y capacidad de endeudamiento. Poseen gobierno autónomo mediante elección democrática de gobernadores. Realizan proyectos de infraestructura básica y de servicios. Brindan servicios de salud y educación. Responsables de programas sociales de alimentación y vivienda.	Brindan servicios de educación, salud y servicios y bienes públicos. En salud posee autonomía financiera y poder de decisión sobre los planes. Es responsable de la seguridad pública. Recibe transferencias de recursos desde el nivel central es a ejecutar.	Gozan de autonomía relativa y patrimonio propio. Encargados de planificar el desarrollo regional a través de cuatro instrumentos de inversión pública de decisión regional. Recibe recursos por medio de la Ley de Presupuesto de la Nación. No tiene atribuciones en materia tributaria.	Planear el desarrollo departamental, coordinar y proveer los servicios de salud, otorgar apoyo a los municipios en la prestación de servicios públicos y ejecutar obras públicas a nivel departamental.	Formular los planes de desarrollo económico y social del departamento; ejecutar los proyectos de inversión pública; administrar y supervisar recursos humanos en salud, educación y asistencia social; operar servicios de asistencia social, deportes, cultura, turismo, agropecuarios y vialidad. Reciben recursos del nivel central coparticipados, fondos de compensación y asignaciones anuales del presupuesto nacional.
Competencia Nivel Local - Municipal	Tienen autonomía, autoridad sobre su organización, administración y recaudación de impuestos. Administran los servicios públicos de su ámbito en las áreas de salud, educación, transporte y cultura.	Cuentan con autonomía política, institucional, administrativa, económica y financiera. Son ejecutores de programas sociales de abatimiento a la pobreza. Responsables del aseo y ornato de las ciudades.	Poseen fuentes de ingresos propios y exclusivos. Tienen facultades operativas sobre los programas de protección social. Dependen de la voluntad de los estados para operar en salud y educación. Reciben transferencias para desarrollar obras de infraestructura social	Brindan servicios de educación y salud. Responsabilidad por la operación de programas sociales. Aplican las disposiciones sobre transporte, tránsito público, construcción y urbanización; planificación y regulación urbana de la comuna; aseo y ornato; promoción del desarrollo comunitario. Poseen recursos propios provenientes de la recaudación de impuestos locales y prestación de servicios, reciben recursos complementarios del Fondo Común Municipal y transferencias del nivel central.	Prestan servicios públicos domiciliarios cuando corresponda, proveer servicios de educación y salud, efectuar obras públicas de carácter local y promover la participación de la ciudadanía. Pueden solicitar crédito para proyectos de inversión.	Administran la infraestructura física de los servicios públicos de salud y educación. Poseen responsabilidades compartidas con la ciudadanía en proyectos de desarrollo local, vigilancia, gestión de servicios de salud y educación. Aplican las disposiciones sobre transporte, tránsito público, construcción y urbanización. Responsables de Aseo y Ornato. Poseen recursos propios provenientes de servicios prestados e impuestos locales y reciben fondos coparticipados desde el nivel central

2.1 LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD

A partir de fines de los años '70 todos los países estudiados emprenden importantes reformas a la educación y la salud, que ponen énfasis en la eficiencia administrativa y financiera de la prestación de servicios a través del traspaso de funciones y atribuciones de distinto rango a los niveles subnacionales. A continuación se presenta un análisis comparativo de estos procesos, que da cuenta de los aspectos comunes a las reformas descentralizadoras emprendidas en América Latina, así como de los avances realizados por algunos países hacia una descentralización de tipo democrática

Al examinar las características de dichos procesos en los seis países estudiados es posible apreciar que, en términos generales, ellos exhiben una trayectoria bastante similar. Ello es especialmente notorio en lo que dice relación con la modalidad de descentralización fiscal, que evidencia, en todos los casos, la adopción del modelo agente/principal para la organización financiera de los servicios traspasados.

Los niveles subnacionales tienen un bajo margen de autonomía para la decisión sobre el uso de los recursos, que se encuentran condicionados a los mecanismos de transferencias. Las principales excepciones son las de Argentina y Brasil (en el caso de la salud) donde, aún cuando la mayor parte de los recursos para la gestión de la salud y la educación provienen del nivel central y no son generados en forma autónoma por los estados, una vez realizados los traspasos los recursos pueden ser utilizados en forma discrecional. Ello explica que en la década de los '90 hiciera crisis una situación de endeudamiento generalizada entre los países federales de América Latina (a la que se suma también Colombia)⁷.

También se observan importantes similitudes en la fecha de consolidación de los procesos de descentralización e instalación de la normativa actualmente vigente para el soporte legal de los mecanismos de traspaso de atribuciones financieras y administrativas.

En el Cuadro 4 se señalan las principales leyes que regulan la operación del sistema en los distintos países estudiados. Según se aprecia, la mayor parte de estas datan de comienzos y mediados de los '90. La única excepción se da en el caso de Chile, donde los procesos de traspaso se inician en la década de los '80, aún cuando ello no se aprecie al observar la normativa que regula actualmente el sistema educativo, que ha sido reformado tras la recuperación de la democracia en el país.

Respecto de las cuestiones normativas, cabe destacar la situación de Brasil y Colombia, donde las atribuciones de los distintos niveles de gobierno quedan establecidas en la Constitución de los respectivos países.

⁷ El problema de endeudamiento de los niveles intermedios de gobierno motivó al BID, a través de su Red de Centros de Investigación, a realizar un conjunto de estudios de caso sobre el tema a comienzos de los 2000.

Cuadro 4. Soporte legal vigente de los procesos de descentralización de la educación y la salud

	Educación	Salud
Brasil	Constitución de 1988 aumenta la cuota municipal de coparticipación en los impuestos para la administración del sistema. Con la Ley de Financiamiento de la Educación (1995) el nivel federal asume un papel más activo en el impulso a la municipalización	En 1988 se crea el Servicio Único de Salud. Ley Orgánica de Salud (1990) estructura las características esenciales del modelo de descentralización sanitario.
Argentina	Pacto Educativo Federal y Ley Federal de Educación (1993). Establece las condiciones para el financiamiento del sistema y las tareas a desarrollar por los distintos niveles	En 1996 se crea la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado el Ministerio de Salud que supervisa, fiscaliza y controla los agentes que integran el sistema.
México	Ley General de Educación (1993) establece que la función social educativa concurren tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal.	En 1996 se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, mediante el cual el gobierno central transfiere a los estados la responsabilidad para prestar servicios de salud y medicina preventiva.
Chile	Ley 18.956 de 1990 reestructura el Ministerio de Educación. Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza de 1990 fija los objetivos generales de los ciclos educativos. Ley Subvenciones de 1998, regula la administración y financiamiento de los servicios traspasado de educación.	Ley 18.469 de 1985 crea un régimen de prestaciones de salud. Estatuto de Atención Primaria de 1995 norma los criterios para la administración descentralizada de la Salud Primaria.
Colombia	Ley 24 de 1988 reestructura el Ministerio de Educación. Ley 29 de 1989 descentraliza ciertos aspectos de la administración de la educación al nivel local, otorga mayores atribuciones a los alcaldes y establece el traspaso de los docentes a los municipios. Nueva Constitución (1991) traspasa la gestión educativa a los departamentos y, en 1994, a los municipios.	En 1990 tiene lugar la reforma del sector, que se ve ratificada en la Constitución de 1991 que establece la gestión descentralizada y participativa, por niveles de atención, de la salud pública.
Bolivia	Ley de Reforma Educativa (1994) formaliza los aspectos interculturales, multilingüísticos, universales y participativos de la educación y establece la estructura desconcentrada de administración del sistema.	Decreto Supremo 24.237 de 1996 crea el Sistema Público de Salud descentralizado y participativo.

Las coincidencias en el tipo de procesos emprendidos y el momento de consolidación legal de los mismos pueden ser analizadas a la luz de las características de origen de los procesos y las motivaciones aducidas por los Estados para realizar dichas reformas.

Según se aprecia en el Cuadro 5, a excepción del caso boliviano, en todos los demás países la descentralización de los servicios de salud y educación es una decisión radicada en el nivel central y, desde esta perspectiva, impuesta a los niveles subnacionales. La motivación para iniciar estos procesos en la mayor parte de los casos se asocia a cuestiones de tipo fiscal y de eficiencia administrativa. Las excepciones son Bolivia y Colombia, donde se

constata una mayor preocupación por la democratización y la distribución del poder político. Aunque en un sentido distinto, cabe destacar también como excepción el caso de Brasil, el único en que existe presión de parte de distintos actores de la sociedad civil, por iniciar y profundizar los procesos de descentralización.

Cuadro 5. Origen y motivaciones de las reformas de descentralización de la educación y la salud

	Origen (centralizado o de la base)	Motivaciones (fiscales, de eficiencia, políticas)
Brasil	Desde el centro (gobierno federal) y desde los estados	Motivaciones variadas según estado (de tipo fiscal en muchos casos). Motivaciones del gobierno federal más bien centradas en la eficiencia
Argentina	Desde el centro (1978: imposición a las provincias; 1992: negociada)	Motivaciones fiscales reducción del tamaño del Estado, desequilibrios macroeconómicos y fiscales)
México	Desde el centro, negociada	Legitimación del gobierno; control de situaciones conflictivas (con el sindicato y grupos disidentes); influencia del contexto internacional; eficiencia
Chile	Desde el centro	Motivaciones fiscales (reducción de tamaño del Estado, fomento de un proceso de privatización); políticas (debilitamiento del sindicato); y de eficiencia
Colombia	Desde el centro, negociada	Redistribución de poder político (legitimación del Estado); control de situaciones de conflicto; democratización; eficiencia social
Bolivia	Consensual	Democratización, redistribución de poder político

Fuente: En base a Di Gropello, E. y Cominetti. R. (1998)

Estas coincidencias permiten concluir sobre la influencia de los organismos internacionales en el diseño de los procesos de descentralización emprendidos por los países. Según se señaló al exponer los antecedentes teóricos sobre descentralización, la presión externa se verifica en la forma de condicionamiento de los créditos de apoyo a los países, a la adopción de medidas de racionalización del uso de los recursos y eficiencia administrativa en la gestión de los servicios. Ello explica que en todos los países las reformas se consolidaran en la misma época, fueran inducidas principalmente por motivaciones fiscales y adoptarían, en materia financiera, el modelo de agente principal. Ello explica también que, en términos políticos, la mayor parte de los procesos adquieren la forma de descentralización administrativa o desconcentración, donde se traspasan funciones de gestión, pero no de toma de decisiones.

Los cuadros 6 y 7 comparan la secuencia y velocidad de los procesos de descentralización de la educación y la salud respectivamente, en los países estudiados. Siguiendo a Di Gropello y Cominetti (1998) la información se presenta desagregada por nivel (al que se traspasan atribuciones), por competencia y por área geográfica o alcance territorial de las reformas.

Al observar los procesos por nivel, se aprecia que en el caso de los países federales la mayor cantidad de atribuciones se transfieren al nivel intermedio (estados o provincias), mientras que en los países unitarios estas se transfieren al nivel local (municipio) asumiendo los niveles intermedios sólo responsabilidades marginales de supervisión o acompañamiento de los procesos que tienen lugar a nivel local.

El análisis por competencias confirma lo antes señalado respecto del tipo de procesos de descentralización emprendidos, que ponen énfasis en lo administrativo. Finalmente, el análisis del alcance territorial de los procesos muestra que a excepción de Bolivia, en todos los casos estos se encuentran plenamente finalizados, habiendo sido traspasadas las funciones y atribuciones definidas a la totalidad de las provincias, estados o municipios, según el caso.

A pesar de los énfasis y tendencias generales señaladas, es preciso tener en cuenta que en algunos de los países se han realizado importantes avances tendientes a la profundización de los procesos de descentralización a través del incremento de la participación de los usuarios y el traspaso de mayores competencias a los niveles subnacionales.

El caso más evidente en el primero de los sentidos mencionados es el de Bolivia, donde la descentralización forma parte de un proceso más amplio de participación popular. Sin embargo, la evaluación del proceso boliviano es, sin lugar a dudas, negativa, pues la ampliación de oportunidades ligada a Ley de Participación Popular se ve dificultada por la falta de una institucionalidad pública que acoja las crecientes demandas ciudadanas desde el Estado y favorezca un proceso sinérgico tendiente al desarrollo de los niveles subnacionales de gobierno y porque, efecto, lo que se descentraliza es efectivamente poco.

Los avances de este tipo en los demás países se verifican en la creación de consejos escolares y de salud, que convocan a padres, apoderados y usuarios a formar parte de instancias de traspaso de información y toma de decisiones asociadas a la provisión de los servicios. Pero se trata en todos los casos de procesos recientes que, hasta el momento, no reportan resultados positivos en materia de incremento de la participación.

Respecto de la ampliación de competencias, el caso emblemático es el de la salud en Brasil, donde el traspaso de competencias a los niveles subnacionales se realiza a expresa petición de estos adecuándose al grado en que los distintos estados se sienten capaces de asumir nuevas responsabilidades. Acá la principal dificultad evidenciada dice relación con la ambigüedad en la definición de las competencias efectivamente traspasadas y su repercusión en los nuevos espacios y canales de participación social abiertos a los usuarios.

Cuadro 6. Educación: secuencia y velocidad de los procesos de descentralización

	Por nivel	Por competencia	Alcance territorial
Brasil	Traspaso de competencias a los estados. A partir de mediados de los '80 procesos de municipalización	Transferencia de competencias, atribuciones, instalaciones y equipamiento del estado hacia los municipios Autonomía escolar (traspaso de recursos a las escuelas y desconcentración participativa. Autonomía curricular de los establecimientos)	A partir de 1995, con la nueva ley de financiamiento, la municipalización involucra a todo el país.
Argentina	1978 :traspaso casi total a provincias de la educación primaria 1991-1993:traspaso educación secundaria	Se traspasa a provincias competencias administrativas, financieras y programáticas. (municipios no reciben competencias)	En 1992 se completa el traspaso de servicios de educación primaria y secundaria en la totalidad de las provincias.
México	1992: traspaso a los estados de establecimientos federales de educación	Traspaso inicial de responsabilidades limitadas. Modalidades heterogéneas de descentralización entre estados. Gobierno federal centraliza funciones esenciales y descentraliza la operación a los estados, que cumplen la función de prestar los servicios de educación básica y la formación de maestros	Proceso lento. Hasta 1998 el gobierno central aún mantenía la prestación de los servicios en el distrito federal para cerca de dos millones de alumnos de todos los niveles.
Chile	1980/81: traspaso a las municipalidades de escuelas primarias y secundarias. 1986/89: se completa el proceso	Inicialmente solo se traspasan competencias administrativas (limitada autonomía financiera y programática) 1994 se profundiza municipalización en lo administrativo y programático (lo financiero se recentraliza). Empuje a la autonomía escolar.	El proceso procede lentamente entre 1981 y 1989 para llegar a una cobertura total de municipios.
Colombia	1987: cesión a los municipios de las responsabilidades de manejo de la infraestructura física. Constitución '91 establece la descentralización de la educación. Traspaso de los servicios a los departamentos 1994: comienza transferencia hacia municipios.	Traspaso de amplias responsabilidades a los departamentos. Se reducen las competencias administrativas de los municipios (aumentan levemente las financieras)	1993-96: traspaso en once de los 32 departamentos y en pocos municipios.
Bolivia	1994: descentralización de la provisión de servicios hacia el nivel municipal. 1995: delegación de responsabilidades a los departamentos	El nivel departamental tiene responsabilidades de planificación de los servicios educativos, administración de los recursos humanos y funcionamiento del sistema educativo nacional. El municipio se encarga de infraestructura	Descentralización rápida a nivel municipal; gradual a nivel departamental.

Fuente: Elaboración propia en base a Di Gropello, E. y Cominetti. R. (1998)

Cuadro 7. Salud: secuencia y velocidad de los procesos de descentralización

	Por nivel	Por competencia	Alcance territorial
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 calificado	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.
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 autogestionados).	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.
México	Descentralización en los estados. No hay indicación explícita respecto a la municipalización.	1983- 1995: Gestión de los servicios traspasada de una vez. 1996: Competencias definidas y asignadas al comienzo del proceso.	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. Rápido a partir de 1996. No hay requisitos. Todos los Estados. Ese fue un año de transición en el cual el nivel central conjuntamente con los estados definió asignación de los presupuestos estatales.
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.
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.

Fuente: Elaboración propia en base a Di Gropello, E. y Cominetti. R. (1998)

2.2 DESCENTRALIZACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL Y DE SUPERACIÓN DE LA POBREZA

Este capítulo discute acerca de la descentralización que presentan la política social y de superación de la pobreza en los seis países que cubre el estudio: Brasil, Argentina, México, Chile, Colombia y Bolivia.

Al igual que en los casos de la descentralización de los servicios sociales de educación y salud, se afirma que la política de asistencia social es crecientemente descentralizada y se aboga por el mayor dinamismo local en la generación de soluciones, gestión de programas, apertura de espacios de co-gestión con la ciudadanía, etc. América Latina. En efecto, la ventanilla por la que la política social se encuentra con los beneficiarios es la ventanilla del municipio que, en forma creciente se ha ido transformando en una agencia vital del desarrollo y la asistencia social de los más pobres. Allí están no solo los consultorios y escuelas, sino las oficinas locales de los programas de desarrollo social y de los programas focalizados de transferencia de ingresos.

Al comparar los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud y la política social anti pobreza se encuentran algunas semejanzas y muchas diferencias. La educación y la salud han experimentado un proceso de desconcentración administrativa y funcional que sitúa a los municipios como el agente responsable de todas las actividades asociadas a la ejecución de los servicios. En forma similar, en materia de pobreza, los municipios son responsables de la ejecución de las líneas programáticas que vienen definidas desde el nivel central e incluso a veces, desde las prioridades de las agencias multilaterales. Sin embargo, los procesos son diferentes. No se traspasan atribuciones, recursos, personal, equipamiento e infraestructura desde el nivel central a un nivel descentralizado, como ocurrió al traspasar los servicios de educación y salud. Solamente se asignan responsabilidades y, normalmente, los recursos que se traspasan en su mayor parte van directamente a los beneficiarios. De paso, las nuevas tareas en materia de asistencia y desarrollo social constituyen una dinámica experiencia de entrenamiento y apertura a nuevas metodologías que instala nuevas preocupaciones en la gestión social municipal.

A continuación se describe la evolución de las políticas y programas de superación de la pobreza en los seis países estudiados, desde el punto de vista de su contribución al proceso de descentralización. Para cada uno de los países se presenta, en primer lugar, una breve síntesis de las características de las políticas implementadas durante los años '90 y 2000, con énfasis en la descripción del principal programa de protección social actualmente vigente en el país. Luego se describen con mayor detalle las políticas de los '90 y el Programa emblemático de los 2000, señalando en cada caso las atribuciones que le competen a cada nivel del Estado en su implementación, la normativa que las regula y las fuentes para su financiamiento. Finalmente, se realiza una breve descripción de los principales resultados de estas políticas.

BRASIL

Las políticas de protección social en Brasil, hasta el año 1988, cuando se modifica la Constitución, se caracterizaban por su centralización financiera y administrativa. Más adelante, ya en los 90, estados y municipios, dotados constitucionalmente de autonomía política y fiscal, asumen funciones de gestión de políticas sociales por propia iniciativa o por adhesión a un programa propuesto por un nivel más amplio de gobierno.

El año 1993, y como consecuencia de un conjunto de críticas a los programas sociales destinados a la superación de la pobreza en los que se observa clientelismo, centralización, superposición y fragmentación de las acciones, pulverización de los recursos, ineficiencia y discontinuidad (Medeiros y otros, 1995), se comienzan a reestructurar las políticas de superación de la pobreza, introduciendo como uno de sus ejes la descentralización. Se crea así el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria (CONSEA), que introduce los principios de *parcería*, solidaridad y descentralización. En 1995, recogiendo el modelo originado por el CONSEA, se da origen a Comunidad Solidaria, una red de programas sociales basada en la integración y descentralización de las acciones de gobierno. A lo largo de la segunda mitad de la década de los 90 esta se extendió constituyéndose una red de programas que buscaban operar coordinada y descentralizadamente en todo el territorio⁸. Sin embargo, incluso antes del cambio constitucional de gobierno que aleja a Cardoso y lleva a Lula a la presidencia del Brasil, se observa un cambio de propósito desde la prioridad puesta en la generación de capacidades, la co-gestión y el desarrollo local, a la focalización en población pobre para poner marcha grandes mecanismos de transferencia de ingreso.

El año 2003, el entrante presidente Lula da Silva propuso un nuevo abordaje en política social en la forma del programa “Hambre Cero”, que tenía por propósito garantizar el acceso a una alimentación adecuada, entendida por el gobierno como un derecho inalienable. Ese año se agruparon todos los programas federales de transferencia de ingresos a las familias en la denominada “Bolsa Familia”, que pasó a ser uno de los ejes de Hambre Cero. Éste incluye, además de las transferencias, programas de promoción social. Todas las acciones implementadas implican la participación de los distintos niveles de gobierno, sin embargo, el diseño y la asignación de los recursos dependen esencialmente del nivel federal.

Políticas de superación de la pobreza durante los ‘90

A la vez que, en 1995 se dio curso a Comunidad Solidaria, el gobierno disolvió dos ministerios, el Ministerio de Integración Regional y el Ministerio de Bienestar Social, bajo la premisa de que el combate a la pobreza y la desigualdad no es tarea de una instancia específica, sino compromiso del gobierno como un todo. Comunidad Solidaria surge así como una estrategia de gestionar acciones públicas con base en la integración y descentralización de las acciones de gobierno. Es una propuesta del gobierno federal que

⁸ El presente análisis hace referencia a Comunidad Solidaria durante los 90, pues en el año 2000 cambia su diseño institucional. Si bien la red de programas sociales (REDESOL) continúa operando, esta vez está bajo la coordinación de COMUNITAS, una organización de la sociedad civil ya no inserta en el aparato gubernamental, que cuenta con financiamiento público y privado.

pretende una alianza entre los tres niveles de gobierno, federal, estadual y municipal y con la sociedad civil.

De acuerdo a la estrategia de Comunidad Solidaria, cabe a los gobiernos estaduais nombrar a un interlocutor oficial de Comunidad Solidaria, que se constituye en canal único de comunicación con los municipios y también con el gobierno federal. Los estados van conformando sus estrategias según sus especificidades institucionales, financieras, políticas y culturales. Estos interlocutores estaduais tienen por misión articular, coordinar y acompañar la llegada de los programas integrantes de la Red Comunidad Solidaria a los municipios. Sus funciones son similares a las de la Secretaría Ejecutiva, sólo que a nivel estadual. Por su parte, la figura del interlocutor municipal surge en 1997, con atribuciones semejantes a las de los interlocutores estaduais.

Durante los `90, los programas que componen Comunidad Solidaria se financian a partir de recursos de un conjunto de actores públicos y privados⁹. La colaboración entre los diversos actores sociales se constituyó en el eje del sistema y la participación de la empresa privada brasileña en uno de sus distintivos.

Un ejemplo de financiamiento compartido es el de los proyectos derivados de los Foros locales de desarrollo, de los cuales el gobierno federal se responsabiliza por el 35% de los recursos para su implementación, los estados por el 33%, los municipios por el 21% y el Servicio Brasileiro de Apoyo a la Micro y Pequeña Empresa (SEBRAE) por el 11% restante.

En forma paralela a Comunidad Solidaria, se implementaron otros programas sociales, tales como: PETI (Programa de Erradicación del Trabajo Infantil); Programa de Asentamientos Rurales, Programa Garantía de Ingreso Mínimo, el Programa Todos los Hijos a la Escuela, Programa de Salud a los Hijos y Alimento materno, Programa de Combate al Abuso y Explotación de los Niños y Adolescentes, el Programa de Salud de la Familia, el Programa de Atención a Personas Portadoras de Deficiencias, el Programa de Alimentación Saludable, el PAB (Piso de asistencia básica), el Programa Brasil Emprendedor, Proyecto Alborada y Fondo de Combate a la pobreza.

⁹ Comunidad Solidaria tenía un presupuesto anual de USD\$175 millones, conformado en su mayoría por donaciones privadas y corporativas. Interactuaba con más de mil organizaciones no gubernamentales y más de 70 auspiciantes empresariales. Dentro de los principales actores que financiaban la implementación de los programas de Comunidad Solidaria se encuentran la Caja Económica Federal, SEBRAE (Servicio Brasileiro de Apoyo a la Micro y Pequeña Empresa), PETROBRAS, UNESCO y Agencia Brasil - Radiobras.

Hambre Cero-Bolsa Familia

Programa Hambre Cero – Bolsa Familia

El Programa Hambre Cero encabeza la política social del actual gobierno del Presidente Lula da Silva. Su objetivo es garantizar el derecho humano a la alimentación en todo el territorio nacional con énfasis en las 44 millones de personas que, se estima, sufren inseguridad alimentaria o nutricional. Combina políticas estructurales que abordarían las causas profundas del hambre (programas de generación de empleo y aumento del ingreso, reforma agraria, asistencia social merienda escolar, ingreso mínimo, incentivos a la agricultura familiar) con políticas asistenciales de emergencia para atender a las familias carenciadas (programa de cupones de alimentación, donación de canastas básicas de emergencia, mantención de stocks de seguridad, seguridad y calidad de los alimentos, educación sobre alimentos y consumo) y políticas locales implementadas por cada municipio de acuerdo con su realidad particular (que corresponden en las áreas metropolitanas, a restaurantes populares, bancos de alimentos, modernización del equipamiento público y nueva relación con supermercados y redes de distribución; en las áreas no metropolitanas, bancos de alimentos, relaciones con minoristas, modernización del equipamiento público y agricultura urbana; y en las áreas rurales, apoyo al autoconsumo y a la agricultura familiar).

El programa tiene dos objetivos: a) combatir el hambre, la pobreza y las desigualdades por medio de la transferencia de un bono monetario asociado al acceso de derechos sociales básicos: salud, educación, asistencia social y seguridad alimenticia; y b) promover la inclusión social, contribuyendo a la emancipación de las familias beneficiarias, construyendo medios y condiciones para que puedan salir de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran.

Bolsa Familia se inicia el año 2003 con el propósito de unificar a todos los programas de transferencia directa de renta del gobierno federal (Bolsa Escuela, Bolsa Alimentación, Cartón de Alimentación y Auxilio Gas), a los que se suma uno nuevo que la absorbe: Hambre Cero. Es un programa de transferencia de renta con condicionalidades que consisten en participar del acompañamiento de la salud o del estado nutricional de los niños, matricular a todos los niños en edad escolar en la escuela y asegurar su asistencia a clases y participar de las acciones de educación alimentaria ofrecidas por el gobierno.

Criterios de focalización y cobertura

El programa Bolsa Familia cuenta con un catastro único de los beneficiarios de todos los programas de transferencia de renta preexistentes y utiliza una carta magnética unificada para la entrega de los beneficios. Son beneficiarias todas aquellas familias en situación de pobreza, es decir, cuyos ingresos no superen USD\$1 al día (R\$300). A junio del 2004, la cobertura del conjunto de programas de transferencia de renta del gobierno ascendía a los 11 millones de personas, de acuerdo al CONSEA¹⁰.

En el año 2004, de acuerdo a una evaluación coordinada por Rosa María Márquez, Bolsa Familia llegaba a más de 16 millones de personas, generando un impacto importante en los municipios en los que habita mayor número de beneficiarios, los que se ubican preferentemente en el nordeste. A partir de la información disponible a la fecha, la implementación del Programa Hambre Cero ha contribuido a mejorar la condición nutricional, educativa y sanitaria de las familias.

Con la llegada de Lula al gobierno en el año 2003, se vuelven a centralizar las estrategias de combate a la pobreza en un ente articulador, creándose el Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS), que coordina el programa Hambre Cero. El MDS es parte del Comité Gestor Interministerial (CGI), que coordina el programa junto con los ministros del área social y los de Planificación y Hacienda, además del Presidente de la Casa Civil. La Secretaría ejecutiva es el brazo operativo del CGI y coordina la implementación del programa respecto de la realización del catastro, el pago de beneficios, el monitoreo y la evaluación.

¹⁰ Ver www.planalto.gov.br

La Ley 5.079 de Mayo del 2004 dispone sobre la nueva composición, estructuración, competencia y funcionamiento del CONSEA, primer nicho institucional desde el cual se plantea que opere el Programa Hambre Cero, siendo traspasada su coordinación luego al MDS.

Con la implementación de Hambre Cero, los tres niveles de gobierno son co-responsables en la implementación del programa y de la selección de las familias. Además, por medio de términos de cooperación, los gobiernos estatales y municipales pueden complementar los beneficios del programa Bolsa Familia con recursos propios, aumentando el valor traspasado a cada familia, y participar con programas y políticas complementarias. El papel de los estados va desde el apoyo técnico y logístico para la ejecución del Programa en los municipios, hasta la realización de tareas para una efectiva coordinación del programa, dependiendo de la disponibilidad y recursos de cada estado. Los gobiernos estatales tienen las siguientes atribuciones: designar un interlocutor para dar inicio al proceso de negociación y articulación con el gobierno federal; apoyar la implementación del programa en el estado; promover la articulación de las acciones para asegurar el carácter intersectorial del programa; viabilizar la oferta de servicios en las áreas relacionadas al Programa; apoyar a los municipios en el proceso de catastro; apoyar a los consejos estatales y municipales a fin de garantizar el control social del programa; colaborar con el poder judicial en la reducción del número de familias no inscritas en el registro civil.

En los municipios, el programa es implementado por medio de una unidad de coordinación que tiene las siguientes tareas: articular a los diversos órganos locales vinculados con el Programa; coordinarse con la Secretaría Ejecutiva, la Caja Económica y los gobiernos estatales; y atender directamente a los beneficiarios potenciales y actuales del Programa. Los gobiernos municipales deben estructurar un equipo multisectorial de coordinación del Programa; proveer las condiciones necesarias para su operación (infraestructura física y logística); asegurar la oferta de servicios básicos de salud, educación, acompañamiento alimenticio; proveer las condiciones para la validación de la selección de las familias por parte de las instancias de control social (compuestas por representantes del sector público y de la sociedad civil); coordinar el proceso de catastro, selección, renovación y suspensión de las familias beneficiarias; capacitar a los profesionales involucrados (junto con el gobierno federal, que coordina la capacitación) y evaluar el desempeño del programa en el municipio.

La transferencia de ingreso opera mensualmente con recursos federales dirigidos a las familias, aún cuando, como ya se mencionó, los estados y municipios tienen la posibilidad de aumentar los recursos destinados a las familias a partir de sus propias arcas. Exceptuando los gastos de educación y de la Reforma Agraria, los gastos sociales correspondientes a salud y asistencia social se financian gracias al presupuesto de seguridad social y la contribución de empresas privadas¹¹.

¹¹ Para el financiamiento del programa se estima necesario contar con R\$45 billones al año, de los cuales R\$4 billones provendrían del Fondo de Combate a la Pobreza.

Resultados

La literatura sobre esta materia señala que las políticas destinadas al combate a la pobreza que se han implementado desde los 90 hasta el presente (Comunidad Solidaria y Hambre Cero), han exhibido resultados positivos en términos de cobertura y de cumplimiento de sus propios objetivos (De Lara Resende, 2000; Yasbek, 2004).

Sin embargo, no puede decirse que dichos programas constituyan ejemplos de una gestión comprometida con la descentralización. Si bien ambos incluyeron en de sus declaraciones la importancia de la descentralización, no siempre se dio como resultado un traspaso efectivo de atribuciones y recursos a los niveles subnacionales. Tanto en Comunidad Solidaria como en Hambre Cero, el diseño y las definiciones técnico-metodológicas vienen determinadas desde el nivel federal, y los estados y municipios cumplen una función esencialmente operativa.

Los cambios que buscan mayor descentralización vienen desde la Constitución de 1988, la que en materia de política social, incorporó la asistencia a la seguridad social, definiéndola como un derecho indispensable para garantizar un piso al ejercicio de la ciudadanía; creó la renta mínima vitalicia para los ancianos carentes y para los deficientes físicos; estableció la gestión político-administrativa participativa; preconizó la municipalización de la asistencia social, definió con más claridad las formas y fuentes de financiamiento, destinando al sector 10% de los recursos del presupuesto de la seguridad social, además de recursos del Tesoro y de los presupuestos de los estados y municipios. Los principios constitucionales se materializaron en la Ley Orgánica de la Asistencia Social (LOAS), sancionada en 1993.

Pese a todo, la Asistencia Social fue el área que cambió menos desde el punto de vista de la redistribución efectiva de competencias y atribuciones entre las instancias de gobierno (Tavares, 1995). Además. Señala la autora, los aparatos federales combinan una fuerte centralización decisoria y de recursos con una elevada “pulverización” en la ejecución, con frecuencia a cargo de una amplia variedad de asociaciones comunitarias.

Tres factores parecen ser los principales responsables de la ausencia de una reforma efectivamente racionalizadora y descentralizadora y todos tienen que ver con dinámicas políticas e institucionales: i) la inexistencia en el ámbito federal de una política nacional de reforma; ii) la importancia del aparato federal de asistencia como instrumento clientelista y de negociación política entre la Presidencia, sus bases en el Congreso y sus apoyos en los estados y; iii) la fragilidad política de la coalición de apoyo a las propuestas reformistas.

ARGENTINA

Las políticas de protección social que se desarrollaron durante la década de los noventa y los primeros años del 2000, se caracterizaron por plantearse como “programas de emergencia”, orientados a hacer frente a crisis sociales, y focalizados en grupos específicos de la población considerados especialmente afectados o vulnerables. Sin embargo, la mayor

parte de estos programas se ha mantenido a lo largo del tiempo, aunque con sucesivas modificaciones a los procedimientos utilizados.

Los programas implementados en este período tuvieron a los pobres estructurales como sus principales destinatarios y comprendieron medidas alimentarias que repartieron directamente alimentos o bonos, becas educativas y programas de empleo. Adicionalmente, producto de la agudización de la crisis económica, a partir del fin de la convertibilidad el año 2001 y de la consecuente modificación de precios relativos, el Estado debió extender sus acciones a los sectores denominados “nuevos pobres”, definidos como grupos sociales con dificultades de empleo, alta precarización laboral e ingresos bajos e irregulares.

En este marco surge el Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados- Derecho de Inclusión Social (PJHD) a principios de 2002, como una forma de responder a un contexto de crisis institucional, económica y social y hacer frente a niveles de pobreza que alcanzaban al 53% de la población (en octubre de 2001). Su implementación tiene un carácter fuertemente descentralizado en la medida en que involucra la participación activa de los gobiernos provinciales y municipales en consejos consultivos tanto provinciales como locales, ligados a la gestión del programa y la ejecución de las contraprestaciones por parte de los beneficiarios. Hasta la fecha se constituye como el programa social más importante que se haya implementado desde el retorno a la democracia, desde la perspectiva del número de beneficiarios y del presupuesto asignado.

Políticas de superación de la pobreza durante los '90

Los programas de combate a la pobreza implementados en Argentina durante los '90 se estructuran en tres líneas: alimentación, empleo y educación (Vinocur y Halpeirn, 2004). En la primera de ellas se incluye el Programa de Políticas Sociales Comunitarias (POSOCO), que sustituyó al PAN (consistente en la entrega de una caja de alimentos familiar); el Programa Social Nutricional (PROSONU), que integró los recursos del Programa de Comedores Escolares e Infantiles; el Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) que establecía tres líneas de acción: alimentación y nutrición, desarrollo infantil y movilización y participación social; el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA) que entregaba alimentos secos y medicamentos y el Programa de Emergencia Alimentaria (PEA) que se creó frente a la crisis del 2001 y atendía a la población de alta vulnerabilidad y en riesgo de subsistencia mediante la compra de alimentos.

Dentro de los planes de empleo se cuenta el Plan Trabajar, que se propuso generar empleo transitorio a partir de 1996 y el Programa de Emergencia Laboral (PEL) que se puso en marcha en el año 2000 e incluía dos componentes: desarrollo comunitario y empleo productivo local

Finalmente entre los programas educativos destaca el Plan Nacional de Becas Estudiantiles (PNBE) que se propone incidir en la retención de la población adolescente que abandona la escolaridad por razones socio-económicas; el Programa Familias por la Inclusión Social

(IDH)¹² que tiene como objetivo promover el desarrollo, la salud, permanencia en el sistema educativo de los niños y evitar la exclusión social de la familia (entrega ingreso monetario a la familia) y el Seguro de Inclusión Infantil (2001) que también transfiere recursos a las familias.

Estos distintos programas comparten características similares en lo que dice relación con las atribuciones de los distintos niveles de gobierno involucrados en su implementación. El nivel central del gobierno, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social o de otros ministerios sectoriales responsables de los programas, asume las funciones de diseño, planificación y financiamiento, mientras que el nivel municipal se encarga de la implementación y ejecución de los programas. Pese a ello, no tienen la facultad para propiciar modificaciones de las tareas y actividades en el caso de que éstas no se ajusten a la realidad local. Las provincias casi no tienen incidencia en el rumbo que toman las políticas de superación de la pobreza, aunque realizan tareas de importancia para la marcha de los programas, tales como: administración del presupuesto asignado por el ministerio a labores operativas, coordinación de programas, asignación de subsidios a proyectos elaborados tanto en el mismo nivel provincial como por municipios u organizaciones de la sociedad civil.

No existe una normativa única que regule el sistema de descentralización de las políticas de protección social y superación de la pobreza. Éste depende de los mecanismos regulatorios internos de cada programa o bien, de la normativa que establezca el Ministerio a cargo el programa.

Los medios a través de los cuales se financian los programas provienen del Tesoro Nacional, que otorga presupuesto a los respectivos Ministerios que implementan cada programa, dependiendo del tipo de plan que se cree. En general el presupuesto es administrado por el Ministerio de Desarrollo Social, pero pueden impulsarse programas de esta línea en otras instancias autorizadas. Ejemplo de ello es el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, quien a partir de la ley 24.013 tiene la facultad para desarrollar políticas destinadas al fomento del empleo y formación profesional de trabajadores, percibiendo los recursos necesarios para ello.

La administración de los fondos para financiar estos programas se centraliza en el gobierno central, quien realiza transferencias a las provincias a partir de decretos y normativas particulares a cada programa, que establecen que los fondos deben ser exclusivamente utilizados en la implementación del programa en específico. Por lo tanto éstas deben rendir las cuentas respectivas al nivel central. Lo mismo ocurre para el caso de ONG o divisiones municipales que requieran de financiamiento para la ejecución de programas. Los fondos son transferidos directamente a los niveles o instituciones ejecutoras por concepto de financiamiento de programa, o bien en algunos casos se realizan traspasos por coparticipación hacia las provincias.

¹² Este programa surge en febrero de 2002 como resultado de la Reformulación de Proyectos con financiamiento del BID en apoyo al Plan de Emergencia Social del Gobierno. Los fondos para financiar este programa fueron tomados del préstamo correspondiente al Programa de Atención a Grupos Vulnerables.

Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados – Derecho de Inclusión Social (PJHD)

Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados

Tiene el objetivo de brindar una ayuda económica a los hogares con jefes o jefas desempleados con hijos menores de 18 años, para garantizar el Derecho Familiar de Inclusión Social, asegurando la concurrencia escolar y el control de la salud de los hijos, la capacitación laboral de los beneficiarios, su incorporación a la educación formal y a proyectos productivos o en servicios comunitarios. El Programa depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y crea la estructura del Consejo Nacional de Administración, Ejecución y Control (CONAEYC), integrada por sociedad civil, sindicatos, representantes de bancos y el Estado para el seguimiento de su implementación.

Son destinatarios del programa los jefes y jefas de hogar desocupados con hijos menores a cargo o cuya pareja se encuentre en estado de gravidez. También se hace extensivo a los desocupados jóvenes o mayores de 60 años que no hubieran accedido a una prestación previsional. El mecanismo de asignación del plan se inicia con la inscripción de los interesados en la municipalidad de su jurisdicción, de acuerdo con un Formulario Único de Inscripción y luego se envía al Ministerio del Trabajo el listado pre aprobado de aspirantes. En esa instancia se realiza la selección definitiva.

El Programa está conformado por cinco componentes: Productivo, Actividades Comunitarias, Formación, Solidario de Reinserción Laboral y Materiales.

En cuanto a cobertura, el número de beneficiarios del PJHD ascendía en septiembre de 2002 a 700.000 en las áreas urbanas¹³. Al mes de abril de 2003, según datos oficiales publicados por el CONAEYC, el número de beneficiarios del programa alcanzó a 1.987.875 personas (CELS, 2003). Pese a lo dispuesto por su decreto de creación el PJHD se convirtió en un programa social no universal, que se aplica a quienes se inscribieron entre mayo y septiembre de 2002, pues con posterioridad a esa fecha, no se han abierto nuevos períodos de inscripción.

El Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados se crea por medio del Decreto 165/2002 del Poder Ejecutivo Nacional. Como resultado de las recomendaciones emanadas de la Mesa de Diálogo Nacional, mediante el Decreto 565/2002, el Programa pasa a concebirse como un Derecho de Inclusión Social y se determina que su fin primordial es “*asegurar un ingreso mínimo mensual a todas las familias argentinas*”. La normativa del Plan establece los requisitos que las personas deben cumplir para acceder al programa (Artículos 1, 2 y 5 del Decreto) y sus objetivos (Artículo 3º). La institución responsable del Programa es el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

En el PJHD, los municipios se encargan de la ejecución en cooperación con un Consejo Consultivo Municipal y su principal labor consiste en asignar las actividades correspondientes a la contraprestación laboral o de capacitación que deben cumplir los beneficiarios del programa. El Consejo Consultivo tiene funciones fiscalizadoras sobre la validez de la información de los solicitantes y está conformado por representantes del gobierno municipal y organizaciones de trabajadores, empresariales, sociales y confesionales. Su misión es asegurar el control local, la transparencia y la efectiva ejecución del programa. Eventualmente se incluyen en la ejecución del programa los organismos públicos o privados sin fines de lucro, quienes pueden proponer actividades o proyectos con el objetivo de incorporar a beneficiarios para que realicen la contraprestación.

¹³ Datos estimados en base a Encuesta Permanente de Hogares, INDEC Argentina.

El programa obtuvo financiamiento a partir de la concentración de todos los recursos originados en los distintos programas de empleo transitorio que hasta entonces existían en el Ministerio de Trabajo. Además, para contribuir con su costo se estableció un nuevo tributo: las retenciones a las exportaciones de cereales e hidrocarburos que contribuyen con un 20% del financiamiento del programa¹⁴. Los recursos son girados desde el gobierno central a cada jurisdicción, la cual es responsable de asignar los subsidios de acuerdo a proyectos productivos o sociales, elaborados por el Estado provincial, el municipal y/o organizaciones de la sociedad civil.

Resultados

La delegación de funciones a los municipios para la implementación de programas sociales en los '90, resultó muchas veces percibida como una imposición externa por los ejecutores, porque no hubo un grado de preparación previo. La distribución de tareas fue una decisión tomada unilateralmente por el gobierno central y no brindó la posibilidad de consensuar ideas y criterios con los niveles involucrados en la problemática social. Repetto plantea que esta falta de integración provocó en general una fragmentación en el modo de diseñar, decidir, financiar, implementar y evaluar la política de protección social de los años noventa (Repetto, 2003).

Por otra parte, el contexto de crisis socioeconómica de fines de la década se tradujo en una revalorización del papel central del gobierno en la atención a la política social, a través del financiamiento de planes y programas de carácter masivo. Así, la demanda social facilitó que las medidas de protección social se concentrasen en el nivel central. En este marco tuvo lugar una marcada tendencia asistencialista en las políticas impulsadas que explica el diseño y puesta en marcha del PJHD como una medida tendiente a la redistribución del ingreso entre las familias en situación de pobreza y sin acceso al trabajo.

Existe una evaluación del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2003) muy crítica con la operación del PJHD, que releva que el Plan no está asegurando el derecho a la inclusión, ni teniendo efectos redistributivos, ni asegurando el acceso a derechos mínimos garantizados. Sin embargo, destaca positivamente el que existen diferencias destacables entre este programa y otros programas asistenciales previos *"principalmente ligadas a la magnitud del Programa Jefes y Jefas, a la profusa legislación que lo reglamenta y al cambio discursivo que, por primera vez en materia de programas sociales, incorporó el lenguaje de derechos como elemento justificante de la creación del programa"* (CELS, 2003).

Según estudios que han evaluado la implementación del plan¹⁵, el error de inclusión, cercano al 16% de los participantes actuales, sugiere que alrededor de 340 mil personas recibieron el beneficio sin cumplir con los requisitos de admisión al programa. Además, la

¹⁴ El componente *materiales* del programa es financiado por un préstamo del Banco Mundial, que se traduce en una aporte económico no reembolsable para la provisión de materiales a proyectos que atendieran demandas prioritarias de la población en situación de pobreza.

¹⁵ López Zadicoff y Paz (2003)

superposición de planes provinciales y nacionales hace que las personas reciban dos planes al mismo tiempo, mientras familias en condiciones más necesitadas no logran tener acceso.

En lo que dice relación con los objetivos que se plantearon desde un principio, la evidencia no muestra un incremento significativo en la educación de los hijos de los beneficiarios, así como se observa que la gran mayoría de los beneficiarios sólo tiene estudios primarios o incluso menores, situación que no ha mostrado mejoría. Además, los procesos de control de la participación en cursos y profundización de estudios no resultan adecuados, lo que elimina la motivación e incentivo a participar de estas actividades (Burion y otros, 2004).

No obstante, la evaluación realizada por Galasso y Ravallion (2003) encuentra positivos resultados en materia de reducción de la tasa de desempleo determinando que ésta se logró reducir en alrededor de 2,5 puntos porcentuales. Estos resultados adquieren relevancia si tomamos en cuenta que el programa estableció su foco en el problema de la desocupación.

Levy (2002) plantea que en la Argentina de los últimos años, el otorgamiento de subsidios como mecanismo para paliar los efectos devastadores de la crisis ha cobrado un lugar de relevancia, legitimando el discurso acerca de que el Estado solo debe intervenir en relación a los sectores que no logran obtener la satisfacción de sus necesidades por medio del mercado. Así se explica por qué el Estado concentró sus áreas de influencia al campo de las acciones focalizadas en los pobres e indigentes. En relación con las políticas orientadas a la superación de la pobreza la autora afirma que *“el desafío es entonces volver a pensar la política como un espacio colectivo de expresión de los conflictos y arena de negociación, que apele a la construcción de un diagnóstico común basado en las necesidades e intereses de todos los actores sociales.”*

MÉXICO

En México, los procesos de descentralización vienen desde los años 80, asociados a procedimientos de racionalización administrativa y ajuste fiscal. La crisis económica motivó al gobierno federal a establecer un fondo de emergencia social para aliviar el impacto negativo del ajuste sobre los más pobres de atenuar los impactos negativos de la reducción del gasto público y, al mismo tiempo, recuperar la legitimidad perdida por el mal desempeño económico en los últimos años. El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) comenzó a funcionar el año 1988. Representa un avance significativo en materia de política social pues por primera vez se descentralizan facultades operacionales del gobierno central directamente hacia la ciudadanía.

A partir de 1995, debido a la crisis económica y al ajuste de las finanzas públicas, el gobierno federal rediseñó la estrategia de PRONASOL. Surgió entonces el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), orientado a robustecer la focalización de la política social mediante la identificación de beneficiarios con herramientas estadísticas y mapas de marginalidad y a fortalecer la descentralización del uso de recursos según los criterios de prioridad de las administraciones estatales y municipales.

La porción del ramo presupuestal 26 (donde se encontraban los recursos de PRONASOL) constituida, entre otros recursos, por fondos municipales descentralizados, se fue incrementando, hasta que en 1997 se creó el Fondo de Desarrollo Social Municipal (FDSM), que daría comienzo a una reestructuración de las transferencias del gasto hacia estados y municipios.

Cuatro años más tarde, el año 2001, Progresá se extiende a las áreas urbanas y pasa a llamarse Programa Oportunidades. Constituye la más amplia acción de política social orientada al alivio de la pobreza en México. Si bien es una iniciativa federal, involucra a los niveles subnacionales en su ejecución.

Políticas de superación de la pobreza durante los '90

PRONASOL estaba conformado por más de 20 programas, entre los que destacaba el de Fondos Municipales, que permitía a las autoridades locales escoger directamente proyectos, al tiempo que complementaba sus recursos municipales.

Las principales innovaciones operativas que planteó PRONASOL frente a las anteriores experiencias de combate a la pobreza se resumen en una mayor descentralización de los recursos y las decisiones, un nuevo esquema de coordinación entre los niveles de gobierno y una nueva relación entre éste y los beneficiarios de las obras de desarrollo social. El nivel federal traspasa funciones a los niveles subnacionales sin que esto vaya acompañado de una mayor autonomía para la toma de decisiones. Sin embargo, el programa abre la puerta para la participación de los beneficiarios en la definición de prioridades y como co-responsables de las acciones (UNAM, 1999). PRONASOL también propició un concurso más activo de los gobiernos estatales y municipales.

En materia de definiciones institucionales, la Coordinación de PRONASOL recayó en el titular de la Subsecretaría de Desarrollo Regional. Esta Subsecretaría formaba parte de la Secretaría de Programación y Presupuesto hasta 1992, año en que pasó a formar parte de la recién creada Secretaría de Desarrollo Social¹⁶.

La coordinación entre la federación y los estados se dio en el marco de los Convenios Únicos de Desarrollo, que posteriormente cambiaron su nombre por el de Convenios de Desarrollo Social. El Convenio de Desarrollo Social es un instrumento de concertación mediante el cual se busca descentralizar importantes funciones a las administraciones estatales y municipales. Sirve para concertar inversiones y programas de interés común para el gobierno federal y las entidades federativas y constituye el marco fundamental para la definición y ejecución de obras y proyectos. Dentro de los Convenios existía un apartado correspondiente al desarrollo regional, en el que a partir de 1989 se inscribieron las acciones del PRONASOL.

¹⁶ La intención original era aprovechar al máximo la infraestructura y los recursos humanos ya existentes dentro de la administración pública, para que del nuevo programa no se derivaran nuevas estructuras burocráticas y todos los recursos canalizados por sus conductos se tradujeran en obras de desarrollo social e interés comunitario.

En los Convenios de Desarrollo Social de 1992 se estableció que son los estados y los municipios los encargados de recoger la demanda social y dar forma a los programas a ejecutar. Ellos seleccionan y jerarquizan las obras sociales y los proyectos productivos y de desarrollo regional.

Dentro del esquema de inversión pública propuesto por PRONASOL, los recursos federales constituían la parte más importante, que era complementada por recursos de los gobiernos estatales. El Programa, a través de los Convenios de Desarrollo Social, pone a disposición de los municipios una cantidad determinada de recursos. A nivel local las prioridades de gasto se establecen mediante los Comités de Solidaridad y los recursos se ejecutan a través de programas y proyectos. A partir de 1996 el proceso de descentralización de los fondos de desarrollo social se apoyó en la creación de fórmulas basadas en indicadores de pobreza por medio del índice Foster-Greer-Thorbecke (Mogollón, 2002) para la distribución del nuevo FDSM. Las fórmulas ofrecían por primera vez la promesa de un proceso transparente en la asignación de recursos y un énfasis en la focalización mediante el uso de criterios objetivos de pobreza. Este fondo fue incorporado dentro del ramo presupuestal 33 en 1998, cuando se implantó la figura de las aportaciones federales, cambiando su nombre a Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), que incluía dos fondos, uno municipal y otro estatal.

Para asignar fondos hacia sus municipios, la mayoría de los estados optaron por utilizar lo que se conoce como la fórmula 2 (artículo 35 de la Ley de Coordinación Fiscal), que es un promedio simple de las carencias municipales medidas por: analfabetismo de la población mayor de 15 años; población ocupada ganando menos de dos salarios mínimos; porcentaje de viviendas sin conexión a drenaje; y el porcentaje de viviendas sin electricidad (Díaz y Silva, 2004).

Desde 1997, el proceso de aprobación del presupuesto federal ha tendido cada año a aumentar la descentralización en el ejercicio del gasto mediante el incremento de transferencias no condicionadas hacia los gobiernos locales. Esto ha implicado que los gobiernos municipales cuenten con más recursos financieros para realizar diversos proyectos, pese a que las responsabilidades primordiales de provisión de servicios públicos de educación, salud, infraestructura carretera, seguridad social, vivienda se siguen concentrando en el ámbito estatal y federal (Di Gropello, 1997). La asignación de los recursos opera según criterios geográficos, es decir, se focalizan los recursos en los estados y municipios más pobres, de acuerdo a un índice de marginalidad construido en función de datos censales nacionales.

Progresa - Oportunidades

PROGRESA – OPORTUNIDADES

El programa Progresa fue creado por el gobierno federal mexicano en 1997 como una estrategia orientada a apoyar a familias rurales extremadamente pobres. En el 2001 el programa pasa a llamarse Oportunidades y comienza a ampliar sus servicios a poblaciones urbanas. Oportunidades se presenta institucionalmente como “*un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema*”¹⁷. Su objetivo general es apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida.

Se constituye como un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales.

Para la identificación de las familias beneficiarias se utiliza una metodología de puntajes basada en un criterio objetivo y único, homogéneo para todo el país, que considera la condición de residencia rural/urbana de las familias y sus condiciones socioeconómicas. Se incluyen localidades rurales, semi-urbanas y urbanas con marginación media, alta o muy alta. El Programa tiene 3 componentes:

Educación: orienta sus acciones a apoyar la inscripción, permanencia y asistencia regular a la escuela de los hijos de las familias beneficiarias, lo cual debe ser fomentado por las Secretaría de Educación y Consejo Nacional de Fomento Educativo. Este componente se integra por los apoyos en becas educativas y útiles escolares.

Salud opera bajo cuatro estrategias específicas: (i) proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible. A este Paquete se le podrán adicionar otras acciones de salud, por parte de los proveedores de los servicios; (ii) promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia; (iii) fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene; (iv) reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional. (Reglas de Operación Programa Oportunidades en <http://www.progresa.gob.mx/htmls/reglas.html>)

Alimentación: otorga apoyos monetarios directos de manera bimestral a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación, buscando por esta vía elevar su estado de nutrición. Asimismo, la entrega mensual de suplementos alimenticios y la educación alimentario-nutricional buscan reforzar la alimentación infantil y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

El programa cuenta con un cuarto componente representado por “*Jóvenes con Oportunidades*” que brinda a cada uno de los becarios de Oportunidades que cursan Educación Media Superior, un incentivo para terminar ese nivel educativo y una base para potenciar sus capacidades al término de la misma. Consiste en un beneficio económico diferido que se acumula en forma de puntos a partir del tercer grado de secundaria, siempre que los becarios permanezcan en la escuela, y que se convierte en una cuenta de ahorro administrada por una institución financiera a la cual el becario se hace acreedor si concluye los estudios medios superiores antes de cumplir 22 años de edad.

En el año 2004, Oportunidades benefició a más de tres millones y medio de familias, lo cual significó mejorar las condiciones de vida de 25 millones de mexicanos. Actualmente esta cifra asciende a 5.250.000 familias beneficiarias.

¹⁷ http://www.oportunidades.gob.mx/htmls/quienes_somos.html

La responsabilidad por la implementación de Progresá recae, en el nivel central, en la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) a través de la Coordinación Nacional, responsable de coordinar las acciones que desarrollan los diferentes sectores para la operación del Programa, así como de las tareas de planificación y evaluación. Para ello se trabaja en coordinación con las Secretarías de Educación Pública (SEP) y de Salud (SSA), junto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el fin de proporcionar de forma adecuada los servicios de educación y salud, la capacitación del personal y la certificación de las familias. Oportunidades incorpora también el apoyo y participación de los gobiernos estatales y, en particular, de los municipales. La coordinación en los estados se realiza a través de Comités Técnicos Estatales donde se involucran los responsables federales y estatales vinculados a la operación del Programa¹⁸.

El programa es regulado a través del Decreto del 8 de agosto de 1997 que crea la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación como órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social. Este decreto sufre una reforma en el año 2001, como parte de la creación de Oportunidades, que establece en el Artículo 1° lo siguiente: *La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, con autonomía técnica*¹⁹.

Además, en su artículo 2° establece que *la Coordinación tendrá por objeto formular, coordinar, dar seguimiento, supervisar y evaluar la ejecución del programa*. Este último promoverá, en el marco de la política social del Gobierno Federal, estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, así como para la coordinación con otros programas sociales que fomenten el empleo, el ingreso y el ahorro de las familias en situación de pobreza extrema, a efecto de impulsar y fortalecer sus capacidades y potencialidades, elevar su nivel de vida, generar oportunidades y propiciar su incorporación al desarrollo integral.

Mediante la implementación de Progresá en 1997 y luego del Programa Oportunidades en 2001 el nivel federal cedió influencia en las decisiones financieras a los niveles subnacionales, al realizar transferencias no condicionadas a los gobiernos locales, bajo la premisa de que éstos pueden apreciar de manera más directa las necesidades ciudadanas y que los mecanismos de rendición de cuentas son más efectivos en el ámbito local. Pese a ello, no existe evidencia de que los gobiernos locales estén haciendo un buen uso de los recursos (Cayeros y Silva, 2002).

Resultados

Una evaluación de PRONASOL realizada por CEPAL señala que los resultados fueron muy desiguales por línea de acción (Mogollón, 2002). La vertiente de bienestar social, que recibió mayores recursos, fue también la que arrojó el saldo más favorable, pero en su interior hubo también importantes diferencias entre los resultados de los distintos

¹⁸ <http://www.innova.gob.mx/ciudadanos/biblioteca/index.php?contenido=457&pagina=4&>

¹⁹ Decreto de Creación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
http://www.progresas.gob.mx/transparencia/fraccion_14.htm

programas. Mientras que el Programa contribuyó significativamente a reducir rezagos en materia de dotación de servicios como agua potable y electrificación, los resultados en materia de salud fueron mucho más modestos²⁰. En directa relación con la menor cantidad de recursos asignados, los resultados en materia de apoyo a la producción no incidieron en un cambio decisivo de los patrones productivos; aunque contribuyeron considerablemente a paliar los efectos negativos de la reforma económica en grupos de productores rurales vulnerables.

Por tratarse de inversiones a largo plazo, los programas de desarrollo regional requerirán de continuidad para que logren cristalizar en nuevas expectativas para las regiones más desfavorecidas. En lo que respecta a los Fondos Municipales de Solidaridad, si bien es cierto que lograron mayor cobertura que cualquier otro programa, los recursos que manejaron representaron sólo el 8% de la inversión federal de Solidaridad, cifra relativamente pequeña en relación a las demandas de infraestructura y servicios de los municipios.

Por su parte, las evaluaciones de Progres y Oportunidades indican que estos programas han significado un cambio en la vida de las comunidades más pobres del país al menos por dos motivos: i) el hecho de que el control de los beneficios monetarios lo tengan las mujeres de la familia -la madre en particular- ha ampliado el poder de negociación de las mujeres dentro de la familia, lo que redundo en una mayor eficiencia del programa, pues se asume que las mujeres utilizan mejor los recursos a favor de las necesidades inmediatas de la familia; ii) los estudios no encuentran evidencia de que la obtención de beneficios monetarios reduzcan los incentivos para trabajar. Este tipo de incentivos perversos suelen ser la principal fuente de críticas a programas de combate a la pobreza (Díaz y Silva, 2004).

En materia de educación, los resultados indican que el programa ha sido efectivo en aumentar la matrícula y permanencia de los estudiantes, pero no en mejorar la calidad de la educación y los aprendizajes²¹. También se observan mejoras en materia de salud: disminuye un 11% la tasa de mortalidad materna y un 2% la mortalidad infantil²².

²⁰ Mientras que 11 millones de personas se vieron beneficiadas por los programas de agua potable y 13 millones fueron cubiertos por los programas de electrificación, el alcance de las acciones encaminadas a ampliar el acceso a los servicios médicos para una población de aproximadamente 32 millones de mexicanos que no son derechohabientes²⁰ de la seguridad social, fue más limitado. Se estima que en los seis años de operación del programa se benefició a 4,5 millones de personas. En la ampliación de la infraestructura médica, el esfuerzo más importante se realizó a través del programa Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Solidaridad, en el que el IMSS, con fondos del gobierno federal, se encargaba de desarrollar y administrar clínicas y hospitales rurales. Sin embargo, mientras que los programas de medicina preventiva consiguieron una altísima cobertura, la ampliación de la infraestructura médico sanitaria avanzó mucho más lentamente.

²¹ Según un estudio de la UNESCO (2001) el mayor impacto de Progres ha sido en la tasa de matrícula de la educación secundaria (7° a 9° grado), que para las mujeres aumentó casi en 8 puntos porcentuales mientras que para los varones aumentó en 4.5 puntos porcentuales. También se incrementó la tasa de matrícula de la educación primaria (1° a 6° grado) en 0.74 puntos para los niños y 1.07 puntos para las niñas, al tiempo que disminuyen las tasas de repetición. Sin embargo, la evidencia muestra que el programa no tuvo un impacto significativo en el tiempo que los niños permanecen en la escuela o el monto de tiempo que dedican a realizar tareas escolares fuera del establecimiento. Respecto de Oportunidades, entre sus principales resultados destaca una reducción de 17% en la deserción escolar en áreas rurales y casi 10% en zonas urbanas respecto de 1997, así como una disminución en 13% de la reprobación escolar en zonas rurales y más de 20% en

CHILE

Tras el retorno a la democracia en Chile el año 1990 se verifican crecientes esfuerzos por dar un nuevo impulso a la política social y de superación de la pobreza. Las primeras medidas apuntan a recuperar el valor de los subsidios monetarios dirigidos a los sectores más pobres y asignar más recursos a la política social sectorial (salud, educación, vivienda, empleo, etc.), lo que se hace posible por la vía de una reforma tributaria. Paralelamente se crea una institucionalidad para el diseño e implementación de un conjunto de nuevos programas sociales de promoción e inversión social, destinados a enfrentar la situación de pobreza y vulnerabilidad de grupos sociales prioritarios, el Ministerio de Planificación y Coordinación, MIDEPLAN. La mayor parte de estos programas se implementan de manera descentralizada, a través de los municipios, muchos de ellos con metodología de fondos concursables. Todas las definiciones técnicas y metodológicas se toman en el nivel central. A los municipios les corresponde la ejecución: inscribir a los beneficiarios de acuerdo a los criterios predefinidos y realizar las actividades acordadas. El nivel intermedio de la región no desempeña papel alguno. Parte importante de estos programas continúan vigentes en la actualidad²³.

En 2001 se diseña y echa a andar un programa que rompe con la lógica de trabajo con grupos vulnerables y en dinámicas socioterritoriales, el Sistema de Protección Social Solidario. Tomando en cuenta evidencia que señala que la vasta acción social de gobierno no llega en forma efectiva a los más pobres y que adolece de problemas de coherencia institucional expresados en duplicidades, omisiones y descoordinaciones, desde la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda se levanta un programa social de alto impacto político y social.

Políticas de superación de la pobreza durante los '90

Las políticas de superación de la pobreza implementadas en Chile durante los '90 se traducen en una frondosa oferta de programas sociales radicados en diversos ministerios y servicios públicos tales como el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (Programa de Capacitación Laboral de Jóvenes, Reconversión Laboral, Bonificación al Aprendizaje), el Servicio Nacional de la Mujer (Programa de Mujeres Jefas de Hogar, Mujeres Trabajadoras Temporeras), el Instituto Nacional de la Juventud (infocentros de información juvenil, Chile Joven), el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (Entre Todos, nivelación de competencias laborales, fomento productivo), el Instituto Nacional de Desarrollo Agropecuario (Pro-rural) y los ministerios de salud y educación, que diseñan intervenciones específicas para la población en situación de pobreza.

urbanas; un incremento de 24% en la matrícula escolar en secundarias rurales y de un 4% en zonas urbanas. Asimismo, un aumento de 85% en el número de jóvenes que ingresaron a bachillerato en áreas rurales y de 10% en urbanas en el ciclo escolar 2002-2003, respecto de los alumnos inscritos en el ciclo escolar del año anterior. Adicionalmente, también es posible destacar el 47% de incremento en la matrícula escolar registrada en el 2º año de bachillerato.

²² www.innova.gob.mx/ciudadanos/biblioteca/index.php?contenido=457&pagina=4&

²³ Estudios sobre la materia registran más de 400 programas de desarrollo en las más variadas temáticas.

Con distintos énfasis y prioridades, todos estos programas reclaman un activo rol del municipio en la provisión de los servicios que cada uno de ellos define. Se espera del municipio que se constituya como agente del desarrollo local, que haga de bisagra entre la oferta de políticas y programas centrales y las necesidades y prioridades comunales y que coordine el conjunto de acciones que agentes públicos y privados realizan en la comuna.

Más allá de dicho mandato, no existe una normativa única que regule los mecanismos de descentralización de los programas sociales de superación de la pobreza. Los programas de contaron con instancias de regulación internas a la gestión de cada ministerio que se expresaron en la forma de convenios, decretos o instructivos que regulaban las competencias de los distintos niveles de intervención.

Los programas traen desde su diseño un conjunto de servicios y beneficios preestablecidos, un menú fijo para destinatarios predefinidos, con poco espacio para variar el menú o los destinatarios. El nivel local es receptáculo de programas, teniendo que buscar “beneficiarios” que cumplan con las características que define el programa y tengan interés en los bienes y servicios que éste ofrece. Se trata de programas estandarizados, rígidos, que definen soluciones homogéneas y que muestran poca flexibilidad para responder a la diversidad de situaciones de pobreza específicas.

Estos programas representan para los municipios una fuente de acceso a recursos, pero no se trata de recursos propios o de administración directa del municipio, sino de recursos provenientes de los presupuestos ministeriales para la implementación de los programas respectivos. Los municipios también aportan recursos propios a la implementación de los programas, lo que se manifiesta en la creación de oficinas para el trabajo con grupos prioritarios (de la mujer, de la juventud, de violencia intrafamiliar, de empleo, etc.) y en la asignación de funcionarios municipales con cargo al presupuesto municipal a estas tareas.

Sistema de Protección Social Chile Solidario

Para la implementación de Chile Solidario se promulga una ley que establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado Chile Solidario (ley N° 19.949 del 5 de Junio de 2004) y que formaliza y le da marco legal a la iniciativa que se venía desarrollando desde el año 2002. En su artículo 1°, dicho cuerpo legal señala “*créase el sistema de protección social denominado Chile Solidario, dirigido a las familias y sus integrantes en situación de extrema pobreza, cuyo objetivo es promover su incorporación a las redes sociales y su acceso a mejores condiciones de vida*”. Por su parte, el artículo 2° describe el sistema creado señalando “*Chile Solidario considera acciones y prestaciones para familias y personas en situación de extrema pobreza, que consisten en apoyo psicosocial, acceso al subsidio familiar de la ley N° 18.020, a las pensiones asistenciales del decreto ley N° 869, de 1975, al subsidio al pago del consumo de agua potable y de servicio de alcantarillado de aguas servidas de la ley N° 18.778, y al subsidio pro retención escolar, de acuerdo a lo establecido por la ley N° 19.873, sin perjuicio del acceso preferente a otras acciones o prestaciones que se implementen o coordinen a través de Chile Solidario*”.

Sistema de Protección Social Chile Solidario

Chile Solidario es un Sistema de Protección Social dirigido a las 225.000 familias más pobres del país, aquellas que se encuentran en extrema pobreza. Busca otorgar prestaciones asistenciales garantizadas, más un acompañamiento psicosocial, que permita una vinculación y permanencia a la red social. Las familias incorporadas al Sistema acceden de manera prioritaria a servicios, beneficios y prestaciones monetarias a las que antes no accedían por desconocimiento o falta de motivación.

El objetivo de Chile Solidario es *"mejorar las condiciones de vida de familias en extrema pobreza, generando las oportunidades y proveyendo los recursos que permitan recuperar o disponer de una capacidad funcional y resolutiva eficaz en el entorno personal, familiar, comunitario e institucional"* (MIDEPLAN, 2002).

El sistema busca organizar la oferta programático-institucional asistencial y promocional, otorgando prestaciones asistenciales garantizadas a las familias (bonos de protección y prestaciones monetarias tradicionales), acompañadas de un apoyo psicosocial que, *a través de una intervención personalizada que realiza un promotor, conecta a la familia con redes y oportunidades que puedan contribuir a la satisfacción progresiva de necesidades básicas* (MIDEPLAN, 2002). Con ello se intenta disminuir la vulnerabilidad en que se encuentran las familias de extrema pobreza. Un factor crucial puesto a disposición de las familias indigentes tiene que ver con la presencia del promotor. En promedio, cada uno de estos agentes locales tiene a su cargo a 30 familias.

Al igual que se ha comentado para otros programas similares, Chile Solidario es un programa centralizado cuyas complejas especificaciones técnicas (7 pilares y 53 mínimos que constituyen la línea de lo aceptable en materia social) están definidas centralmente. Las familias están registradas mediante un sistema de medición que permite individualizar a todos los beneficiarios en razón a su condición de ingresos.

Diversas instituciones y agencias públicas participan en el desarrollo del sistema. MIDEPLAN tiene entre sus funciones centralizar y actualizar la información completa de las familias integradas al sistema, certificar la elegibilidad de las familias, coordinar y focalizar en las familias todos los programas públicos de promoción social dirigidos a familias en extrema pobreza. Tiene también que establecer, coordinar y supervisar las redes nacionales y locales de apoyo a las familias más pobres y debe monitorear y evaluar el desarrollo del Sistema.

El FOSIS está a cargo de instalar el sistema de trabajo con las familias, ejecutar la metodología específica del Programa Puente, incluyendo la formulación de los siete pilares y los cincuenta y tres mínimos, generar las Unidades de Intervención Familiar en las comunas, seleccionar a las familias, formar a los apoyos familiares, procesar el sistema de registro del programa y monitorear la intervención.

Las municipalidades desempeñan una importante labor. A través de los apoyos familiares enganchan a las familias, la vinculan con distintos programas públicos y la hacen beneficiaria de un bono monetario. Su rol central en el Chile Solidario involucra un cambio en la cultura municipal, pues el municipio ya no espera en las oficinas la llegada de personas que demandan ayuda sino que sale a convocar a la gente. No obstante, las municipalidades no tienen ninguna incidencia en la forma en que se gestiona el programa.

El proceso de instalación del programa en las comunas comienza con una invitación formal y por escrito realizada por el gobierno a cada una de las municipalidades a participar del

programa Puente, éstas tienen la libertad de aceptar o rechazar la invitación. En caso de aceptar, el municipio se compromete a instalar una Unidad de Intervención Familiar y debe designar a la persona que cumplirá esta función. Además, se debe destinar personal municipal de las áreas de salud y educación para participar como Apoyos Familiares. El programa, por su parte, aportará Apoyos Familiares adicionales que no puedan ser cubiertos por la red local, haciéndose cargo del financiamiento de éstos y el financiamiento del bono mensual que recibirán las familias.

Los jefes de la Unidad de Intervención Familiar insertos en el municipio dirigen a los apoyos familiares en el programa Puente. Están encargados de la coordinación y ejecución del Chile Solidario, en el nivel local. También tienen la tarea de supervisar que se estén cumpliendo las metas según lo que establece la municipalidad y según lo que establece el programa.

Chile Solidario se financia con recursos provenientes de la Ley de Presupuestos. Para generar estos recursos, así como los destinados a la implementación del Plan Auge en Salud, se realizó en 2002 una modificación a la ley del Impuesto al Valor Agregado, que incrementa el IVA de algunos productos en un 1% y asigna el total de los recursos recaudados por este concepto a estas dos iniciativas prioritarias para el Gobierno del Presidente Lagos.

Resultados

La evaluación indica que los programas sociales implementados en Chile a partir de los '90 han jugado un papel fundamental en estimular la preocupación municipal por los temas de pobreza y grupos prioritarios. Las autoridades municipales valoran y definen como imprescindible para su labor la oferta central de programas sociales, a la vez que traen recursos, estimulan a nuevas iniciativas y abren posibilidades de acción imposibles de abordar con los recursos propios de los municipios. No obstante, al mismo tiempo los municipios sienten que los programas les son impuestos, que no escuchan ni consultan, que no respetan ritmos ni procesos propios.

Diversos estudios dan cuenta de estos problemas y señalan que las principales dificultades de la modalidad de desconcentración de programas adoptada en Chile durante los '90 son (Concha, Pavéz, Raczynski, Rojas, Tohá y Walker, 2001) la falta de flexibilidad de los programas y escasa pertinencia a las necesidades y características comunales; la precariedad de las administraciones locales, que se manifiesta en escasez de recursos propios, insuficiencia de los equipos profesionales e instrumentos de trabajo, ausencia de una asesoría oportuna para la tarea, falta de liderazgo del alcalde y/o directivos municipales; la mala comunicación de las decisiones sectoriales que no son informadas oportunamente al municipio y, por último, las contradicciones en las decisiones asociadas al proceso de descentralización del Estado.

“No se puede afirmar hoy día que la política social se estructura en una alianza sólida entre actores regionales o comunales. En parte esto tiene relación con la diversidad de políticas, programas y líneas de trabajo que forman parte de la política social. Cada programa baja desde su ministerio con sus propios códigos y procedimientos, con su

concepto de participación ciudadana y de responsabilidad del usuario, al que pronto se adaptan tanto los funcionarios del municipio como los potenciales beneficiados, los que bailarían las música que corresponda para ser incluidos y obtener los beneficios prometidos. Quizás los programas no repartan bienes y servicios en forma asistencial y clientelar, pero la dinámica social que generan en su atomización sin visión local del desarrollo reproduce el mismo mal: clientelismo y dependencia de una acción pública que se percibe ajena y poco sensible a las necesidades de las personas” (Serrano, 2005)

Aunque en su diseño Chile Solidario intenta superar parte de estos problemas, en la práctica es un programa centralizado. Su contribución al proceso de descentralización está dada por la asignación de un rol específico a los municipios en la implementación del Programa Puente pero, una vez más, estos tienen un escaso margen de acción y deben implementar el programa de acuerdo con los lineamientos provenientes del nivel central.

Hasta la fecha no se han realizado evaluaciones desde el punto de vista de la contribución del Programa al proceso de descentralización, así como tampoco existen evaluaciones de impacto de sus resultados sobre los beneficiarios. Sí se han realizado algunos estudios de proceso sobre la dinámica de las familias beneficiarias y la gestión del Programa²⁴.

COLOMBIA

Desde comienzos de los años 90 se asignan nuevas funciones (principalmente administrativas y operativas) en materia de política social a los niveles subnacionales, lo que va acompañado de transferencias de recursos para la implementación de los planes y programas tendientes a la mitigación de la pobreza. En este marco, el Estado decide a principios de los 90 la focalización de los recursos dirigidos a educación, salud, vivienda y agua potable, dando a los municipios y distritos la responsabilidad de identificar a los beneficiarios del gasto social mediante el Sistema de Identificación de los Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN).

“La nueva política social fue coherente con una propuesta de modernización del Estado colombiano, en el cual criterios como la descentralización, la introducción de estímulos a la competencia, las facilidades al individuo para la libre escogencia y la reorientación de los subsidios hacia los más pobres (focalización) fueron fundamentales para mejorar la eficiencia y la calidad del gasto social” (Ramírez, 2002).

²⁴ Entre estos estudios y evaluaciones cabe mencionar: Canales, M. (2004) **Evaluación del Estado de avance del Sistema Chile Solidario**, Universidad de Chile; CEPAL (2003) **Análisis de Resultados del Programa Puente**, División de Desarrollo Social; Asesorías para el Desarrollo (2004) **Estudio de los factores resilientes y del capital social y humano de los participantes en el Sistema Chile Solidario**; Asesorías para el Desarrollo (2004) **Diseño e implementación del proyecto piloto fortalecimiento de las familias jóvenes del Programa Puente**; Asesorías para el Desarrollo (2005) **Necesidades y aspiraciones de las familias que han finalizado la etapa de apoyo psicosocial del Sistema de Protección Social Chile Solidario**; Asesorías para el Desarrollo (2004) **Familias en situación de extrema pobreza que no han aceptado integrarse o han interrumpido su participación en el Programa Puente del Sistema Chile Solidario**. Para más información sobre el Programa consultar la página web <http://www.chilesolidario.gov.cl/>

Buena parte de las políticas de superación de la pobreza se concentran en la conformación de redes de protección social dirigidas a los más pobres. Estos programas han dependido, en general, de la Presidencia de la República, se han caracterizado por tener estructuras flexibles y descentralizadas, trabajar en cooperación con ONGs e involucrar un componente importante de participación comunitaria. En este marco, a principios de los años 90 surge el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social, el que en 1994 y al breve tiempo de existencia da paso a la Red de Solidaridad Social, principal esfuerzo en la lucha contra la pobreza durante la década de los 90 y que existe hasta la actualidad.

La Red de Solidaridad Social declara que sus programas han sido diseñados a partir de un enfoque poblacional y territorial, que pone el foco en mejorar la calidad de vida de los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana y en fortalecer sus capacidades productivas y organizativas²⁵. Los objetivos de la Red son: (a) mejorar la calidad de vida de los sectores más pobres y vulnerables de la población, buscando potenciar sus capacidades e iniciativas para que logren superar su situación de pobreza; (b) asegurar coordinación y eficacia entre los distintos programas sociales a cargo de la Red; (c) mejorar la cobertura, el acceso, la calidad de los servicios sociales y el funcionamiento de las instituciones encargadas de la inversión social de la Red; (d) mejorar la capacidad de respuesta del gobierno en lo que concierne a los problemas sociales y contribuir a los procesos de descentralización y modernización del Estado, promoviendo la participación organizada de la comunidad en la asignación, seguimiento y evaluación de las inversiones.

Paralelamente a la Red de Solidaridad Social, pero sin vinculación directa con ella, en el marco del Plan Colombia en 1999 se crea la Red de Apoyo Social, que tiene por objeto mitigar el impacto de la crisis económica en los grupos más pobres y vulnerables. Dentro de esta red se encuentra el programa Familias en Acción.

Políticas de superación de la pobreza durante los '90

La Red de Solidaridad Social es un estamento público dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, creada mediante la ley 368 del 5 de mayo de 1997 y reglamentada por el decreto 1.225 del 6 de mayo de 1997. Como resultado de un proceso de reestructuración, el Gobierno Nacional emitió el Decreto 2.713 del 30 de diciembre de 1999, modificando la estructura de la Red de Solidaridad Social y determinando las funciones de sus dependencias.

²⁵ Los programas que componen la Red son: Atención integral a la población desplazada, Atención integral a los municipios afectados por la violencia, Atención integral a los adultos mayores, Personas con discapacidad, Programa de donaciones, Apoyo a recuperadores, Programa especial de vivienda, Cooperación internacional, Programa Indígena. Además de estos programas, a lo largo de su historia la Red ha tenido bajo su alero programas de empleo rural y urbano, saneamiento básico y mejoramiento de vivienda en zonas rurales, apoyo alimentario a niños en edad preescolar, programas dirigidos a madres jefas de hogar y a los hijos estudiantes de estas, programas destinados a los jóvenes en situación de marginalidad social y también a los recolectores de materiales reciclables.

Su modelo de gestión reconoce las funciones y las competencias de los gobiernos locales y ancla su operación en los espacios de toma de decisión vigentes en cada escenario local, en el contexto de la descentralización del Estado colombiano.

Las funciones que cumple cada nivel al interior de la Red de Solidaridad Social se establecen por medio del Decreto 077 de 1987 y la Ley 60 de 1993.

Son funciones del nivel central: formular políticas y objetivos de desarrollo; asignar los recursos de las transferencias a las entidades territoriales para la ejecución de los programas, asesorar en materia financiera; dictar normas científicas y administrativas para la prestación de los servicios y seguir y evaluar el cumplimiento de las políticas y la ejecución de los recursos.

El nivel departamental debe administrar los recursos transferidos desde el nivel central, realizar la planificación local de los programas en su jurisdicción, asesorar y apoyar técnica, administrativa y financieramente a los municipios en la ejecución de los programas y, por último, evaluar, controlar y hacer seguimiento de la acción municipal. Por su parte, el nivel municipal tiene por función la ejecución de los programas.

La Red busca lograr mayor injerencia de los gobiernos locales en las decisiones y en la inversión en desarrollo social. Esto significa que las entidades nacionales que se vinculen a los procesos de trabajo de la Red de Solidaridad Social deben consultar a las autoridades locales y conocer los objetivos plasmados en los planes de desarrollo locales y usarlos como guía para la orientación de sus programas.

Para el financiamiento de la Red (de acuerdo con la Ley 368 de mayo de 1997) el nivel central, por medio de la junta directiva, aprueba el presupuesto anual a ejecutar, asigna los recursos de las transferencias a las entidades territoriales y pone la mayor parte de los recursos para la ejecución de los programas. Además de recursos propios existen créditos internacionales de apoyo a esta iniciativa.

Familias en Acción

El programa Familias en Acción se inserta en la Red de Apoyo Social, compuesta también por los programas Empleo en Acción y Jóvenes en Acción. Estos en conjunto cumplen funciones estratégicas de mitigación de la pobreza y son ejecutados por el Fondo de Inversión para la Paz (FIP), el que fue creado por la Ley 487 de 1998 (y Reglamentado en el Decreto 149 de 2000) como un fondo cuenta del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), sin personería jurídica, cuyo objeto es financiar los programas y proyectos estructurados para la obtención de la paz. El Programa es financiado y normado por un Convenio de Préstamo establecido con el BID.

Familias en Acción

Es un dispositivo de transferencias monetarias condicionadas, que tiene como misión menguar el impacto de la recesión económica en los hogares más pobres de Colombia. Así, el objetivo explícito del programa *es proteger y promover la formación de capital humano en niños de 0 a 17 años de edad pertenecientes a hogares en situación de pobreza, mediante el apoyo y fomento de las inversiones de las familias pobres en salud, nutrición y educación.*

El programa fue implementado en el marco de la creación en 1999 de una red temporal de seguridad social, la Red de Apoyo Social (RAS), la cual fue desarrollada por el gobierno colombiano para mermar las consecuencias negativas de los ajustes de política fiscal en el bienestar de las poblaciones más pobres y vulnerables. La RAS es ejecutada por el Fondo de Inversión para la Paz, el cual es un sistema de manejo de cuentas que busca agilizar y garantizar la transparencia en la ejecución de los recursos de contrapartida nacional para el Plan Colombia y de los bonos de paz.

El Programa tiene como finalidad mantener y aumentar la inversión que las familias en extrema pobreza hacen sobre el capital humano de sus hijos, por medio de transferencias monetarias directas. Sus principales objetivos son: (a) reducir la inasistencia y deserción de los alumnos de educación primaria y secundaria; (b) complementar el ingreso de las familias con niños menores de siete años en extrema pobreza para incrementar el gasto en alimentación; (c) aumentar la atención de salud de los niños menores de siete años; y (d) mejorar prácticas de cuidado de niños en aspectos tales como salud, nutrición, estimulación temprana y prevención de la violencia intrafamiliar. La estrategia utilizada para la consecución de estos objetivos son las transferencias monetarias condicionadas de acuerdo a un compromiso suscrito con la madre de familia. Para esto el programa se ha centrado en dos áreas fundamentales: Educación y Salud.

El manual operativo del programa establece que se entregarán subsidios a cerca de 340.000 familias pobres y se beneficiará a 1.000.000 niños en el transcurso de tres años que es la duración del Programa El Programa asegura un subsidio nutricional por 12 meses y un subsidio escolar por 10 meses, pagaderos bimestralmente, a las familias más pobres.

El diseño del Programa Familias en Acción es centralizado, responsabilidad del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), pero se descentraliza en términos operativos, demandando apoyo del nivel local para su ejecución.

El gobierno central tiene la responsabilidad de contribuir con los recursos de contraparte al Programa Familias en Acción, de acuerdo con el cronograma de ejecución indicado en los contratos de Préstamo programados con el BID. También a nivel central está el Departamento Administrativo de la presidencia de la República (DAPRE), responsable de la puesta en marcha y ejecución del programa a través de la Unidad Coordinadora Nacional (UCN). Sus funciones son orientar y dirigir las acciones de la UCN, decidir sobre los procesos de coordinación en los distintos niveles de ejecución del programa y aprobar las solicitudes de transferencia de fondos de los Bancos y del Estado para la ejecución del Programa. Por su parte, la Unidad Coordinadora Nacional es la responsable de la administración técnica y financiera del Programa, de la contratación y adquisición de bienes y servicios y del monitoreo y seguimiento.

En el nivel departamental existen Unidades Coordinadoras Regionales (UCR), cuyas principales funciones son: coordinar la evaluación ex ante y la negociación de un convenio de participación con los municipios, coordinar la operación en el nivel departamental, coordinar con el enlace municipal los procesos de inscripción de beneficiarios, entregar y

recolectar formularios, alimentar y actualizar el sistema de información y realizar el seguimiento a la operación realizada.

Los municipios apoyan la ejecución del Programa Familias en Acción aportando el Enlace Municipal (responsable de la ejecución del programa) y cumpliendo con los compromisos establecidos en el convenio firmado con el DAPRE. El municipio debe cumplir con las condiciones de oferta en los sectores de salud y educación, participar en el Consejo Municipal de Política Social para tratar temas relacionados con el logro de un buen funcionamiento de la oferta de servicios de educación y salud y realizar la logística de algunos procesos, por ejemplo, la inscripción de beneficiarios.

El mencionado enlace municipal se encarga de la ejecución del Programa de subsidios al interior del municipio. Sus principales funciones son apoyar procesos de difusión e inscripción para la incorporación de beneficiarios, apoyar la labor de capacitación a los agentes de salud y educación y coordinar la logística para la convocatoria de los beneficiarios a reuniones de capacitación.

El financiamiento del Programa proviene de dos préstamos, uno del BID por 80 millones de dólares y otro del Banco Mundial de 150 millones de dólares. Además, existe una contraparte nacional de estos créditos que alcanza la suma de 106 millones de dólares. El monto total del Programa alcanza los 336 millones de dólares. Los municipios aportan con recursos propios a través de la asignación del enlace municipal.

Las decisiones presupuestarias se toman desde el nivel central, por medio de la Unidad Coordinadora Nacional, no teniendo las entidades departamentales y municipales ninguna injerencia en ellas.

Resultados

La evaluación de las políticas de superación de la pobreza durante los '90 indica que éstas buscan avanzar hacia una descentralización democrática, que amplíe la participación popular y la injerencia de los niveles subnacionales en la definición de las estrategias para superar la pobreza, pero que sin embargo, en la práctica los programas sólo se descentralizan en términos operativos, lo que se evidencia en la lógica de implementación de la Red de Solidaridad Social.

Familias en Acción en cambio, no es un programa descentralizado. Su contribución al proceso de descentralización está dada por la asignación de un rol específico a los municipios en la operación del programa y en la oferta de servicios de salud y educación, sin embargo estos tienen un escaso margen de decisión y deben implementar el programa de acuerdo con los lineamientos provenientes del nivel central.

BOLIVIA

En 1990 en Bolivia se formula la Estrategia Social Boliviana (ESB) que establece las bases para modificar el enfoque de la política social con una visión estratégica sobre el capital humano en la lucha contra la pobreza.

Para implementar esta estrategia se cuenta con el Fondo de Inversión Social (FIS), que nace bajo la tutela del Ministerio de la Presidencia con el objetivo de apoyar la formación de capital humano, llegando a las comunidades más pobres y propiciando su participación. Sus intervenciones son coordinadas por el Ministerio de Desarrollo Humano y con el tiempo fue convirtiéndose en uno de los brazos ejecutores más importantes de la inversión social, de las reformas estructurales y la política social. Cabe señalar que aun cuando el FIS es una institución pública, funciona al margen de los procedimientos oficiales de contratación y de los reglamentos sobre adquisiciones, atrayendo personal muy calificado y tramitando rápidamente licitaciones y los contratos.

El enfoque de la ESB cambia a partir de 1994 cuando, en concordancia con la Ley de Participación Popular que regula el proceso de descentralización boliviano, las políticas sociales incorporan temas transversales con el propósito de reducir las inequidades de género, étnicas y generacionales.

El gobierno nacional se compromete a realizar acciones inmediatas para el mejoramiento de las condiciones de vida de los más desposeídos fomentando la participación popular bajo el concepto del desarrollo “desde abajo hacia arriba” e intentando abandonar el paternalismo estatal. Surge así el Programa de Desarrollo Humano, que establece cinco campos de acción y dos ejes articuladores. Los campos de acción son: educación-cultura, salud-nutrición, saneamiento básico, urbanismo-vivienda, empleo-ingreso y apoyo a la producción. Los ejes integradores son la participación popular y el desarrollo rural, los cuales permiten la intervención coordinada de distintos subprogramas a nivel municipal y rural.

En los años 2000 se crea la Estrategia Boliviana de Superación de la Pobreza (EBRP), la cual posee fundamentalmente un carácter declarativo, estableciendo lineamientos generales a seguir en materia económica y social en la lucha contra la pobreza a nivel gubernamental, del mundo privado y de la ciudadanía en general. Se propone: a) ampliar las oportunidades de empleo e ingresos, b) incrementar las capacidades, c) elevar los niveles de seguridad y protección y, d) favorecer la integración social y la participación ciudadana.

Paralelamente el gobierno boliviano continuó implementando políticas para paliar los efectos de la crisis económica. Así en el año 2001 surge el Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE) impulsado por el gobierno de Bolivia con el objeto de incrementar las transferencias de recursos a los más pobres, a través de la generación de empleos temporales masivos en las áreas urbanas y rurales.

Políticas de superación de la pobreza durante los ‘90

La mayor parte de las políticas de superación de la pobreza en Bolivia se encuentran administrativamente descentralizadas, lo que implica el traspaso de atribuciones a instituciones intermedias de la administración del Estado. Se sitúan en el nivel central las responsabilidades de planificación, toma de decisiones y financiamiento de políticas y programas. Además se observan esfuerzos por asignar a los municipios y a la sociedad civil capacidades institucionalizadas de participación y control de la gestión pública, que se insertan dentro de las orientaciones emanadas de la Ley de Participación Popular. De hecho el FIS, creado por Decreto Supremo en 1990 con el mandato de “*alivio a la pobreza*”, fue reformulado tras la promulgación de dicha Ley.

La ESB fue diseñada por el Ministerio de Desarrollo Humano, que define los lineamientos para el FIS (sobre todo en materia de focalización de recursos) y realiza el seguimiento de su accionar. El FIS asume el rol de institución financiadora y establece instancias de coordinación operativa con los diferentes sectores para compatibilizar políticas, procedimientos y normas.

El nivel municipal cumple dos funciones: i) se hace participe en la definición de necesidades prioritarias existentes dentro de su jurisdicción en conjunto con la comunidad, para posteriormente actuar como interlocutor ante la autoridad para solicitar los proyectos identificados y priorizados por la comunidad; ii) cumple la función de implementación de proyectos en las diferentes áreas en que la estrategia actúa, en conjunto con organizaciones no gubernamentales. El nivel departamental no cumple ninguna función en el entramado de operación descrito.

Para el financiamiento de la Estrategia Social Boliviana, el FIS asume el rol de institución financiadora de los proyectos en educación, salud y saneamiento básico en los municipios priorizados por el gobierno central. Los recursos para el financiamiento del FIS provinieron de un convenio de préstamo con el BID a través del cual, el Tesoro General de la Nación cubre los gastos operativos del FIS, excluyendo los gastos del personal técnico, que son financiados por el Banco Mundial y la Kreditanstalt für Wiederaufbau.

Plan Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE)

A pesar de haber sido concebido como un programa temporal, el PLANE se ha institucionalizado. Ya ha pasado por tres etapas de implementación: Una primera, entre septiembre del 2001 y noviembre del 2002. Una segunda, entre esta fecha y fines del año 2004. Desde este momento y hasta la actualidad, el PLANE se inserta en la Red de Protección Social²⁶, la cual fue creada como un instrumento de carácter permanente bajo la

²⁶ La Red de Protección Social fue creada mediante Decreto Supremo No. 27331 del 31 de enero del 2004. Además del PLANE la Red la compone, en la actualidad, el programa PROPAIS que financia pequeños proyectos de infraestructura y equipamiento comunitario, demandados por organizaciones comunitarias y vecinales, con las cuales se busca estrechar los vínculos entre el Gobierno Central y la población más vulnerable. En un futuro cercano se espera comenzar la implementación de tres programas más en la red.

administración del Directorio Único de Fondos (DUF²⁷), para ejecutar programas y proyectos en beneficio de la población más pobre del país, contribuyendo a la coordinación y financiamiento de programas ejecutados por entidades gubernamentales y no gubernamentales en beneficio de dicha población vulnerable.

Plan Nacional de Empleo de Emergencia

El PLANE tiene como objetivo inmediato reducir el impacto de la disminución de ingresos por la pérdida de empleo en la población más pobre del país, a través de la creación de empleo temporal masivo en áreas urbanas y rurales, financiando el pago de salarios a personas desocupadas que realizan actividades de mantenimiento y pequeñas obras tendientes al bien común.

Los programas que conforman el PLANE durante sus dos primeras etapas son:

- a) Programa de Empleo en Servicios (PES), promueve la generación masiva de empleo temporal en áreas urbanas y peri urbanas, mediante el financiamiento de mano de obra para la realización de proyectos y actividades de beneficio comunitario, a través de los gobiernos municipales o a través de quién el municipio autorice, para actividades de competencia municipal y a través de otras entidades del Sector Público para actividades distintas.
- b) Programa Intensivo de Empleo (PIE), el cual consiste en créditos a municipios y prefecturas a plazo de 10 años con 2 años de gracia, para la realización de obras intensivas en mano de obra.
- c) Programa de Empleo Rural (PER), a través del cual se realiza el mantenimiento de caminos.
- d) Programa de Apoyo a los Gobiernos Municipales (PAGM), para agilizar la ejecución de proyectos de inversión, a través de la contratación temporal de profesionales desempleados bajo la coordinación del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.
- e) Programa de Empleo Productivo (PEP), es un programa para generar empleo productivo que destina recursos financieros para la contratación de obreros/ operarios, profesionales y técnicos en actividades de unidades productivas y/o empresas privadas.

En la actual etapa de implementación del programa se mantienen sólo dos de estos programas: el PES (para municipios de más de 25.000 habitantes totales y más de 5.000 habitantes en área urbana según el censo de población y vivienda 2000) y el PER (para los municipios restantes). Las actividades elegibles a realizar por los trabajadores del PLANE, según los proponentes son:

- Para juntas de vecinos y organizaciones comunitarias; proyectos de inversión de utilidad pública que no requieran de planos de diseño ni de evaluaciones previas. Los proponentes deberán proveer los materiales necesarios como contraparte. (PES).
- Para gobiernos municipales; actividades y trabajos de mejoramiento y mantenimiento de áreas públicas que no impliquen un impacto sustitutivo en el empleo, y que estén ubicados preferentemente en zonas de bajos ingresos. Los proponentes deberán proveer los materiales necesarios como contraparte. (PES).
- Mantenimiento de caminos, sendas turísticas y mantenimiento de infraestructura turística.(PER).

El PLANE es un programa centralizado, en el cual la planificación, fiscalización y el presupuesto son responsabilidad del nivel central de gobierno, a través del Directorio Único de Financiamiento y del Ministerio de Hacienda. Este programa terceriza la administración y la supervisión a entidades privadas y organismos no gubernamentales que también participan en procesos de evaluación.

²⁷ El DUF es el ente rector de los dos Fondos de Inversión y Desarrollo existentes e el país: el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) y el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS). Como tal, es la instancia que define políticas institucionales, coordina, norma y fiscaliza ambos fondos.

El PLANE es regulado por una normativa específica, que surge en un contexto particular. Mediante el Decreto Supremo N° 26318 de 15 de septiembre de 2001 el gobierno declaró Emergencia Nacional y encomendó al Directorio Único de Fondos elaborar el Plan. Si bien el PLANE fue creado con carácter temporal por un plazo de 14 meses, la difícil situación económica por la que seguía atravesando el país, obligó al gobierno a ampliar su vigencia hasta fines del 2004, mediante los Decreto Supremo No. 26849 de fecha 20 de noviembre de 2002 y Decreto Supremo No. 27294 de fecha 20 de diciembre de 2003 respectivamente.

Hay distintos organismos del nivel central encargados de la implementación del Programa: el DUF tiene la responsabilidad de poner en funcionamiento el Plan Nacional de Empleo de Emergencia, a través de una Unidad Coordinadora. Según la ley que crea el PLANE, la Unidad Coordinadora debe contar con una planta de personal eventual mínima, debiendo terciarizar a través de entidades privadas y organizaciones no gubernamentales, la administración y supervisión y promoción del Plan Nacional de Empleo de Emergencia, consagrando un modelo público/ privado de implementación.

Para la fiscalización y supervisión del programa se establece un Directorio Integrado por los miembros del DUF y un representante del Ministerio de Trabajo y Microempresa con voz y no voto. Por su parte, la Unidad Coordinadora debe preparar y someter a la aprobación del Directorio del DUF los manuales operativos que reglamentan la organización y funcionamiento del programa. El Ministerio de Hacienda realiza las gestiones correspondientes al financiamiento. La labor de los niveles subnacionales se ve reducida prácticamente a cero en la ejecución del PLANE, siendo su única función servir de contraparte económica en los proyectos implementados por organismos privados. La labor de los niveles subnacionales se ve reducida prácticamente a cero en la ejecución del PLANE, siendo su única función servir de contraparte económica en los proyectos implementados por organismos privados.

El PLANE cuenta con un sistema de financiamiento mixto de préstamos y donaciones provenientes de fondos de cooperación europea de carácter bi y multi lateral.

Resultados

Uno de los rasgos distintivos del proceso de descentralización boliviano es su intento por operar de manera descentralizada y de promover instancias de participación del nivel local y de la sociedad civil en la toma de decisiones y en el control de la gestión de las autoridades. Durante los años '90 el FIS opera con un enfoque "de abajo arriba", basado en la demanda, financiando proyectos propuestos y solicitados por los gobiernos locales, ONG y agrupaciones de la comunidad. (Banco Mundial, 1999)

La mayor parte de las políticas de superación de la pobreza en Bolivia se encuentran descentralizadas administrativamente, lo que se expresa en el traspaso de atribuciones a instituciones intermedias de la administración, continuando la mayor parte del ámbito de la planificación, la toma de decisiones y el financiamiento en manos del nivel central del Estado.

Desde esta perspectiva, el PLANE aparece como un programa opuesto a la lógica de implementación descentralizada con que operan el conjunto de las políticas, que no se inserta dentro de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza 2004-2007 ni sigue sus principios orientadores (uno de los cuales es la gestión descentralizada de los programas de superación de la pobreza). A pesar de esto no se puede ignorar su importancia en términos de cobertura. Los datos de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), muestran que durante el 2004 el programa permitió la creación de aproximadamente 70 mil empleos eventuales, con una inversión de 7 millones de dólares.

ANÁLISIS COMPARATIVO

Al examinar los procesos de descentralización de las políticas y programas de combate a la pobreza implementados en América Latina saltan a la vista algunas coincidencias importantes entre los seis países estudiados.

En primer lugar, destaca el hecho de que, en todos los casos, los programas de protección social implementados durante la presente década representan una suerte de retroceso a la descentralización de atribuciones para la gestión de programas sociales. Con mejores o peores resultados, durante los '90 todos los países traspasaron parte de las responsabilidades asociadas a la implementación de los programas de superación de la pobreza. Hubo un aprendizaje compartido respecto de las capacidades y potencialidades de los gobiernos locales para involucrarse en la gestión de programas sociales, así como de las ventajas y dificultades de articular redes interinstitucionales para la mejor provisión de respuestas integrales a los beneficiarios.

Pero el margen de acción del nivel local se ve notoriamente reducido a partir de los 2000 cuando se instalan en la región un conjunto de programas de protección social de carácter centralizado. Cabe hacer la salvedad del caso chileno, donde si bien Chile Solidario comparte varias de las características de los demás programas estudiados, es un programa dirigido a un porcentaje menor de la población, por lo que no puede decirse que su implementación revierta la tendencia general del conjunto de la oferta de programas sociales.

El Cuadro 8 sintetiza las principales características de estos programas distinguiendo entre su dependencia institucional, las bases normativas que los regulan, sus fuentes de financiamiento, el tipo de descentralización que involucran y las competencias que asume el nivel central, el nivel intermedio y el nivel local en su diseño, implementación y seguimiento.

Según se aprecia, en todos los casos es el nivel central el encargado de diseñar, planificar, financiar y evaluar los programas respectivos. El nivel intermedio sólo es responsable de tareas de coordinación o, en países como Chile y Bolivia, no tiene ninguna incidencia en la implementación de dichos programas. Finalmente, en el nivel local recaen el conjunto de tareas asociadas a la ejecución de las acciones para la implementación de los programas y aun, en el caso excepcional del PLANE boliviano, no tiene rol alguno. Siempre se trata de

acciones definidas desde el nivel central, que no pueden ser adaptadas por los gobiernos locales en función de las especificidades territoriales y que llegan al municipio en la forma de un paquete preestablecido de prestaciones a ser otorgadas a los beneficiarios.

Un problema más complejo y que liga lo social con la descentralización es que estos programas, excepto Oportunidades en México, trabajan con individuos y familias sin poner el acento en lo sociocomunitario, las interacciones y vínculos, el capital social, las redes y la elaboración colectiva de la ciudadanía social y, siguiendo a Amartya Sen, ignoran que el desarrollo social se relaciona con la expansión de capacidades.

Cuadro 8. Institucionalidad y descentralización. Programa de Protección Social en seis países de América Latina

	Brasil Hambre Cero	Argentina Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados	México Oportunidades ex Progresá	Chile Sistema de protección Social Chile Solidario	Colombia Familias en Acción	Bolivia Plan Nacional de Empleo de Emergencia
Dependencia Institucional	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (desde el 2003)	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.	Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)	Ministerio de Planificación y Cooperación	Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE)	Directorio Único de Financiamiento y Ministerio de Hacienda
Bases Normativas	La Ley 5.079 de mayo de 2004 dispone sobre composición, estructuración, competencia y funcionamiento del CONSEA.	Decreto de creación 165/2002 y 565/2002 del Poder Ejecutivo Nacional	Decreto del 8 de agosto de 1997 crea la Coordinación Nacional del Programa	Ley N° 19.949 del 5 de Junio de 2004	Decreto 2.713 del 30 de diciembre de 1999 (Ley 368 de mayo de 1997) que modifica la estructura de la Red de Solidaridad Social.	Decreto Supremo N° 26318 de 15 de sept de 2001 (vigencia se extiende a través de los decretos 26849 de 20 de nov de 2002 y 27294 de 20 de dic de 2003)
Financiamiento	Mixto. Público a través del Fondo de Combate a la Pobreza. Privado a través de ONG's, corporaciones y empresas.	Ministerio del Trabajo con fondos provenientes del Tesoro Nacional.	Recursos federales (nivel central) principalmente; recursos de los gobiernos estatales complementarios.	Recursos públicos provenientes de la Ley de Presupuesto Nacional; recursos municipales de infraestructura y funcionarios.	Recursos provenientes del nivel central y de un Convenio de Préstamo BID y BM y recursos municipales de operación.	Recursos provenientes del nivel central, específicamente del Tesoro General de la Nación (TGN).
Tipo de Descentralización	Operativa, modalidad agente principal	Operativa, modalidad agente principal	Operativa, modalidad agente principal	Operativa, modalidad agente principal	Operativa, modalidad agente principal	Operativa, modalidad agente principal
Competencias Nivel Central	Diseña, planifica, Financia. Evalúa. Responsable general de todo el proceso	Diseña, planifica, Financia. Evalúa. Responsable general de todo el proceso	Diseña, planifica, Financia. Evalúa. Responsable general de todo el proceso	Diseña, planifica, Financia. Evalúa. Responsable general de todo el proceso	Diseña, planifica, Financia. Evalúa. Responsable general de todo el proceso	Diseña, planifica, Financia. Responsable general de todo el proceso
Competencias Nivel Intermedio	Presta apoyo técnico y logístico para la ejecución en los municipios; coordina la implementación.	Coordina y opera en grado menor. Recibe presupuesto desde el nivel central.	Coordina operación	No desempeña un papel en el programa.	Coordina la operación departamental y municipal, realiza seguimiento a la operación local.	No tiene incidencia en la coordinación u operación del plan.
Competencia Nivel Local - Municipal	Financia complementariamente; coordina tareas de implementación; ejecuta.	Se encarga de la ejecución en cooperación con el Consejo Consultivo Municipal; asigna actividades de contraprestación laboral a los beneficiarios	Se encarga de la operación del programa. Administra los fondos para el programa que recibe desde los estados.	Se encarga de la coordinación y ejecución del programa en el nivel local	Coordina la convocatoria y ejecuta el programa.	Funciona como contraparte económica para el desarrollo de proyectos implementados por organismos privados para el plan.

La comparación de los procesos estudiados también da cuenta de los esfuerzos realizados en orden a vincular las políticas sectoriales de salud y educación y los programas sociales destinados a los sectores en situación de pobreza extrema. El vínculo es más evidente en el caso de los programas de protección social actualmente vigentes, todos los cuales, con excepción del caso boliviano, definen requisitos mínimos en salud y educación que las familias deben cumplir para acceder a los beneficios (Ver Cuadro 9).

Aunque con una orientación distinta, ya desde los '90 se observan en algunos países esfuerzos por establecer este tipo de vinculaciones, especialmente en materias operativas. Este es el caso de PRONASOL en México, que impulsó la ampliación de la atención médica preventiva y curativa, junto al fortalecimiento de la infraestructura educativa y el apoyo escolar a través de programas tales como Escuela Digna y Niños en Solidaridad. Algo similar ocurre en Chile, donde los sectores de educación y salud ponen en marcha un conjunto importante de programas focalizados en pobreza. Son los casos del P-900, programa destinado al mejoramiento preferencial de la calidad de la educación en las 900 escuelas más pobres, o de los programas de vacunación o atención preferente al adulto mayor en situación de riesgo social en el caso de salud. Además se diseñan programas integrales que cubren diferentes áreas sociales. El caso más emblemático en este sentido fue, durante la década de los '90, el Programa de Mujeres Jefas de Hogar, que otorgaba capacitación laboral a las jefas de hogar desempleadas y ofrecía al mismo tiempo, acceso preferente para los hijos al sistema escolar y a programas de salud para las mujeres.

En términos institucionales la complementariedad es más bien escasa. En Argentina, por ejemplo, las políticas de protección social y los servicios de educación y salud competen a niveles subnacionales distintos. Mientras que la responsabilidad por la educación y la salud están concentradas en el nivel provincial y muestran un alto grado de descentralización, los programas de pobreza están sujetos al gobierno central y operan de manera más centralizada. El único caso donde, al menos formalmente, los procesos se vinculan en términos institucionales es en Bolivia, ya que tanto la descentralización de los servicios como los programas de superación de la pobreza se estructuran al alero de la Ley de Participación Popular.

Cuadro 9

Vínculo de los programas de protección social con las políticas de salud y educación

País / Programa	Salud	Educación
Brasil (Hambre Cero)	Condiciona la entrega del bono a la incorporación de las familias al sistema de salud.	Condiciona la entrega del bono a la incorporación de los niños al sistema educacional.
Argentina (PJHD)	Es requisito de acceso al programa el “ <i>control sanitario y cumplimiento de los planes nacionales de vacunación del o de los hijos a cargo, menores de 18 años, mediante libreta sanitaria o certificación expedida por u centro de salud municipal, provincial o Nacional</i> ”.	Es requisito de acceso al programa que las personas cuenten con “ <i>escolaridad en condición de alumno regular del o los hijos a cargo menores de 18 años, mediante certificación expedida por el establecimiento educativo</i> ”.
México (Progres Oportunidades)	Las familias asumen el compromiso de inscribir a sus hijos en la posta o consultorio de salud.	Las familias asumen el compromiso de enviar a sus hijos a la escuela.
Chile (Chile Solidario)	Define un conjunto de mínimos en salud que deben cumplir las familias beneficiarias al egresar del sistema (1).	Define un conjunto de mínimos en educación que deben cumplir las familias beneficiarias al egresar del sistema (2).
Colombia (Familias en Acción)	El Programa traspasa recursos como una transferencia monetaria condicionada al uso de los servicios de salud básica, de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud. A esta transferencia se le llama subsidio nutricional y se destina a las madres de niños menores de siete años para complementar la alimentación durante la etapa crítica del crecimiento y desarrollo de los niños pequeños.	El Programa implementa un subsidio escolar que equivale al costo directo que supone para las familias más pobres el mandar a sus niños de 7 a 18 años a la escuela. Las transferencias, al ser condicionadas, se suspenden si los niños presentan una tasa de inasistencias injustificadas que supere el 20% y/o si repiten más de un año escolar.
Bolivia (PLANE)	No establece contraprestaciones en materia de salud.	No establece contraprestaciones en materia de educación.

(1) Los mínimos que define el Programa en salud son: que la familia esté inscrita en el servicio de Atención Primaria de Salud; que las embarazadas tengan sus controles de salud al día según normas del Ministerio de Salud; que los(as) niños(as) de seis años o menos tengan sus vacunas al día según normas del Ministerio de Salud; que los(as) niños(as) de seis años o menos tengan sus controles de salud al día según normas del Ministerio de Salud; que las mujeres de 35 años y más tengan el Papanicolau al día; que las mujeres que usen algún método anticonceptivo estén bajo control médico; que los adultos mayores de la familia estén bajo control médico en el consultorio; que los miembros de la familia que sufren alguna enfermedad crónica, se encuentren bajo control médico en el centro que corresponda; que los miembros de la familia con discapacidad, susceptibles a ser rehabilitados, estén participando en algún programa de rehabilitación; que los miembros de la familia estén informados en temas de la salud y autocuidado.

(2) Los mínimos que define el Programa en educación son: que los niños y niñas de edad preescolar asistan a algún programa de educación de párvulos; que en presencia de madre trabajadora y ausencia de cualquier otro adulto que pueda hacerse cargo de su cuidado, el o los niños menores de 6 años se encuentren incorporados a algún sistema de cuidado infantil; que los niños de hasta 15 años de edad asistan a algún establecimiento educacional; que los niños que asisten a educación preescolar, básica o media, sean beneficiarios de los programas de asistencia escolar que corresponda; que los niños mayores de 12 años sepan leer y escribir; que el o los niños con discapacidad que estén en condición de estudiar se encuentren incorporados al sistema educacional, regular o especial; que exista un adulto responsable de la educación del niño, acreditado como apoderado y que esté en contacto regular con la escuela; que los adultos tengan una actitud positiva y responsable con respecto a la educación y la escuela, al menos reconociendo la utilidad de la participación del niño en procesos educativos formales; que los adultos sepan leer y escribir.

III. CONCLUSIONES

El análisis de las políticas sociales desde la perspectiva de la descentralización examinados seis países permite comprobar que la tendencia iniciada en los años '80 en torno a traspasar atribuciones y competencias a niveles subnacionales está ampliamente instalada en la agenda institucional de América Latina.

Ambos desarrollos, el de los servicios sociales y el de los programas de combate a la pobreza son diferentes, lo que se aprecia desde diversas miradas: i) los fundamentos y orígenes, siendo los asociados a la descentralización de los servicios propios de la eficiencia administrativa mientras los de los programas de pobreza se refieren a la protección de los más pobres en contextos de riesgo; ii) el tipo y grado de descentralización que en un caso administrativa y financiera (en parte) y en otro, solo operativa, la cobertura y amplitud de los beneficios que se distribuyen, mucho más complejos, sofisticados y onerosos en el caso de los servicios y la magnitud de los recursos involucrados, sin patrón de comparación entre uno y otro caso.

En el caso de educación y salud, efectivamente el proceso se encuentra plenamente instalado. Por el contrario, en materia de políticas de combate a la pobreza, se observa un itinerario zigzagueante. Países que logran importantes trayectorias en el fortalecimiento de las administraciones municipales en años pasados, en el período reciente comienzan a impulsar con gran prioridad y notoriedad pública, programas focalizados de transferencias de ingreso en los cuales el nivel central planifica al detalle todas las materias referidas al programa no dejando prácticamente ningún espacio a la propuesta o iniciativa del nivel descentralizado.

El análisis de los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud ha sido ampliamente investigado y la literatura sobre el tema coincide en destacar algunos puntos que vale la pena mencionar nuevamente en este documento. Distinto es el caso al situar la atención en la descentralización de políticas y programas de pobreza y protección social que ha sido aún insuficientemente explorada. Si bien se encuentra alguna documentación sobre políticas sociales y descentralización en términos generales, hay muy poca evidencia en torno al vínculo teórico y empírico de los programas de protección social actualmente en curso en América Latina y los procesos de descentralización del Estado. Ese es el principal aporte de este estudio y aquí se centrará la atención en esta parte final del documento.

La tendencia en los distintos países estudiados es la misma y evoluciona de manera similar a lo largo de los años. A comienzos de los '90 los esfuerzos apuntan a la incorporación activa de los niveles subnacionales y, en la mayoría de los casos, a incrementar la participación social en la implementación de los programas. En varios de los países estudiados (México, Colombia, Bolivia, Brasil) se constituyen redes institucionales y sociales en torno a programas en las que están presentes actores institucionales y organizaciones sociales. Ya en los años 2000 el foco de la política social se desplaza hacia programas de protección social. Estos programas modifican la lógica que trató de abrirse

paso en los '90 con énfasis en lo territorial, comunitario y participativo y con características más cercanas a la idea de procesos autogestionados de desarrollo.

Se ha ordenado este capítulo en tres secciones. Primero se retoman las principales características del proceso de descentralización de los servicios de educación y salud. Luego se revisan aspectos que marcan diferencias entre los procesos experimentados en las áreas de educación/salud y de pobreza. Finalmente, se exponen aspectos críticos del proceso en materia de políticas de programas anti pobreza.

1. COMENTARIOS SOBRE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD

Desconcentración funcional

En términos generales el proceso de descentralización de las políticas sociales se acerca más a las características de un proceso de desconcentración funcional que a una descentralización política pues se traspasan atribuciones administrativas y de gestión a los niveles subnacionales, aunque hay casos de países federales en los que hay traspaso de capacidades decisorias.

Agente-principal

En el área de la descentralización fiscal y de asignación de recursos en todos los casos la modalidad escogida es la de agente principal. El principal es el nivel central del Estado quien indica a los agentes, los niveles subnacionales, que tareas deben realizar y con qué recursos de respaldo cuentan para hacerlo.

Sistema de gobierno federales o unitarios

El nivel intermedio de administración del Estado desempeña papeles relevantes en los procesos de descentralización solo en los países federales y no así en los unitarios, en los que la descentralización opera desde el nivel central al nivel municipal sin considerar rol alguno para el nivel intermedio (con la excepción del caso boliviano).

En países federales se observan procesos de descentralización desde el nivel federal o central al estadual o provincial que van más allá del solo traspaso de atribuciones en la gestión y administración de los servicios. Ejemplo de ello es que tienen atribuciones de endeudamiento. Sin embargo, el papel de los municipios es similar en ambos sistemas de administración: la gestión de los servicios viene determinada desde niveles superiores, al igual que ocurre en el caso de los países unitarios.

En el caso de Brasil, Tavares (1995) afirma que el proceso de descentralización se encuentra en tránsito desde un estado federativo centralizado hacia un estado federativo cooperativo. Tanto estados como municipios cuentan con un importante grado de autonomía en la gestión de los recursos y en particular el nivel estadual gana en autonomía administrativa y financiera aunque aún existe dependencia del nivel federal.

Similar es el caso Argentino donde los procesos de descentralización han alcanzado niveles avanzados en educación y salud. La administración del presupuesto y su distribución a las

municipalidades y las atribuciones acerca de los lineamientos y acciones a seguir están en manos del nivel provincial, quien posee amplias facultades en términos de desarrollar proyectos y normativas propias.

En México, el tercer país federal incluido en el estudio, la descentralización de la salud y la educación puso énfasis en las transferencias de recursos y atribuciones desde el nivel federal hacia los estado, quedando en un segundo plano lo municipios.

Asuntos pedagógicos

Excepto en parte en el caso de Argentina la descentralización no aborda asuntos pedagógicos o curriculares, los que siguen estando en manos de los respectivos ministerios.

Participación y ciudadanía

La dimensión participativa y ciudadana en torno a la comunidad escolar o el consultorio de salud es la dimensión más débil de los procesos de descentralización. La descentralización se ha centrado en prácticas de racionalización administrativa sin alcanzar a la comunidad, entendiendo como parte de ella a los padres y a las familias en el caso de la educación y a los usuarios del sistema en el caso de la salud. No obstante, en algunos países hay algunos intentos participativos tales como los Consejos de Participación Social en educación en México, el Foro Educativo Comunal en Colombia y el Directorio Local de Salud en Bolivia.

Buenas prácticas

Sosteniendo la afirmación de que los procesos examinados más bien dan cuenta de desconcentración que de descentralización propiamente tal, existen señales y casos que dan cuenta de un traspaso de poder más efectivo. En Colombia se consigna un discurso y algunas prácticas democratizadoras y de promoción de la participación de los niveles subnacionales más allá del mero cumplimiento de funciones administrativas o de ejecución de los programas. La descentralización de los servicios educativos y de salud deja en manos de los municipios ciertas decisiones de trascendencia.

Así mismo en Argentina es interesante el caso de las provincias de Mendoza o Santa Fé que han descentralizado los servicios sociales hacia los municipios y presentan grados elevados de autonomía y participación de los gobiernos locales y los miembros de la comunidad en diversos emprendimientos en materia social.

En Chile, un estudio realizado acerca de experiencias exitosas de gestión municipal en educación y salud permitió destacar buenas prácticas y notables resultados en materia de gestión educativa y de salud en municipios de escasos recursos y alejados de los principales centros urbanos (Serrano y otros, 1999). Las claves explicativas de las buenas prácticas estudiadas pasan por dos ejes: i) los procesos de racionalización administrativa y optimización de los recursos disponibles para la gestión de escuelas y consultorios de salud y ii) la capacidad municipal de hacer de los procesos iniciativas propias, con clara identificación con la realidad específica de la comuna, sus factores de identidad y el particular papel que le cabe a la comunidad y sus organizaciones.

Enlace descentralización de los servicios y programas de protección social

El enlace entre los procesos de descentralización educativos y de salud y las políticas de alivio a la pobreza se está generando en el caso de los programas de protección social por la vía de acuerdos explícitos que indican que los beneficiarios de dichos programas deben aportar una contraprestación que consiste en cumplir con el requisito de que los niños asistan a la escuela y a los controles de salud. Excepto en el caso del programa PLANE de Bolivia que no contempla contraprestación.

Equidad y desigualdades

La literatura sobre el tema coincide en señalar que un tema crucial en el proceso de descentralización ha sido la desigualdad entre estados y municipios, ya que el modelo no cuenta con herramientas para corregir situaciones de inequidad entre territorios con más y con menos recursos ni entre población de menores ingresos. En el caso chileno, por ejemplo, desde hace años se discute acerca de la subvención diferenciada socioeconómicamente pero aún no se ha implementado. A su vez, las diferencias también se expresan en desiguales capacidades de gestión en los niveles subnacionales, asunto que no es un resultado mecánico de las desigualdades territoriales, aunque por cierto estas influyen.

2. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS DE PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL SECTORIAL Y ANTI POBREZA

Los procesos de descentralización son de diferente naturaleza. Los que descentralizan la educación y la salud tienen entre manos una mega tarea que involucra cuantiosos recursos humanos, materiales y financieros, a la vez que se hacen cargo de una tarea de muy alta valoración ciudadana. Por el contrario, los procesos de descentralización de programas de combate a la pobreza no traspasan nada, solo convocan la participación de las municipalidades como ejecutoras de tareas operativas relacionadas con la mecánica de los programas. ¿Qué tienen en común estos programas? Entre varios elementos que se mencionarán más adelante, lo factor clave que tienen en común, el más importante en todos los procesos descritos, es el actor municipal. Ambos procesos dan por descontadas determinadas conductas y formas de operar de este nivel administrativo, el más cercano a las personas en sus problemas y necesidades cotidianas, sin detenerse a reconocer ni a intervenir en torno a las principales fortalezas y las principales debilidades que presentan para enfrentar las nuevas demandas y expectativas sobre ellos.

El peso del centro

El más destacado elemento en común entre los procesos estudiados es que el peso de las dinámicas descentralizadoras en todos los casos descansa en el centro, que se propone traspasar ámbitos de competencia a niveles intermedios y locales de la administración del Estado, y no en la demanda o propuesta de los niveles descentralizados o su capacidad de interpelar a las administraciones nacionales. Es más, en muchos casos el traspaso de competencias no es visto como una señal de empoderamiento o reconocimiento hacia los niveles subnacionales, sino como una imposición desde el centro. Así se percibieron los traspasos en educación y salud, aunque con el tiempo, los niveles subnacionales adquirieron

importantes compromisos con su rol como gobiernos locales en estas materias. Similar ha sido el caso cuando los municipios reciben instrucciones respecto de cómo operar las políticas sociales anti pobreza sin que se abran espacios de diálogo o colaboración mutua entre los nuevos programas focalizados y las iniciativas propias de las administraciones locales.

Bases jurídicas y normativas

Ambos procesos cuentan con dispositivos institucionales y normativos insertos en las trayectorias político institucionales de los Estados, pero así y todo, el despliegue jurídico y administrativo de los procesos de descentralización de los servicios de educación y salud y aquellos asociados a las políticas sociales de combate a la pobreza tienen diferencias. Los primeros ameritaron disposiciones legales e incluso constitucionales que abordan profundos cambios en la lógica de la administración del Estado. Los segundos, por el contrario, contaron con un soporte jurídico más específico y acotado, expresado en la forma de leyes que otorgaron garantías en torno a los procedimientos asociados a los programas y los recursos vinculados. Las leyes que sustentan a estos programas, si bien no tienen la estatura jurídico institucional que tuvieron aquellas asociadas a la definición de nuevas funciones y atribuciones de distintos niveles de gobierno, cumplen un importante papel al aportar a la institucionalización, transparencia y control ciudadano de las medidas anti pobreza.

Lo político

Un importante elemento en común en todos los procesos analizados tiene relación con la escasa incidencia del componente político, cívico y ciudadano en los procesos estudiados. Si bien la idea de traspasar poder a las personas aparece como el sentido último de la descentralización en un contexto democrático, y este es un asunto de claro carácter político, lo cierto es que ni la gestión de los servicios sociales ni la de los programas focalizados toma en cuenta que las agendas públicas implican procesos de debate de ideas, evaluación de alternativas y oportunidades y confrontación de posiciones junto con la ciudadanía.

Prima en la descentralización la lógica administrativa y técnica y se supone que la nueva forma de operar, descentralización fiscal de por medio, será capaz de activar capacidades institucionales en los agentes subnacionales que sustentarán gobiernos estatales o locales potentes. Sin embargo, estos procesos no construyen actores ni viabilizan *per se* capacidades en los niveles subnacionales, excepto en los casos en que estos niveles hacen una lectura política de los instrumentos administrativos y ven oportunidades en los procesos. Así lo destaca Arreche para el caso brasilero y no es distintos para los otros países. En Argentina, por ejemplo, se hacía mención a los diferentes resultados alcanzados en los traspasos de hospitales autogestionados según si estas iniciativas se inscribían o no en un proyecto provincial de descentralización.

En el ámbito específico de la política social de combate a la pobreza, el rol que se asigna a las municipalidades en la gestión de los programas tampoco genera más gobernabilidad local en forma mecánica. Las nuevas atribuciones y responsabilidades instalan nuevas destrezas, conocimientos y habilidades que abren oportunidades a la gestión social local en la medida en que esta es capaz de reconocer ventajas y asociar a sus propios intereses las ofertas que provienen del nivel central. Cuanto más espacio de creación y de agregación de valor se produce en la gestión descentralizada, más impactos trae el proceso. Las nuevas

tareas asociadas a la gestión operativamente descentralizada de los programas de pobreza efectivamente colaboran a desplazar el campo de acción de la administración municipal siempre y cuando, esta logre apropiarse de ellas y ver una propia conveniencia y sentido a las tareas encomendadas. En otras palabras, el éxito de los procesos de descentralización está directamente asociado con la oportunidad que visualicen los niveles de descentralización de ser favorecidos en el proceso, lo sustenten y lo sientan propio.

Lo financiero

A diferencia de lo que sucede en los servicios traspasados de educación y salud, en términos generales, las políticas de protección social suponen mínimos sistemas de transferencia de recursos públicos a los niveles descentralizados para su mejor ejecución y/o asignación. Las transferencias se realizan directamente a los beneficiarios que reciben un bono mensual. Estos programas destacan por sus bajos costos de administración los que en buena parte son aportados directamente por los municipios con recursos propios (Aedo, 2004). Por ejemplo, en el caso de Chile Solidario, dos tercios de los profesionales que actúan como apoyo familiar de las familias focalizadas son contratados directamente por el nivel central del Estado a través del Fondo de Solidaridad e Inversión Social. El otro tercio es contratado por las municipalidades con sus recursos. En la práctica, estas no reciben aportes por concepto del programa.

Aunque no hay transferencias monetarias al municipio, su participación en los programas implica adherir a las reglas y procedimientos que estos han definido. En este sentido de tipo técnico y metodológico, el Estado opera como principal y el municipio como agente. El beneficio del municipio para sumarse a las directrices que define el principal Estado, si bien no es de tipo financiero, es de tipo político social pues se empapa de las prioridades anti pobreza y así actúa de cara a la comunidad.

3. ASPECTOS CRÍTICOS DEL PROCESO EN MATERIA DE POLÍTICAS DE PROGRAMAS ANTI POBREZA

En materia de descentralización de las políticas de combate a la pobreza, los años 90 destacan por la instalación de numerosos programas que buscan nuevas respuestas en materia de pobreza. Se trata de programas con distintos criterios de focalización, dirigidos a grupos o territorios vulnerables, con metodologías participativas y foco en la generación de capacidades. No pueden llamarse programas descentralizados o descentralizadores, pues vienen definidos desde el nivel central del Estado. Por ejemplo, en el caso chileno, operaban en la siguiente forma: los programas traían definido en su diseño un conjunto de servicios y beneficios preestablecidos, un menú estandarizado con soluciones homogéneas que muestran poca flexibilidad para responder a la diversidad de situaciones de pobreza y para innovar o adecuarse a la realidad local.

Sin embargo, la instalación de estos programas en los municipios contribuye a generar capacidades locales pues, en la medida que los municipios lograron articular las iniciativas que venían desde el nivel central, adquirieron capacidades en el liderazgo del desarrollo social en sus localidades.

El período más reciente (años 2000) muestra una reversión de la tendencia hacia lo territorial y lo promocional de los '90. El tipo de programas que comienzan a agendarse nuevamente son completamente definidos en el nivel central, pero en este caso solo usan al municipio como sistema de enlace con los beneficiarios. Se pierde así la dimensión sociocomunitaria que muchos de los programas de los '90 habían logrado generar en el nivel local. Se desperfila también así, la dimensión sociopolítica de los programas sociales que estaban aportando a generar procesos democráticos de desarrollo local y espacios y mecanismos para una participación activa de la ciudadanía en la construcción de una distribución efectiva y equitativa de responsabilidades y recursos, cual es el sentido último de la descentralización.

El caso brasileño es una inmejorable muestra de la dinámica y apertura que se instala en la línea del desarrollo local o la generación de capacidades y el cambio de foco hacia programas de transferencias focalizadas. En los '90 se asume como un eje de la política la descentralización, junto con la colaboración público-privada. Especial importancia tiene en el traspaso de responsabilidades y atribuciones el desarrollo de los programas de Desarrollo Local Integrado y Sustentable, DLIS; cuyo actor protagonista son los municipios. Sin embargo, los años 2000 instalan una nueva prioridad: la focalización en pobreza para instalar gigantescas operaciones de traspaso de transferencias monetarias que pierden la dimensión participativa en el nivel local y pierden la dimensión descentralizadora de la gestión de la política, por cuanto el programa es totalmente definido en el nivel federal quedando en manos de los municipios solo la selección de los beneficiarios.

México aporta evidencia de políticas y programas operando en dinámicas comunitarias y generadoras de capacidades, pero en este caso, esta lógica se conserva aún cuando se integran los programas focalizados. PRONASOL constituyó la primera experiencia de descentralización de funciones desde el nivel federal hacia el nivel local, incluso a nivel de la ciudadanía organizada en comités. Posteriormente, tanto PROGRESA como Oportunidades continuaron con la línea descentralizadora, tras la inclusión de la descentralización en el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000.

Finalmente, las experiencias analizadas presentan un retroceso en cuanto a la dimensión participativa y ciudadana que se activa en torno a los programas de combate a la pobreza. Como se ha señalado, los procesos de descentralización se centran en una dimensión de gestión administrativa y no en una dimensión político ciudadana. Las ventajas que tradicionalmente se asocian a la descentralización en lo que dice relación con el involucramiento de las personas en materias públicas, la activación de su rol de contraloría social, la facilitación de experiencias de voz pública que permiten hacer llegar necesidades y demandas a oídos de funcionarios y tomadores de decisiones, están prácticamente ausentes de estos procesos precisamente porque no se abre espacio de colaboración o discusión de alternativas de acción en el contexto de un propósito compartido.

Las excepciones son pocas e incipientes, en parte se encuentran en México, en parte en Colombia, donde se anuncian espacios de diálogo ciudadano y co-gestión de la iniciativas en curso. Sin embargo, este no es el sello en los casos de Chile, Argentina o Brasil en su segunda etapa. Bolivia es un caso particular porque es el país con mayor trayectoria en la dimensión distribución social del poder a los distintos niveles subnacionales, pero no como

ejercicio de traspaso desde un centro fuerte a los niveles subnacionales y tampoco como experiencia de devolución desde un centro poderoso a niveles subnacionales con afán de empoderarlos, dada la fragilidad institucional del Estado boliviano.

La afirmación que hace Delgado para el caso argentino es válida también para Chile, Colombia y Bolivia. Señala *“se plantea a la estrategia de descentralización como la apropiada para dar poder a la gente. Pero cambiar el lugar de la gestión no significa, necesariamente, cambiar de recursos materiales y simbólicos que le permitan ejercer en condiciones de igualdad la delegación de funciones”* (Delgado, 2003).

Los programas de protección social se han examinado aquí desde la perspectiva de la descentralización, pero hay muchas otras interrogantes que deberán responderse antes de dar por sentado que ellos son una buena respuesta a los problemas de pobreza en América Latina.

Lo que parece estar pasando no es acerca de algunos programas nuevos en materia social que se vienen desarrollando en distintos países, sino un proceso de cambio en los países latinoamericanos de sus sistemas sociales que bien o mal intentaban articular dinámicas de desarrollo local, capital social y derechos ciudadanos, por modelos de asistencia social focalizados. Los programas de transferencia directa de ingreso pueden ser vistos como un paliativo en un contexto de debilitamiento de los mecanismos e instituciones de protección y bienestar social. Conservan un marcado signo asistencial con riesgos de dependencia por parte de los beneficiarios respecto de prácticas de clientelismo estatal de antigua data en América Latina.

Sería necesario conocer con más profundidad el caso mexicano en la búsqueda de soluciones capaces de integrar la experiencia acumulada por las políticas sociales anti pobreza en América Latina, en lugar de oscilar entre alternativas que no aprenden las unas de las otras y operan con la lógica de juegos de suma cero. La experiencia llevada adelante en México por PRONASOL, después por Progresá y luego por Oportunidades, muestra una alternativa distinta a la dicotomía entre programas de desarrollo socio comunitarios centrados en la generación de capacidades *versus* programas asistenciales focalizados que transfieren recursos. La diferencia está en la combinación de elementos de protección y asistencia social expresados en la operación de un bono monetario, junto a iniciativas de desarrollo social.

BIBLIOGRAFÍA

AEDO, C. (2005) *Transferencias de Ingreso: Una nueva forma para asignar el gasto social* (en proceso de preparación)

ARRETCHE, M. (1999) “Políticas sociales en Brasil: descentralización en un Estado Federativo”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 14, N° 40

ARTANA, D. Y R. LÓPEZ MURPHY (1997) "Descentralización fiscal y aspectos macroeconómicos: una perspectiva latinoamericana" en *Descentralización fiscal en América Latina. Nuevos desafíos y agenda de trabajo*, CEPAL GTZ, Agosto

ASESORÍAS PARA EL DESARROLLO – SERNAM (2000) *Mecanismos de Control Ciudadano en Políticas y Equidad De Género. Recopilación y Análisis de Experiencias Existentes*

BALCÁZAR, M. (1996) *Influencia programática y metodológica de los Fondos en la política social orientada a la superación de la pobreza*, Santiago, Chile.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1994) *Economic and Social Progress in Latin America 1994 Report*, Washington DC, Johns Hopkins UP

BANCO MUNDIAL (1999). *Bolivia: Diez años de actividades del Fondo de Inversión Social*, Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial.

BISANG Y CENTRÁNGOLO (1998) “Descentralización de los servicios de salud en Argentina”, En Di Gropello y Cominetti (comps) *La descentralización de la Educación y la Salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL

BOLIS, M (2003) *Aportes de la descentralización a la eficacia del derecho a la salud*, en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-x-taller03-bolis.pdf>

BORGES-MÉNDEZ, R. Y V. VERGARA (1999) “The Participation-Accountability Nexus and Decentralization in Latin America”, en *Decentralization and Accountability of the Public Sector, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean 1999*, Valdivia, Chile

BOSCHI, R. (2004) “Instituciones políticas, reformas estructurales y ciudadanía: dilemas de la democracia en Brasil”, en *Política. Balance de las democracias latinoamericanas: incertidumbres y procesos de consolidación*, vol. 42, Otoño 2004. INAP, U. de Chile

BURION, G., LUCHESSI Y ROMANO (2004) *Análisis del Plan Jefes y Jefas de Hogar*, en: http://www.cema.edu.ar/rjms/cursos/historia_del_pensamiento_economico/curso_2004/2004_planjefesF.pdf

CAJÍAS DE LA VEGA, B. (2000) *Educación Municipal en Bolivia: Una expresión de la descentralización educativa*, ESAN ediciones

CASASBUENAS, G. (2001) *Colombia: La Red de Solidaridad Social*, BID, Washington, D.C.

CAYEROS, A. Y SILVA, S. (2002) “Descentralización a escala municipal en México: la inversión en infraestructura social”, CEPAL N° 15.

CELEDÓN, GUZMÁN, OYARZO, ET.AL (2001) “Descentralización financiera en el sector salud. La política y su implementación”, en Raczynski y Serrano (ed) *Descentralización. Nudos Críticos*, CIEPLAN

CELS (2003) *Plan Jefes y Jefas ¿Derecho social o beneficio sin derechos?*. Buenos Aires. En http://www.cels.org.ar/Site_cels/documentos/a_docs_trabajo/4_desc/esc_desc_pdf/Jefes_Jefas.pdf

CENTRÁNGOLO Y JIMENEZ (2004). *Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina*, Revista de la CEPAL 84, Buenos Aires, Argentina.

CEPAL- ILPES (2003) *Una evaluación de los procesos de descentralización fiscal*. Documentos presentados en el XV Seminario de Política Fiscal, Santiago de Chile.

COMINNETTI Y DI GROPELLO (1998) “La reciente descentralización de la política brasileña de enseñanza básica y de salud”, en *La descentralización de la educación y de la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, Santiago de Chile

CONCHA, PAVÉZ, RACZYNSKI, ROJAS, TOHÁ Y Walker (2001) “Superación de la Pobreza y Gestión Descentralizada de la Política y los Programas Sociales”, en Raczynski y Serrano (ed) *Descentralización. Nudos Críticos*, CIEPLAN

DE LARA RESENDE, L (2000) *Comunidade Solidária: uma Alternativa aos Fundos Sociais*, IPEA, Brasilia

DELGADO, M (2003) “*Descentralización Educativa: Entre una vieja utopía y la cautela*”, En Gadotti, Gómez y Freire (comps) *Lecciones de Paulo Freire. Cruzando fronteras: experiencias que se completan*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Buenos Aires, Argentina

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2001) *Evolución Histórica De La División Político Administrativa –Divipola- de Colombia*, Santa Fé de Bogota, Colombia

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN (1999) *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: Balance de una década*, Colombia

DIAZ, A. Y SILVA, S. (2004) *Descentralización a escala municipal en México: la inversión en infraestructura social*. CEPAL. México D.F

DI GROPELLO, E (1997) “Descentralización de la educación en América Latina”, *Serie Reforma de Política Pública*, CEPAL N° 57

DRAIBE, S. (1998) “La reciente descentralización de la política brasileña de enseñanza básica y de salud”, en Cominetti y Di Gropello, *La descentralización de la educación y de la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, Santiago de Chile

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (1996) *Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*, Editorial Síntesis, Madrid

FERREIRA, A Y VALENZUELA, L (1993) “Descentralización Fiscal: el Caso Colombiano”, *Serie Política Fiscal 49*, Proyecto Regional de Descentralización Fiscal CEPAL/GTZ.

FINOT, I. (2001) *Descentralización en América Latina: Teoría y Práctica*, ILPES, Santiago de Chile.

GALASSO Y RAVALLION (2003) “Social Protection in a Crisis: Argentina’s Plan Jefes y Jefas”, Working Paper N. 11/03, World Bank, December 2003.

GÓMEZ, E. (2003) *La Descentralización fiscal en México*. En Una evaluación de los procesos de descentralización. Santiago: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES

HAGGARD, S. (1999) “The Politics of Decentralization in Latin America”, en *Decentralization and Accountability of the Public Sector, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean 1999*, Valdivia, Chile

HERNÁNDEZ, LUIS (1995) “Complejidades y desafíos actuales de la descentralización en un Estado Unitario”, en J. Abalos (ed.) *Chile, Ruta al Tercer Milenio*, Ed. Itesa, Santiago

HICKS, N. y WODRON, Q. (2001), "Protección Social para los Pobres en América Latina", Banco Mundial.

HOLZMANN, R. y JORGENSEN, S. (2000), "Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá" en Revista Facultad Nacional de Salud Pública. N° 21. Bogotá.

INSTITUTO DE CIUDADANÍA Y FUNDACIÓN DJALMA GUIMARÁES (2001) *Proyecto Hambre Cero. Una propuesta de seguridad alimentaria para Brasil*

LANDA F. (2003) *Transferencia de recursos a los más pobres: un análisis del PLANE –I con escenarios contrafactuales*

LEVY, E (2002) *Desempleo, Pobreza y Formación en la Argentina. Algunas consideraciones*, en: <http://www.cta.org.ar/docs/despobrezayformaclevy.rtf>

LIN, N. (2001), *Social Capital*, Cambridge University, London

MALDONADO, A. (2000) *Descentralización y Desarrollo Económico Local: una visión general del caso de Colombia*, CEPAL

MANOR, JAMES (1999) *The Political Economy of Democratic Decentralization*, The World Bank, Washington DC

MEDEIROS, A.; DE LARA RESENDE, L; BEGHIN, N. (1995) “Comunidad Solidaria: una estrategia de combate al hambre y a la pobreza”. *Revista Planificación y políticas públicas* N° 12, Enero-Junio 1995

MIDEPLAN (2002) *Estrategia de Intervención Integral a Favor de Familias en Extrema Pobreza*, Secretaría Ejecutiva del Programa Chile Solidario, Santiago

MIDEPLAN (1999) *Caracterización de la oferta pública dirigida a grupos prioritarios de la política social*, Secretaría Ejecutiva, Comité de Ministros Social, septiembre

MOGOLLÓN, O. (2002) “De la discreción a las fórmulas: mecanismos de distribución de recursos descentralizados para alivio de la pobreza”. Instituto Tecnológico Autónomo de México, citado en Cayeros, A. y Silva, S. (2002) “Descentralización a escala municipal en México: la inversión en infraestructura social”, CEPAL N° 15.

ORNELAS, C. (1998). *La descentralización de los servicios de educación y salud en México*. En Di Gropello y Cominetti (comps) *La descentralización de la Educación y la Salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL.

ORREGO, C. (1995): *Participación Ciudadana y el Fortalecimiento de la Accountability de los Municipios en Chile. Ejercicio de Análisis Político*, Departamento de Estudios, SUBDERE

OXHORN, P. (2001) *La construcción del Estado por la sociedad civil: la Ley de participación Popular de Bolivia y el desafío de la democracia local*, Documento de Trabajo del INDES, Serie de Documentos de Trabajo I, Washington DS

PETERSON, G. (1997) *Decentralization in Latin America: Learning Trough Experience*, Washington DC, Banco Mundial

PORTO, A Y SANGUINETTI, P (1996). *Las transferencias intergubernamentales y la equidad distributiva: El caso argentino*. Serie Política Fiscal N° 88. CEPAL.

PREAL (1999) *Descentralización educacional: Aprendizaje de tres décadas de experiencia*, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe, Santiago, Chile, en: <http://www.preal.org/politica3.pdf>

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE BRASIL (1996) *Comunidad Solidaria. Todo para todos*, Documento en www.comunidadesolidaria.org.br

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA MEXICANA (1997) *Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000*, México

RACZYNSKI, D. y SERRANO, C. (2004) “Programas sociales innovadores de superación de la pobreza en Brasil y Chile”, en Clarisa Hardy (editora) *Equidad y protección social. Desafíos de políticas sociales en América Latina*, Ed. LOM, Santiago de Chile.

RAMÍREZ, P. (2002) *Evolución de la política social en la década de los noventa: cambios en la lógica, la intencionalidad y el proceso de hacer la política social. El caso de Colombia*, Santa Fé de Bogotá, Colombia

RAWLINGS, L. y RUBIO, G. (2003) “Evaluación de impacto de los programas de transferencias condicionadas en efectivo”. Cuadernos de Desarrollo Humano No.10, Banco Mundial.

REPETTO Y ALONSO (2003) *La economía política de la política social argentina: Una mirada desde la desregulación y la descentralización*. CEPAL- Serie Políticas Sociales N°97

RONDINELLI, D. (1989) “Decentralizing Public Services in Developing Countries” en *The Journal of Social, Political and Economic Studies* 14:77-98

RUIZ-MIER, F. GIUSSANI, S. (1997) *El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia*, CEPAL, Santiago, Chile

SALINAS, J. (2000) *Descentralización y desarrollo económico local: Una visión general del caso en Bolivia*, CEPAL. Santiago, Chile

SERRANO, FERNÁNDEZ Y PAVÉZ (2001) “Descentralización de la Educación en Chile. Balance y Perspectivas”, en Raczynski y Serrano (ed) *Descentralización. Nudos Críticos*, CIEPLAN

SERRANO, C. Y H. BERNER (2000) *Chile: Un Caso Poco Frecuente de Indisciplina Fiscal (Bailout) Endeudamiento Encubierto en la Educación Municipal*, Estudio realizado para la IV Ronda de la Red de Centros del BID

SERRANO, C. y OTROS (1999) *Buenas Prácticas de Gestión Municipal. Lecciones y desafíos en cuatro áreas claves*, CIEPLAN, Fondo para el Estudio de las Políticas Públicas de la Universidad de Chile y Fundación Ford

SERRANO, C. (2001) "Inversión Pública y Gestión Regional. Nudos Críticos", en Raczynski y Serrano (eds) *Descentralización. Nudos Críticos*, CIEPLAN

SERRANO, C.(2005) La Política Social de la Sociedad Global en América Latina. Nuevos Programas de protección social. CEPAL (para publicación)

SHAH, A. Y HUTHER, J. (1997) "Una medición sencilla de la calidad del buen gobierno y su aplicación al debate sobre el nivel apropiado de descentralización fiscal" En *Descentralización Fiscal en América latina, nuevos desafíos y agenda de trabajo; Proyecto Regional de descentralización Fiscal CEPAL / GTZ*

SOTO, E; LÓPEZ, H. (2003) *México: federalismo versus descentralización*. En Revista Política y Cultura. N° 19

SUBDERE (2000) *Diagnóstico sobre el Proceso de Descentralización en Chile*, documento de trabajo, junio

TAVARES, M. H. (1995) *Federalismo y políticas sociales*, Serie Políticas Sociales N° 7, CEPAL, Naciones Unidas. Santiago de Chile

UNAM (1999) *Informe de PRONASOL para la FAO*, Facultad de Economía, México

VARGAS, J. SARMIENTO, A. (1998) *Descentralización de los servicios de Educación y Salud en Colombia*, CEPAL

VILLATORO, P. (2004) *Programas de Reducción de la Pobreza en América Latina. Un análisis de Cinco experiencias*. Santiago: CEPAL

VINOCUR, P; HALPEIRN, L (2004) *Pobreza y Políticas sociales en Argentina de los años noventa*, en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/7/LCL2107PE/LCL2107.pdf>

WIESNER, E. (1997) "La economía neoinstitucional, la descentralización y la gobernabilidad local", en *Descentralización fiscal en América Latina. Nuevos desafíos y agenda de trabajo*, CEPAL GTZ, Agosto

WIESNER, E. (1995) "La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia". Santafé de Bogotá, Colombia.

WILLIS, E.; C. GARMAN Y S. HAGGARD (1999) "The Politics of Decentralization in Latin America", en *Latin American Research Review* 34 N°1: 7-56

WINKLER, D. (1994) *Diseño y administración de transferencias intergubernamentales. Descentralización Fiscal en América Latina*, Documento para la discusión del Banco Mundial N°235

YASBEK, M. (2004) “El programa hambre Cero en el contexto de las políticas sociales brasileras”. *Revista Sao Paulo en Perspectiva*, N° 18

www.progesa.gob.mx/transparencia/fraccion_14.htm
www.oportunidades.gob.mx/htmls/quienes_somos.html
www.innova.gob.mx/ciudadanos/biblioteca/index.php?contenido=457&pagina=4&
www.fomezero.gov.br
www.planalto.gov.br
www.ops.org.ar/FuentesInfo/PublicacArg/publi-46/anexocap1.htm
www.mininterior.gov.ar/municipales/servicios/prog_ampliado.asp?id=13

GLOSARIO

- BID: Banco Interamericano de Desarrollo
- BM: Banco Mundial
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina
- IDH: Índice de Desarrollo Humano
- IVA: Impuesto al Valor Agregado
- ONG: Organización No Gubernamental
- PIB: Producto interno Bruto
- UNESCO: Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

BRASIL

- AIS: Acciones Integradas de Salud
- AIH: Autorizaciones de Internación Hospitalaria
- CGI: Comité Gestor Interministerial
- CONSEA: Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria
- FAE: factor de apoyo a los estados
- FAM: Factor de apoyo al municipio
- FNDE.: Fondo Nacional para el Desarrollo de la Educación
- INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Médico-Previsional
- LOAS: Ley Orgánica de la Asistencia Social
- MDS: Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre
- MEC: Ministerio de Educación y Cultura
- PAB: Piso de asistencia básica
- PETROBRAS: Petróleo de Brasil
- PETI: Programa de erradicación del trabajo infantil
- PGRM: Programa garantía de ingreso mínimo
- PRN: Partido de Reconstrucción Nacional
- PSF: Programa de salud de la familia
- PT: Partido de los Trabajadores
- REDESOL: Red de programas sociales
- SEBRAE: Servicio Brasileiro de Apoyo a la Micro y Pequeña Empresa
- SUDS: Sistema Unificado y Descentralizado de Salud

- SUS: Sistema Unificado de Salud

ARGENTINA

- ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos
- ASOMA: Apoyo Solidario a Mayores
- CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales
- CFI: Coparticipación federal de impuestos
- CONAEYC: Consejo Nacional de Administración, Ejecución y Control
- IDH: Programa Familias por la Inclusión Social
- INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos
- PAN: Programa Alimentario Nacional
- PEA: Programa de Emergencia Alimentaria
- PEL: Programa de Emergencia Laboral
- PJHD: Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados
- PNBE: Plan Nacional de Becas Estudiantiles
- POSOCO: Programa de Políticas Sociales Comunitarias
- PRANI: Programa Alimentario Nutricional Infantil
- PROSONU: Programa Social Nutricional
- SAMCO: Sistemas de Asistencia Médica a la Comunidad

MÉXICO

- CDS: Convenios de Desarrollo Social
- CIESAS: Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social
- COPLADE: Comités de Planeación para el Desarrollo Regional
- COPREDES: Comités de Promoción para el Desarrollo Económico
- CUCs: Convenios Únicos de Desarrollo
- DF: Distrito Federal
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- FAIS: Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social
- FDSM: Fondo de Desarrollo Social Municipal
- PIDER: Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural
- PRONASOL: Programa Nacional de Solidaridad
- PROGRESA: Programa de Educación, Salud y Alimentación
- SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social
- SEP: Secretarías de Educación Pública y de Salud
- SSA Secretarías de Salud
- UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

CHILE

- DEPROE: Departamento Provincial de Educación
- DIPRES :Dirección de Presupuesto
- DFL: Decreto Fuerza de Ley
- FAP: Facturación por Atención Prestada
- FAPEM: Facturación de las Atenciones Prestadas en las Municipalidades

- FCM: Fondo Común Municipal
- FNDR: Fondo Nacional de Desarrollo Regional
- FONASA: Fondo Nacional de Salud
- FOSIS: Fondo de Solidaridad e Inversión Social
- IRAL: Inversión Regional de Asignación Local
- ISAR: Inversión Sectorial de Asignación Regional
- MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Cooperación
- MINEDUC: Ministerio de Educación
- PADEM: Plan Anual de Desarrollo Educativo
- PEI: Proyecto Educativo Institucional
- PLADECO Plan de Desarrollo Comunal
- SERNAM : Servicio Nacional de la Mujer
- SIMCE: Sistema de Medición de la Calidad de la enseñanza.
- SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud
- SUBDERE: Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo

COLOMBIA

- DAPRE: Departamento Administrativo de la Presidencia de la República
- ECOSALUD: Empresa Colombiana de Recursos para la Salud
- EPS: Entidad Promotora de Salud
- FER: Fondos Educativos Regionales
- FIS: Fondo para la Inversión Social
- FIP: Fondo de Inversión para la Paz
- FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía
- POS: Plan Obligatorio de Salud
- RAS: Red de Apoyo Social
- SISBEN: Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
- UCN: Unidad Coordinadora Nacional
- UCR: Unidades Coordinadoras Regionales

BOLIVIA

- DILOS: Directorio Local de Salud
- DUF: Directorio Único de Fondos
- EBRP: Estrategia Boliviana de Superación de la Pobreza
- ESB: Estrategia Social Boliviana
- FIS: Fondo de Inversión Social
- FNDR: Fondo Nacional de Desarrollo Regional
- FPS: Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
- PAGM: Programa de Apoyo a los Gobiernos Municipales
- PLANE: Plan Nacional de Empleos de Emergencia
- PEP: Programa de Empleo Productivo
- PER: Programa de Empleo Rural
- PES: Programa de Empleo en Servicios
- SNE: Secretaría Nacional de Educación
- SNSP: Secretaría Nacional de Salud Pública

- TGN: Tesoro General de la Nación
- UDAPE: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

ANEXO I: TRAYECTORIA INSTITUCIONAL DE LOS PAISES

Esta sección presenta a los países incluidos en el estudio: Brasil, Argentina, México, Chile, Colombia y Bolivia. Se entrega información general acerca de la evolución política, el desempeño social y la estructura político administrativa de los países. En la sección siguiente se describe el proceso de descentralización experimentado en cada uno de ellos.

Tres de los países estudiados corresponden a estados federales: Brasil, Argentina y México²⁸ y tres a estados unitarios (Chile, Colombia y Bolivia). Aunque sería dable esperar que se traspasaran mayores atribuciones y poder de decisión desde el nivel central al nivel intermedio, veremos que los procesos de descentralización que se siguen en ambos tipos de países comparten características similares y traspasan el mismo tipo de atribuciones desde el nivel central a los niveles inferiores de gobierno. Las diferencias se dan porque Estados y provincias en los países federales desempeñan un papel en la asignación de recursos hacia los municipios que, en los países unitarios se da en forma directa, sin gestión del nivel intermedio. A continuación se presentan algunos antecedentes generales sobre los países²⁹.

Brasil

Entre 1964 y 1985 se sucedieron en Brasil varios gobiernos militares, siendo el último de ellos el de Joao Figueiredo. En 1985 asume José Sarney, a la muerte del candidato electo que no alcanza a encabezar el primer gobierno democrático, Tancredo Neves. Sarney resulta ser el primer presidente civil desde 1964. En su gobierno se realiza la transición hacia la democracia, se promulga la Constitución de 1988 que dará pie a los procesos de descentralización y se impulsa un paquete de reformas económicas denominado “Plan Cruzado” que congeló los precios, estableció el reajuste de salario automático y creó un seguro de desempleo.

El primer presidente electo mediante voto popular, tras 25 años de excepción, fue Fernando Collor de Melo, fundador del Partido de Reconstrucción Nacional (PRN), quien gobernaría por un período de poco más de dos años. Escándalos de corrupción llevaron a la Cámara de Diputados a abrir un proceso que derivó en su renuncia y posterior inhabilitación pública. Lo sucedió en el cargo el vicepresidente Itamar Franco, quien sería confirmado posteriormente por votación popular. Entre 1995 y 2003 gobierna por dos

²⁸ El federalismo es un sistema basado en la distribución territorial de poder y autoridad entre instancias de gobierno, constitucionalmente definida y asegurada, de tal forma que los gobiernos nacionales y subnacionales son independientes en su esfera propia de acción. El federalismo se caracteriza por su no centralización, esto es, por la difusión de los poderes de gobierno entre muchos centros, cuya autoridad no resulta de la delegación de un poder central, sino que es conferida por el sufragio popular.

²⁹ Ver en Anexo 1 indicadores sobre crecimiento, pobreza, desarrollo social y gasto público social de los países extraídos del Panorama Social de América Latina elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

periodos sucesivos Fernando Henrique Cardoso, fundador del Partido de la Social Democracia Brasileña (PSDB) quien, entre otras cosas, llevará adelante una transformación en el ámbito de las políticas sociales con la configuración de una red de programas denominada “Comunidad Solidaria” que privilegia una alianza con el tercer sector y el sector privado para el desarrollo de proyectos sociales. Desde el 2003 gobierna Luís Inácio Lula da Silva, militante del Partido de los Trabajadores (PT), quien define como uno de sus objetivos prioritarios erradicar el hambre del país antes del término de su mandato, para lo cual implementa el programa denominado “Hambre Cero”.

Brasil presenta tasas de crecimiento económico importantes. Sin embargo, sus indicadores de desarrollo humano, pobreza y desigualdad no son positivos. En el periodo 1990-2002 el PIB per cápita aumentó casi en un 12%, mientras que el IDH se mantenía en el rango medio, pasando de 0,71 a 0,77. Los índices de pobreza descendieron en 10 puntos porcentuales en ese período, sin embargo, los niveles siguen siendo altos (37,5% de la población bajo la línea de pobreza y 13,2% bajo la de indigencia). La tasa de analfabetismo también presenta mejorías, pero sigue siendo alta (13,1%). El índice Gini de desigualdad experimentó un alza, desde 0,62 a 0,64, situándose dentro de las más altas del mundo.

Respecto del gasto público, la seguridad social concentra el mayor porcentaje, seguido de educación y de salud. En el período 1990-2001 se registran alzas y bajas en los dos últimos, manteniéndose en curva creciente sólo el gasto en asistencia, en torno al 10% del PIB. El gasto en salud y educación fluctúa en torno al 3% y 4% del PIB.

La matriz institucional brasileña se caracteriza por ser federativa, compuesta por 26 unidades estatales y 5.561 municipios. Cuenta con un régimen presidencialista, contrapesado por un sistema de dos cámaras, el federalismo y la representación proporcional, con una gran concentración de poder en el ejecutivo. El presidente es elegido por mayoría absoluta en un sistema de *ballotage* o *segunda vuelta* cuando en una primera vuelta no se obtiene el 50% para un candidato. Esa misma regla se utiliza para la elección de gobernadores de estado y para el Distrito Federal (DF). El Congreso está compuesto por una cámara de diputados de 513 miembros elegidos en los estados y en el DF y un Senado de 81 miembros que ostenta un poder considerable (Boschi, 2004).

Se repite en los estados el mismo sistema institucional a nivel nacional, salvo que los estados no son autónomos para aplicar reglas electorales e institucionales propias y que la constitución no permite poderes legislativos de dos cámaras en los mismos. Por otra parte, los municipios no tienen y no pueden tener, por determinación constitucional, poder judicial, como tampoco el consiguiente poder constituyente, disponiendo sólo de las leyes orgánicas municipales respectivas.

Argentina

En Argentina, el año 1976 un golpe militar coloca a una junta militar presidida por el General Videla en el poder, sistema que se mantiene hasta el año 1983, cuando se recupera la democracia con la llegada a la presidencia de Raúl Alfonsín, del Partido Radical, en cuyo gobierno se establece la elección directa de alcaldes.

En 1989 asume Carlos Menem, del Partido Justicialista. Es reelecto en 1995 para un segundo periodo que duró hasta 1999. En su gobierno tienen lugar cambios importantes en la relación Estado – provincia, dándose inicio al proceso de descentralización. Entre 1999 y el 2005 se han sucedido 6 presidentes en un marco de inestabilidad política y crisis económica que comienza a superarse en el gobierno del actual mandatario Nestor Kirchner, perteneciente al sector progresista del Partido Justicialista.

Los indicadores sociodemográficos de Argentina muestran un considerable descenso en los últimos años. El PIB exhibe un incremento significativo en 1999 en relación a 1990, aumentando en US\$ 1.890 por habitante. Sin embargo, entre 1999 y 2002 baja de US\$ 7.435 a US\$ 6.055 per cápita. El IDH se comporta de manera similar, aumentando en el período 1990-1999 y disminuyendo levemente el 2002, aún cuando Argentina sigue situándose dentro del grupo de países con IDH alto.

La población bajo la línea de la pobreza presenta un significativo aumento en el año 2000 (41.5 %) en relación al año 1997 (17.8%), período en el cual la población indigente se triplica. Los índices de desigualdad se muestran siempre ascendentes, aumentando especialmente en el último periodo, de 0.53 en 1997 a 0.6 en el 2000. A pesar de las negativas cifras registradas en los últimos años, los indicadores de desarrollo social siguen mejorando durante todo el período.

Luego de un crecimiento del gasto público social a mediados de los '90, éste se reduce a comienzos de la presente década casi hasta llegar al mismo nivel de principios de los noventa. Sin embargo se registran aumentos constantes de gasto en educación, lo que no se observa para el caso de salud.

La nación Argentina adopta para su gobierno democrático la forma representativa, republicana y federal. El estado federal está conformado por 23 Provincias y una Ciudad Autónoma (Buenos Aires). Cada Provincia tiene competencias legislativas en los términos establecidos en sus respectivas Constituciones, las que de forma expresa manifiestan su adhesión a la República.

El poder ejecutivo de cada provincia es ejercido por el Gobernador electo por los habitantes de la Provincia. El poder legislativo es ejercido por la correspondiente legislatura provincial que puede ser unicameral o bicameral y es elegido democráticamente por los ciudadanos.

Cada Provincia se encuentra dividida en Departamentos, salvo en el caso de la Provincia de Buenos Aires donde reciben la denominación de partidos. Cada departamento está a su vez organizado en distritos y éstos en localidades. El poder ejecutivo de cada Municipalidad es ejercido por el Intendente, elegido por sufragio universal directo; mientras que la rama legislativa, con potestad para la sanción de Ordenanzas Municipales, es ejercida por un Consejo Deliberante, en donde el número de concejales se determina en función del número de habitantes de cada municipio.

México

Desde 1929 hasta el año 2000 gobernó en México el Partido Revolucionario Institucional (PRI), sucediéndose presidentes elegidos de manera semi-autoritaria desde ese grupo político, entre los que se puede mencionar en los últimos años a José López Portillo (1976-1982), Miguel de La Madrid (1982-88), Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) y Ernesto Zedillo (1994-2000). El año 2000 asumió Vicente Fox, de línea centro-derecha, quien gobierna hasta la fecha.

Los indicadores sociales de México muestran limitados avances en los últimos años. Por un lado, el PIB per cápita ha aumentado de manera considerable, pasando en 13 años de 3.925 a 4.690 dólares. El IDH también ha mejorado, pasando de un rango medio a uno alto (0.8). La población bajo la línea de pobreza se ha reducido en 8 puntos porcentuales entre 1989 y el 2002 y la que está bajo la línea de indigencia ha disminuido en 6 puntos porcentuales. Sin embargo, las cifras aún son altas (39,4% y 12,6% respectivamente). El indicador Gini de desigualdad se ha mantenido estable en torno al 0,53 bajando sólo en el año 2002 a 0,51.

Respecto del gasto público social, tanto la educación como la seguridad social registraron un aumento entre 1990 y el 2001, a diferencia de la salud, que vio disminuido su gasto en un tercio durante los 10 años observados. El 2001 el gasto en salud representaba un 1,9% del PIB, educación un 4,1% y asistencia un 2,8%.

La organización política de México es la de una república representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, pero unidos en la Federación de Estados Unidos Mexicanos. Las partes integrantes de la Federación son 32 estados y el Distrito Federal, capital de la Unión. Los estados están compuestos por 2.435 municipios.

Los Estados adoptan para su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el municipio. Cada municipio es administrado por un ayuntamiento de elección popular directa y no hay ninguna autoridad intermedia entre éste y el gobierno del Estado.

Chile

Chile es una república democrática desde 1990. Con anterioridad a esa fecha el país era gobernado por Augusto Pinochet quien encabezó durante 17 años un gobierno militar, iniciado el 11 de septiembre de 1973 con un golpe de estado. El primer gobierno democrático es presidido por Patricio Aylwin (1990-1994) a quien suceden en la presidencia Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) y Ricardo Lagos (2000-2006). Los dos primeros son demócrata-cristianos y el tercero socialista, pero forman parte de la misma coalición política, la Concertación de Partidos por la Democracia, que constituía la oposición política al gobierno militar y que se ha mantenido en el poder durante 15 años.

El país presenta buenos indicadores sociodemográficos. Las tasas de crecimiento de la economía son altas -pasándose de un PIB per capita de US\$ 3.779 en 1990 a uno de US\$ 5.952 en 2002- así como también lo es el IDH del país (0,839 en 2002). A lo largo del período de referencia se ha reducido considerablemente la pobreza. Mientras que en 1990 el 38,6% de la población se encontraba en situación de pobreza, en el 2000 sólo el 20,6% de la población se encuentra en dicha situación. Además se constatan mejorías en los indicadores sociales de desarrollo: aumenta la esperanza de vida al nacer, baja la tasa de mortalidad infantil y disminuye el analfabetismo. El único indicador para el que Chile no da cuenta de resultados auspiciosos es el de desigualdad, la que además de ser alta, se mantiene constante (coeficiente Gini 0.55).

Respecto del gasto público destinado al área social, la información indica que éste se ha incrementado en casi 10 puntos porcentuales entre 1990 y 2001, siendo los aumentos más considerables los destinados a educación. Como proporción del gasto público social total el gasto destinado a asistencia y seguridad social es el más importante durante todo el período, seguido de educación y en tercer lugar, salud.

El Estado de Chile es unitario (Artículo 2 de la Constitución Política). Su territorio se divide en 13 regiones, 51 provincias y 342 comunas. Las regiones son presididas por un Intendente, cargo de confianza exclusiva del Presidente de la República, que está a la cabeza de un Consejo Regional elegido por votación popular en forma indirecta³⁰. Las provincias son presididas por un Gobernador, designado por el Intendente previa aprobación del Presidente. Las comunas son presididas por un Alcalde, que se elige directamente cada cuatro años a través de elecciones populares, donde se eligen también los concejales, que conforman el Concejo Municipal, órgano de gobierno municipal.

³⁰ Los consejeros regionales son elegidos por los concejales municipales de la región, constituidos para estos efectos en colegio electoral por cada una de las provincias respectivas, de acuerdo con la siguiente distribución: a) dos consejeros por cada provincia, independientemente de su número de habitantes, y b) diez consejeros en las regiones de hasta un millón de habitantes y catorce en aquellas que superen esa cifra.

Colombia

La historia reciente de Colombia ha estado marcada por la guerrilla, el narcotráfico y la violencia política, existiendo múltiples acusaciones de corrupción entre los políticos y no pocos candidatos asesinados en tiempo de campaña. A pesar de esto, los regímenes colombianos han sido democráticos y se han caracterizado por la alternancia en el poder entre liberales y conservadores³¹.

Los indicadores sociodemográficos colombianos muestran que la tasa de crecimiento de su economía es baja (crece 0.2% entre 1999 y 2002). Entre 1991-1999 los índices de pobreza se mantuvieron prácticamente constantes, en un nivel siempre superior al 50% del total de la población, lo que también ocurre con la desigualdad, que se expresa en un coeficiente de Gini siempre superior al 0.55. Respecto al Índice de Desarrollo Humano este se ha mantenido casi constante desde comienzos de la década de los 90, ubicándose siempre en un nivel medio.

El gasto público destinado al área social sufrió variaciones significativas durante la década de los 90. Aumenta más de 10 puntos porcentuales entre 1990 y 1995, para luego disminuir entre 1995 y el 2001 casi al nivel existente al inicio de la década. Los aumentos más considerables se han dado en el área de la salud, donde observamos un aumento sostenido superior al 10%. En términos de la proporción del gasto público social total, el gasto destinado a asistencia y seguridad social es el que presenta una mayor magnitud, seguido por educación y en tercer lugar por salud, salvo en el último periodo donde esta tendencia se revierte.

En términos político-administrativos, Colombia es “*un estado social de derecho organizado en forma unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales*” (Constitución de 1991). En esta carta se origina la organización territorial vigente, donde los aspectos de descentralización administrativa y modernización del Estado constituyen elementos fundamentales para impulsar al Gobierno a poner en sintonía a las instituciones con los contextos regionales y con esto, dar respuesta a las demandas de participación popular y autonomía territorial, contribuyendo a apaciguar la violencia que ha sido el mal endémico de la sociedad colombiana durante las últimas décadas.

El país se divide en 32 departamentos, 4 Distritos, 1.092 municipios, 20 corregimientos departamentales y 8.263 centros poblados que incluyen caseríos, corregimientos e inspecciones de policía municipales y departamentales.

³¹ A partir de 1990 los presidentes colombianos han sido los siguientes: César Gaviria (1990-1994), Ernesto Samper (1994-1998), Andrés Pastrana (1998-2002), Álvaro Uribe (2002-). Los dos primeros representan al liberalismo, Andrés Pastrana es del partido conservador, mientras que el actual presidente, Álvaro Uribe, resultó electo presentándose como independiente, aunque hasta hacía poco tiempo antes había militado en las filas del liberalismo.

La Constitución de 1991 erigió en departamentos a las anteriores intendencias y comisarías, declarando como entidades territoriales con autonomía para la gestión de sus intereses a los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas (Artículo 309). Destaca el impulso que se dio al municipio instituyéndolo como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado. Los departamentos cuentan con autonomía administrativa y funciones de coordinación y de cooperación con la acción municipal. Tanto los gobernadores como los alcaldes son elegidos por votación popular.

Bolivia

Desde el año 1964 Bolivia se vio sumida en una sucesión de gobiernos militares que estuvieron marcados por la mala administración y la represión política. En 1982 retorna la democracia, fecha a partir de la cual se han sucedido 8 presidentes. En 1982 es elegido presidente de la república Hernán Siles Zuazo, que termina abruptamente su gobierno en medio de una gran crisis económica en 1985. Entre 1985 y 2003 tiene lugar un periodo de estabilidad en la historia política boliviana que se conoce como “Democracia Pactada”. Los presidentes de este periodo fueron Víctor Paz Estensoro (1985-1989), Jaime Paz Zamora (1989-1993), Gonzalo Sánchez de Lozada (1993-1997) y Hugo Banzer (1997-2001). En el año 2002 es reelecto presidente Gonzalo Sánchez de Lozada quién solo alcanzó a gobernar hasta octubre de 2003 cuando renuncia en medio de presiones y protestas populares y una irremontable crisis de gobernabilidad. Asume en ese momento Carlos Mesa, pero antes de cumplir dos años como Presidente también en medio de una agudización de la crisis social y política. Llega a la presidencia Eduardo Rodríguez Velpzé en junio del 2005.

Los indicadores sociodemográficos bolivianos no son auspiciosos. La tasa de crecimiento de su economía es baja, mostrando incluso valores negativos para comienzos de la presente década. Entre 1991 y 1999 los índices de pobreza e indigencia se mantuvieron prácticamente constantes, con tasas de pobreza que superan al 60% de la población durante todo el período. La misma tendencia se observa para la desigualdad en la distribución del ingreso, que aumenta de 0.54 en 1990 a 0.61 en 2002 (coeficiente de Gini). El Índice de Desarrollo Humano ha ido en relativo aumento, aunque se ha ubicado durante toda la década en un nivel medio.

El gasto público destinado al área social aumentó 13 puntos entre 1994 y el 2000. Los aumentos más considerables se han dado en el área de la asistencia, que en 1994 representa el 2,8% y el 2000 el 4,6% del PIB. En las áreas de educación y salud se presentan aumentos similares aunque de menor magnitud.

En la constitución política de 1967, Bolivia se declara como una nación “*libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural constituida en República Unitaria, que adopta para su gobierno la forma democrática representativa y participativa*”.

Bolivia está dividida en nueve departamentos, los que son administrados por un prefecto nombrado por el presidente. Los departamentos están a su vez divididos en 112 provincias que son administradas por un subprefecto. Las ciudades y pueblos más importantes cuentan con alcalde, subalcalde y consejo municipal, todos ellos elegidos por voto popular.

1. TRAYECTORIA DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN

A continuación se describen las características principales de los procesos de descentralización del Estado en los seis países estudiados tomando en cuenta la forma en que se inserta la descentralización de las políticas sociales dentro de estos procesos más amplios de reforma.

Según se verá, el inicio de las reformas responde a la necesidad de resolver problemas fiscales y de financiamiento (Brasil, Argentina y en menor medida Chile), a la preocupación por democratizar las estructuras de gobierno tras largos períodos de gobiernos militares (Brasil, Bolivia), a esfuerzos de racionalización de la estructura político administrativa de los países (Chile) o a la preocupación por promover un desarrollo social equitativo entre los territorios (México, Colombia). En el caso de los tres estados federales, los esfuerzos apuntan también a fortalecer a los niveles intermedios, estados en México y Brasil, provincias en Argentina, en el contexto de unos Estados que, aunque nominalmente federales, operaban en la práctica como regímenes centralizados.

A pesar de estas diferencias, los paquetes de reformas emprendidas por los distintos países son bastante similares: se reorganiza la estructura político administrativa, se transfieren atribuciones de gestión a los niveles subnacionales en un esquema en que el nivel central concentra las responsabilidades decisorias y se organiza un sistema de transferencia de recursos basada en el modelo agente/principal. En todos los casos se constatan además, esfuerzos tendientes a la democratización de las estructuras subnacionales, que se verifican en la adopción de mecanismos para la elección democrática directa de las autoridades subnacionales.

Brasil: un nuevo acuerdo federativo para la democratización³²

La transformación del sistema federativo brasileño que tiene lugar en los años 80 se sustenta en su primer momento en la energía desatada por el proceso democratizador del Brasil que tiene lugar en aquella época, encabezado por Jose Sarney (1985-1990) y que culmina con la Constitución de 1988.

³² Para el caso de Brasil las fuentes bibliográficas principalmente consultadas fueron Draibe, S. (1998) y Tavares, M. H. (1995)

La redefinición descentralizadora del pacto federativo fue, en gran medida, consecuencia de la importancia de la política estadual y el liderazgo político de los gobernadores en el restablecimiento de la democracia. En segundo lugar, en el contexto de la lucha contra un régimen autoritario de fuertes trazos centralizadores, la descentralización se volvió, para la oposición, un sinónimo de democracia y de devolución a la ciudadanía de la autonomía usurpada por los gobiernos militares. La descentralización fue vista como un instrumento de universalización del acceso y de aumento del control por parte de los beneficiarios sobre los servicios sociales (Tavares, 1995).

El proceso de descentralización propiamente tal comienza en 1988. Éste constituye más bien un rediseño del sistema federativo, que desde 1930 había tendido a la centralización política y a la concentración de poder decisorio en el ejecutivo federal. El rediseño tiene como objetivos la recuperación de prerrogativas fiscales, políticas y administrativas por parte de los estados y municipios, así como la disminución del alto grado de centralización de las políticas públicas. Se observa aquí que la importante motivación democratizadora se transformará, una vez realizadas las reformas, en una preocupación por asuntos de racionalidad económica, dadas las restricciones presupuestarias que se experimentaron en ese período (Tavares, 1995).

Los cambios que buscan mayor descentralización vienen desde la Constitución de 1988 que definió un nuevo arreglo federativo con una significativa transferencia de capacidad decisoria, funciones y recursos desde el gobierno nacional hacia los estados y especialmente hacia los municipios³³.

Con anterioridad a las reformas, los gobiernos estaduais y locales eran agentes administrativos del gobierno federal, que permanecía fuertemente involucrado en los asuntos de las unidades subnacionales, con primacía decisoria y de recursos. El nuevo arreglo federativo comporta grados diversos de intervención del poder federal y se caracteriza por formas de acción conjunta entre instancias de gobierno, en las cuales las unidades subnacionales guardan significativa autonomía decisoria y capacidad propia de financiamiento (Tavares, 1995).

En el plano de la salud, a principios de la década del `80 se desarrollan las primeras iniciativas de integración de los distintos niveles de gobierno, instituyéndose las Acciones Integradas de Salud (AIS), modalidades embrionarias de integración de los servicios de salud de los tres niveles de gobierno. Luego, en 1987, surgiría el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), forma más madura de integración, articulación, delegación y transferencias del plan federal INAMPS (Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social) para los niveles estaduais y municipales. Ese mismo formato, ampliado, habrá de transformarse en el Sistema

³³ De acuerdo a Tavares (1995), antes de 1988, la Unión se quedaba con cerca de 44,6% de los recursos tributarios disponibles, los estados con 37,2% y los municipios con 18,2%. Se estima que en 1993, esos valores fueron: 36,5% para la Unión, 40,7% para los estados y 22,8% para los municipios.

Unificado de Salud (SUS) sancionado en la Constitución de 1988 y reglamentado en 1990. Luego habrá un aumento y aceleración de la municipalización.

En el ámbito de la educación, a partir de mediados de los `80 tienen lugar los primeros procesos de municipalización y autonomía escolar en algunos estados. El impulso descentralizador buscaba transferir algunas funciones desempeñadas por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), tales como la responsabilidad por la red de escuelas técnicas y la gestión de la merienda escolar, así como establecer mecanismos automáticos de traspaso de recursos, que limitasen el poder de decidir discrecionalmente sobre la utilización de la parte federal del “salario-educación”³⁴. De otro lado, apuntaba a la reasignación de la capacidad decisoria administrativa concentrada hasta ese entonces en los estados, por medio de la municipalización de la enseñanza y de la autonomía de la escuela. Este proceso contó con un nuevo impulso el año 1995 con la nueva Ley de financiamiento de la educación, la que fortalecía la autonomía escolar.

Argentina: descentralización al servicio del financiamiento de las provincias³⁵

El proceso de descentralización en Argentina se inicia con la llegada de Menem al poder el año 1989 quien realiza cambios en la relación del Estado con las provincias, así como también en los mecanismos de gestión financiera administrativa a nivel municipal³⁶.

En materia de financiamiento fiscal, y luego del vacío en que se vio sumergida la ley de coparticipación de las rentas públicas entre el Estado central y las provincias durante el periodo de Alfonsín, en 1988 se aprueba un nuevo sistema que otorga a las provincias el 57,66% de los recursos a distribuir (Ley N° 23.548)³⁷. Los fondos que las provincias perciben a través de este mecanismo no están condicionados a ningún uso específico, por lo que las autoridades locales pueden decidir libremente sobre su asignación. Por su parte, existen otras transferencias nacionales cuyo uso sí está condicionado a determinado sector u actividad. Dentro de éstos se incluyen los servicios, la construcción de viviendas (FONAVI), obras de infraestructura básica (Fondo del Conurbano), obras de electricidad, seguridad social, vialidad y educación. El sistema se estructura de modo que los recursos que financian la descentralización de los servicios desde el gobierno central a las provincias, se distribuyen en función de los servicios transferidos y los destinados a infraestructura social básica, en base a indicadores de necesidades básicas insatisfechas de las provincias. Los fondos de

³⁴ Contribución obligatoria de 2,5% sobre la nómina salarial de las empresas y que es recaudada por la Unión.

³⁵ Para el caso de Argentina las fuentes bibliográficas principalmente consultadas fueron Centrángolo y Jimenez (2004) y Vinocur, P; Halpeirn, L (2004)

¹⁰ Al comenzar el gobierno de Alfonsín tienen lugar ciertas transformaciones que, en alguna medida, sientan antecedentes de reformas tendientes a la descentralización, estableciéndose a comienzos de los `80 la elección directa de gobernadores y alcaldes.

³⁷ Estas transferencias resultan de la recaudación del gobierno central del IVA, ganancias, internos y una parte de los combustibles

coparticipación federal de impuestos (CFI) en cambio, se reparten de acuerdo a porcentajes que en forma directa establece la ley y que no están justificados por ningún criterio o fórmula explícita³⁸.

El financiamiento de los distintos niveles de gobierno se encuentra estipulado en la Constitución, donde se delimitan las potestades tributarias de la Nación y las provincias, estableciendo que los impuestos indirectos son concurrentes entre ambos niveles, salvo en lo que respecta a gravámenes de importación y exportación, que son exclusivamente nacionales. Por su parte, los impuestos directos son exclusivamente provinciales, pero la Nación tiene la posibilidad de utilizarlos durante un plazo limitado y siempre que la defensa, la seguridad común y el bien general del Estado lo exijan³⁹.

Las provincias perciben cuatro impuestos principales: impuesto inmobiliario, automotor, a los sellos y a los ingresos brutos, que en su conjunto les permiten recaudar en promedio el equivalente al 40% de sus gastos. El resto lo financian mediante transferencias del gobierno central y endeudamiento.

En 1991 el gobierno de Menem ofrece ayuda financiera a las provincias para solucionar los problemas de endeudamiento. Este arreglo fue acompañado por una serie de limitaciones a la autonomía fiscal de las provincias que con el tiempo, y facilitado por el contexto económico desfavorable de 1994, terminan por generar una severa crisis que las obliga a reducir su nivel de gasto, situación que se prolonga hasta estos días.

Junto con las variaciones en los sistemas de financiamiento, en los '90 tuvo lugar el traspaso total a las provincias de los servicios de salud y educación, y parcial de los servicios de acción social y vialidad.

En el caso de la educación, este proceso se inicia en 1978, durante el gobierno militar, cuando el Gobierno Central transfiere a las provincias la casi totalidad de los establecimientos de educación primaria. El traspaso se completa en 1992 con la aprobación de la Ley Federal de Educación, N° 24.049, donde se transfieren las escuelas primarias restantes y la totalidad de los establecimientos de educación secundaria y terciaria. El traspaso fue apoyado por prácticamente todos los sectores involucrados en la gestión del sistema por distintos motivos. La descentralización fue vista *“como un mecanismo que permitiría terminar con la burocratización del sistema; superar la superposición de jurisdicciones; articular el accionar con los establecimientos históricamente dependientes de provincias y*

³⁸ La ley de coparticipación anterior (20.221) sí establecía porcentajes determinados de acuerdo a una fórmula que incluía población, nivel de desarrollo relativo y densidad de la población (Porto y Sanguinetti, 1996).

³⁹ Cabe mencionar que la Constitución Nacional Argentina de 1994 establece que la coparticipación de impuestos *“se efectuará en relación directa a las competencias, servicios y funciones, contemplando criterios objetivos de reparto; será equitativa, solidaria y dará prioridad al logro de un grado equivalente de desarrollo, calidad de vida e igualdad de oportunidades en todo el territorio nacional”*

adaptar estilos de gestión, contenidos y modalidades institucionales a las realidades locales. Al mismo tiempo, las comunidades locales ampliarían sus posibilidades de participación en la gestión de lo educativo asumiendo un grado de compromiso mayor” (Filmus, 1998). Así, para el año 1994 no existían establecimientos educacionales que dependieran directamente del Ministerio de Cultura y Educación. La descentralización operó en lo fundamental a través de la transferencia hacia las provincias de establecimientos, recursos humanos y presupuesto.

Con respecto a la salud, el proceso descentralizador ha presentado un mayor nivel de complejidad, ya que en la organización del sistema de salud argentino adquiere importancia la presencia de entidades independientes que participan en su configuración. Existe una fuerte oferta de servicios de salud por parte del sistema de seguridad social que está a cargo de instituciones denominadas obras sociales que en su mayoría se encuentran en manos de organizaciones sindicales, localizadas fuera de la estructura del sector público y con un alto grado de centralismo. Sumado a ello, el sector privado recibe un fuerte impulso al desarrollarse autónomamente y como subcontratista de la seguridad social (Bisang y Centrángolo, 1998).

No obstante, la descentralización administrativa fue dándose de manera creciente desde fines de los sesenta a través de la transferencia de los hospitales públicos desde el nivel central a las provincias, y en algunos pocos casos desde éstas a los municipios (Repetto y Alonso, 2003).

En relación a los hospitales de autogestión derivados del proceso de descentralización, las provincias han tenido dos tipos de respuesta. En aquellos casos en que esta iniciativa no se inscribió en el marco de un proyecto provincial de descentralización, no se promovieron cambios sustantivos en la administración de los hospitales, sino que solo se ampliaron las posibilidades de recaudar recursos de fuentes alternativas. La aceptación del proyecto fue meramente formal, sin que se tomaran los recaudos necesarios para el desarrollo de la reforma. Por el contrario, en aquellos casos donde había una estrategia descentralizadora previa, la jurisdicción pudo apropiarse del proyecto de los hospitales de Autogestión impulsado desde la Nación, favoreciéndose con beneficios directos e indirectos⁴⁰.

Por otra parte, en materia de administración municipal el gobierno de Menem definió 1998 como “el año de los municipios”, cuestión que implicaba potenciar los esfuerzos descentralizadores hacia el fortalecimiento de los municipios. Este proceso había sido impulsado con la Reforma Constitucional de 1994, que consagró la autonomía política, institucional, administrativa, económica y financiera de los municipios, orientada a brindar mejores servicios y organización de los mismos. Para el financiamiento, éstos también

⁴⁰ Un estudio realizado por el Banco Mundial (2001) arrojó que Salta es la provincia que mayor avance ha tenido en autonomía hospitalaria.

participan del sistema de Coparticipación Federal que establece un mecanismo para que las provincias remitan un monto de recursos a los municipios; además de poseer facultades para acceder a créditos con el sector privado⁴¹.

En lo que dice relación con las políticas sociales, en los noventa, se transfieren ítems presupuestarios específicos. Esto sucedió con el Fondo Nacional de Vivienda, y el Programa Social Nutricional (PROSONU) y el Programa de Políticas Sociales Comunitarias (POSOCO) destinados a cobertura alimentaria. En todo caso, este sector se ha presentado como una de las áreas en las que la descentralización ha tenido menor desarrollo. El sistema de protección social se diseña, planifica, organiza y financia en el gobierno central.

México: descentralización temprana para el desarrollo social territorial⁴²

Los primeros intentos de descentralización en México se remontan al inicio de la década de los setenta, motivados por la evidencia de una gran desigualdad entre las distintas jurisdicciones del país. Se intentaba entonces, generar un desarrollo equilibrado a partir de programas de inversión pública en las regiones, comenzando por el Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural (PIDER) y Programa de Zonas Áridas, entre otros. Junto a ello comenzaron los planes de inversión en los sectores desfavorecidos, como el Plan Juárez, considerado como uno de los primeros antecedentes de los actuales programas de desarrollo social y alivio de la pobreza.

Más tarde se crean los Comités de Promoción para el Desarrollo Económico (COPREDES) a iniciativa del Ejecutivo Federal, con el propósito de contar con un organismo encargado de coordinar y promover los proyectos de desarrollo regional impulsados por el gobierno central en estados y municipios (Gómez, 2003).

A mediados de la década de los setenta se crearon los Comités de Planeación para el Desarrollo Regional (COPLADE) en cada Estado. Al iniciarse el gobierno de López Portillo en 1976, se emite un decreto que permite al COPLADE firmar acuerdos de coordinación para la transferencia de fondos federales a los Estados, a través de los Convenios Únicos de Desarrollo (CUCs). Estos convenios formalizan la transferencia de recursos y programas a los gobiernos estatales, con la obligación de que éstos apoyen a los municipios. Además se designa a los ejecutivos estatales como presidentes de los COPLADES. Este convenio posibilitó la realización de obras de

⁴¹ El acceso a crédito ha sido una medida muy utilizada para enfrentar las dificultades financieras que enfrentan las municipalidades argentinas. El monto de la deuda municipal en 1998 ascendía a los 250 millones de dólares, por lo que ese año se diseñó un esquema de saneamiento financiero.

⁴² Para el caso de México las fuentes bibliográficas principalmente consultadas fueron Mogollón, O. (2002), Ornelas, C. (1998) y Gomez, E.(2003)

infraestructura social y económica de beneficio local y la transferencia de recursos económicos y técnicos desde el nivel central a los estados para la realización de proyectos de infraestructura básica y de servicios. En 1977 se crea la Dirección General de Fomento al Desarrollo Estatal, con lo que el proceso de descentralización de funciones se institucionaliza en el ámbito federal. En 1992, los CUCs se convirtieron en Convenios de Desarrollo Social (CDS), mediante los cuales se establece la respectiva distribución de competencias entre los niveles subnacionales.

En el período 1983-1999, los municipios adquirieron especial relevancia en el proceso descentralizador. En 1983 se realiza una reforma en la Constitución que establece fuentes de ingresos propios y exclusivos para los municipios⁴³. De la misma forma se reconoce formalmente la necesidad de descentralizar funciones y atribuciones a estados y municipios, atendiendo a las características geográficas y sectoriales, a fin de brindar un servicio más eficiente y cercano a los ciudadanos. Además se incluyen modificaciones a la reforma del régimen interior de los gobiernos subnacionales, que definen con precisión el grado de autonomía de los municipios, delimitando las distintas competencias que correspondían a los ayuntamientos⁴⁴.

En el período 1988-1994 se introducen cambios al Sistema Nacional de Coordinación Fiscal a través de la modificación a la fórmula del sistema de participaciones. 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, 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.)⁴⁵.

En el mismo período comienzan a darse los primeros pasos en la descentralización de los servicios de educación y salud. En el sector de educación, la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica del año 1992, y luego los cambios a la Constitución del mismo año, así como la promulgación de la ley general de educación en 1993, dieron forma a la nueva estructura

⁴³ La reforma estableció que el impuesto predial sería una fuente exclusiva de los gobiernos locales, asegurando para los municipios una fuente de recursos propios.

⁴⁴ Se puntualizó que las Leyes Federales no podían establecer exenciones sobre impuestos municipales; la libre administración de la Hacienda Pública Municipal y que los presupuestos de egresos serán aprobados por los ayuntamientos. Sin embargo, queda pendiente la aprobación de sus propias leyes de ingresos, quedando esto bajo facultad de las Legislaturas Locales.

⁴⁵ A partir de 1998 los principales bienes y servicios públicos en México son provistos por los gobiernos estatales y municipales dentro de un rubro de transferencias descentralizadas conocidas como transferencias del ramo 33. Los recursos transferidos desde la federación a estados y municipios se dividen en transferencias no condicionadas (participaciones) y transferencias condicionadas (aportaciones). Éstas últimas (recursos etiquetados) deben destinarse exclusivamente a lo que el nivel federal determine.

legal del sistema educativo mexicano. Se promueve un régimen educativo descentralizado que, se sostiene, reforzará el federalismo, incrementará la calidad de la educación y generará mayor eficiencia en la administración del servicio y equidad en su provisión (Ornelas, 1998).

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. Sin embargo, hasta 1998 el gobierno central aún mantenía 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, tenía control administrativo del subsistema de educación técnica.

La descentralización de los servicios de salud se inserta en el marco de un programa más amplio de reforma y modernización del sector, que pretende erradicar las deficiencias y problemas del sistema. 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 traspasó la responsabilidad de manejar directamente más de 7.400 hospitales, clínicas y centros de salud, que se encontraban equipados y en operación. En 1996 se realiza una transferencia de recursos económicos que involucró 6.132 millones de pesos. Al mismo tiempo el gobierno federal se comprometía a establecer programas compensatorios para regiones deprimidas y para la población más vulnerable (Ornelas, 1998).

En materia de equidad o de justicia distributiva, las estrategias del programa de reforma de salud que acompañan a la descentralización se aglutinan en tres áreas sustantivas: salud pública, atención médica y fomento sanitario, además de un área de apoyo logístico que comprende sistemas de información para la evaluación y seguimiento de los programas.

El tema de la descentralización pasa a ser considerado dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 como una prioridad de gobierno y como un elemento sustantivo para el fortalecimiento del Federalismo Mexicano. El subprograma de Descentralización, contenido en el Programa de un Nuevo Federalismo, se refirió de manera concreta a la Descentralización de la Administración Pública Federal hacia los Gobiernos Estatales y Municipales, implicando la transferencia de aquellas atribuciones y recursos bajo responsabilidad de dependencias federales, susceptibles de ser ejercidas de manera más eficaz y eficiente por los gobiernos subnacionales, entendiendo que de esta forma se logra una participación más directa de la ciudadanía en la toma de decisiones públicas⁴⁶.

⁴⁶ Presidencia de la República Mexicana, 1997, Programa para un Nuevo Federalismo 1995-2000, México.

El compromiso con la descentralización ha sido recientemente ratificado por el Gobierno Federal a través del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que en una de las “Normas Básicas de la Acción Gubernamental” incluye entre sus estrategias el tema de la descentralización.

Chile: descentralización iniciada por motivos de eficiencia administrativa⁴⁷

El proceso de descentralización del Estado chileno se inicia en 1974 con la dictación de un Decreto Ley que reorganiza territorialmente al país dando origen a 13 regiones y 51 provincias.

El proceso adquirió en un principio la forma de desconcentración administrativa con centralización política, pues más que un traspaso de poder a las nuevas instancias regionales y locales, hubo una delegación de funciones a las instituciones (SUBDERE, 2000).

Se establece una diferenciación relativa de funciones y competencias entre los gobiernos regionales y locales de forma tal que los municipios se orientan a funciones preferentemente sociales y las regiones a materias de carácter económico, particularmente de inversión pública.

Las primeras medidas tomadas por el gobierno militar tuvieron un claro acento local, definiéndose a las municipalidades como órganos territorialmente descentralizados, para lo cual se amplía el rango de competencias de los municipios, se aumentan sus recursos y responsabilidades y pasan a compartir responsabilidades con el gobierno central en la provisión de servicios de educación y salud. Este traspaso de responsabilidades tuvo como contrapartida un conjunto de cambios en el marco financiero y administrativo.

Las atribuciones municipales quedaron normadas por la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades que establece que *"las Municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas"*.

En materia de financiamiento, los municipios derivan sus recursos de tres fuentes: i) presupuesto propio: proveniente de los derechos que se cobran por servicios prestados; permisos y concesiones; tributos; y multas e intereses establecidos a beneficio municipal; ii) aportes del Fondo Común Municipal (FCM), que es un mecanismo de redistribución solidaria de recursos financieros entre las diversas

⁴⁷ Para el caso de Chile se recurrió centralmente a diversos estudios realizados por Asesorías para el Desarrollo en materia de descentralización, políticas de superación de la pobreza y políticas educativas, que aparecen citados en la bibliografía

municipalidades del país, cuya asignación se calcula en base al número de comunas, el grado de pobreza relativa de las comunas y el menor ingreso municipal propio⁴⁸; iii) transferencias provenientes del nivel central, que corresponden a los aportes para el financiamiento de los establecimientos de educación y salud municipal. Son transferencias de carácter extrapresupuestario, es decir, que no son contabilizadas por los presupuestos corrientes municipales.

La Ley determina funciones privativas y compartidas con otras entidades públicas. Entre las funciones privativas se encuentran: aplicar las disposiciones sobre transporte y tránsito público; aplicar las disposiciones sobre construcción y urbanización; la planificación y regulación urbana de la comuna y la confección del Plan Regulador comunal; el aseo y ornato de la comuna; la promoción del desarrollo comunitario; elaborar aprobar y modificar el Plan de Desarrollo Comunal, PLADECO, cuya aplicación deberá armonizar con los planes regionales y nacionales.

Atribuciones compartidas son aquellas que las municipalidades desarrollan en conjunto con otros órganos de la Administración del Estado: asistencia social, salud pública, educación y cultura, capacitación y promoción del empleo, deporte y recreación, turismo, transporte público, vialidad urbana y rural, urbanización, construcción de viviendas sociales e infraestructura sanitaria, prevención de riesgos y prestación de auxilio en situaciones de emergencia y desarrollo de actividades de interés común en el ámbito local.

Los ámbitos en que se verifica más claramente la existencia de responsabilidades compartidas son los relativos a la administración de los consultorios de salud primaria y de establecimientos educacionales públicos. La descentralización de estos servicios tuvo lugar durante la década de los '80.

En materia de salud el proceso de desconcentración se inserta dentro de una reorganización más amplia del Ministerio de Salud, orientada a delimitar las funciones de los distintos organismos públicos del sector e incrementar su grado de autonomía en la toma de decisiones. El Ministerio quedó a cargo de las funciones normativas, de planificación y control. Como principales organismos dependientes surgieron el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), constituido por 26 unidades descentralizadas, autónomas y

⁴⁸ El FCM está integrado por un 60% del impuesto territorial que resulte de aplicar la tasa a que se refiere la Ley sobre impuesto territorial, un 50% del derecho por el permiso de circulación de vehículos que establece la Ley de Rentas municipales; un 55% de lo que recaude la Municipalidad de Santiago y un 65% de lo que recauden las municipalidades de Providencia, Las Condes y Vitacura, por pago de patentes, las cuatro municipalidades con más recursos propios del país, además del aporte fiscal que conceda para este efecto la ley de presupuesto de la Nación. El 90% del total de recursos que conforman el Fondo se establece por Decreto cada 3 años, de acuerdo a los parámetros mencionados. El 10% restante se actualiza anualmente de acuerdo a parámetros de eficiencia en la gestión y emergencia.

con patrimonio propio, a cargo de los servicios de atención secundaria (centros de especialidad) y terciaria (hospitales), y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado de canalizar los recursos financieros a los Servicios de Salud

Paralelamente se introduce una reforma a los mecanismos de pago que procura terminar con los presupuestos históricos centralmente establecidos e incentivar la eficiencia a nivel de los prestadores públicos de salud. Para ello se crea un mecanismo de transferencia de recursos, denominado FAP (Facturación por Atención Prestada) en el caso de los Servicios de Salud y FAPEM (Facturación de las Atenciones Prestadas en las Municipalidades) en el caso de los consultorios municipalizados.

En el caso de la educación el proceso consistió en: a) el traspaso de las escuelas públicas desde el Ministerio de Educación a la administración municipal, b) la modificación del sistema de financiamiento de la educación desde una modalidad de pago histórica por gasto a una modalidad de subvención por alumno por asistencia diaria a la escuela, y c) la creación de una nueva figura de prestación de servicios gratuitos de educación: la de escuelas particulares financiadas por el Estado a través de subvenciones (conocidas como establecimientos particular subvencionados) . Así se instaura un sistema educacional mixto, donde el Estado subvenciona a establecimientos administrados por sostenedores públicos (municipalidades) y privados, define las políticas educacionales y asume la responsabilidad técnico – pedagógica por los procesos educativos, mientras que los sostenedores se responsabilizan por la gestión administrativa de los establecimientos.

Tras la recuperación de la democracia se genera un nuevo impulso al fortalecimiento de la descentralización tanto en el nivel comunal como en el regional. Los cambios más relevantes a nivel comunal son:

- Se democratizan las municipalidades y se logra la elección de Alcaldes y Concejales mediante disposiciones señaladas en el Decreto Supremo de la Ley Orgánica de Municipalidades el año 1992.
- Se realizan tres modificaciones a la Ley de Rentas Municipales de 1979. La primera, en 1994, modifica el impuesto territorial a los bienes raíces aumentando para el año siguiente la recaudación de los municipios por concepto de recursos propios y por aportes del Fondo Común Municipal (FCM). La segunda, en diciembre de 2000, eleva el tope por el pago de patentes comerciales, incrementando los recursos propios de los municipios; y aumenta el aporte al FCM de los municipios con más altos ingresos y de todos los municipios por concepto de permisos de circulación. La tercera, conocida como Ley de Rentas II, terminó su tramitación legislativa en el Congreso el 19 de mayo recién pasado y está próxima a ser promulgada. Entre las medidas más importantes, significa un aumento del 14% del FCM producto del reavalúo de bienes raíces y de aportes directos del Fisco, cambia la distribución de los recursos provenientes de patentes mineras, permite destinar íntegramente el importe del 18% de las multas que

aplican los Juzgados de Policía Local a los municipios, elimina las exenciones para diversos bienes raíces y faculta a las municipalidades para incrementar las remuneraciones de los alcaldes y las dietas de los concejales.

- En 1998 se aprueba una Reforma Constitucional que otorga autonomía a las municipalidades en la fijación de sus plantas y remuneraciones.
- En marzo de 1999 se aprueba una Reforma a la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, que amplía las capacidades de asociativismo municipal, permitiendo compartir recursos humanos entre municipios; establece la obligatoriedad de coordinación de los servicios públicos en el territorio comunal; otorga mayor capacidad de fiscalización del Concejo Municipal y establece mecanismos de planificación.
- Finalmente, hacia fines del 2000 se modifica la composición del Fondo Común Municipal a través de un incremento en el monto de recursos que realizan las 4 comunas más ricas del país (Santiago, Las Condes, Providencia y Vitacura) para ser redistribuidos entre las comunas restantes.

En el nivel regional se producen los cambios más innovadores. En 1993 se dicta la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Interior del Estado, con lo que las 13 regiones pasan a ser organizaciones político territoriales dotadas de personalidad jurídica de derecho público que gozan de autonomía relativa y de patrimonio propio. El órgano regional más importante es el Consejo Regional.

Las regiones asumen crecientes responsabilidades en la asignación de recursos públicos asociados al desarrollo regional tradicionalmente centralizados⁴⁹. Para ello cuentan con cuatro instrumentos de inversión pública: i) el FNDR (Fondo Nacional de Desarrollo Regional) que es un fondo de compensación territorial destinado al financiamiento de acciones en los distintos ámbitos de infraestructura social y económica de las regiones; ii) los ISAR (Inversión Sectorial de Asignación Regional) que corresponden a aquellas inversiones relacionadas con estudios preinversionales, programas y proyectos, que siendo responsabilidad de un ministerio o de sus servicios, deben materializarse en una región específica y cuyos efectos económicos se concentren principalmente en ella; iii) los Convenios de Programación, que son acuerdos formales entre uno o más gobiernos regionales y uno o más ministerios, en los cuales se definen acciones relacionadas con los proyectos de inversión que concuerden realizar en un plazo determinado; iv) los IRAL (Inversión Regional de Asignación Local) que son proyectos de inversión de claro asiento local que se distribuyen en las comunas (Serrano, 2001).

⁴⁹ Actualmente el porcentaje de inversión pública de decisión regional supera el 50%.

Colombia: amplias atribuciones a los niveles subnacionales para la planificación del desarrollo⁵⁰

La descentralización colombiana recorre dos grandes etapas. La primera se desarrolla entre 1980 y 1990 y tiene su origen en el Plan de Integración Nacional 1979-1982, que pone a la descentralización en el lugar de una estrategia nacional para promover el desarrollo económico del país. El segundo período se inicia con la promulgación de la nueva constitución política en 1991 y llega hasta nuestros días.

En la primera etapa el énfasis estuvo puesto en los gobiernos locales, especialmente en los de menor tamaño. El objetivo principal fue crear capacidades en estos municipios para la provisión de servicios sociales y de infraestructura básica, en un marco de mayor participación de la ciudadanía.

Junto al Plan de Integración Nacional 1979-1982 el gobierno encargó en 1980 la realización de un estudio referente a las finanzas públicas intergubernamentales que otorga el fundamento conceptual para las reformas adoptadas en el período. En 1983 se crea un nuevo marco fiscal para los departamentos, reforzando su autonomía fiscal y administrativa⁵¹. En 1985 se crean las regiones de planificación para fomentar la participación regional en la elaboración del Plan de Desarrollo⁵². Durante este mismo año se establece la cesión gradual de un porcentaje de IVA (Impuesto al Valor Agregado) para las municipalidades⁵³. Esta última reforma reviste una especial importancia dado que además de establecer el reparto del IVA, intenta implementar un mecanismo para que las transferencias se conviertan en un estímulo al esfuerzo fiscal local, señalando que los municipios con menos de 100.000 habitantes que mejoren su tasa efectiva de tributación por concepto de impuesto predial, recibirían una suma adicional.

En 1981 se confirió a los gobernadores la potestad de dirigir las inversiones de las entidades nacionales en su jurisdicción; en 1983 se fortalecieron las finanzas de los departamentos con varios impuestos de recaudo local. En 1986 se crean las condiciones para que los municipios puedan aumentar sus ingresos propios.

En el ámbito político, en 1986 se instaura la elección democrática de alcaldes, los que anteriormente eran nombrados por el nivel central. Además se impulsan medidas tendientes a posibilitar la participación de la ciudadanía en la administración local y a generar mecanismos de responsabilidad de los alcaldes y gobernadores con su electorado (Maldonado, 2000). Con esto se trata de promover un

⁵⁰ Para el caso de Colombia las fuentes bibliográficas principalmente consultadas fueron Vargas, J. Sarmiento, A. (1998), Maldonado, A. (2000) y Departamento Nacional de Planificación (1999)

⁵¹ Ley 14 de 1983.

⁵² Ley 70 de 1985.

⁵³ Ley 12 de 1986.

esquema de competencia política que sobrepase el bipartidismo, permitiendo incluir nuevos actores al juego político en el nivel local, lo cual contribuye también al fortalecimiento del federalismo fiscal en Colombia.

Estos procesos se profundizarán en la segunda etapa de la descentralización que comienza con la promulgación de la nueva constitución en el año 1991, que establece el mandato para una creciente transferencia de recursos desde el nivel central a las entidades territoriales y también para una redistribución de competencias y funciones⁵⁴.

Se instituye una masiva transferencia de ingresos corrientes de la nación a los estamentos descentralizados, es decir, municipios y departamentos. Las principales novedades respecto del sistema existente con anterioridad son: a) se aumenta significativamente el volumen de las transferencias, b) se establecen nuevos criterios para la distribución de los recursos dando preferencia al papel redistributivo de las transferencias, c) se limita la utilización de los recursos transferidos para financiar inversión social y e) se promueven mecanismos estrictos de planeación y control de deudas (Ferreira y Valenzuela, 2003).

La nueva Constitución otorga autonomía financiera a los municipios y departamentos, con lo que ambos aumentan su participación en los ingresos de la nación y su poder para decidir autónomamente sobre las deudas y los préstamos en los que quieren incurrir.

Como señala Wiesner (1995), lo verdaderamente importante “*no es tanto la magnitud de los recursos envueltos como lo que exige en términos de la transformación de las instituciones sociales y políticas del país*”. En efecto, la Constitución de 1991 redistribuye las competencias y funciones de los niveles de administración del Estado:

- A la Nación se le da el papel de planear y coordinar el desarrollo global de la economía, garantizar el acceso de la población a los servicios de educación y salud, definir lineamientos generales de administración de servicios públicos domiciliarios y hacer inversión en obras públicas de carácter nacional.
- A los departamentos se les asigna la función de planear el desarrollo departamental, coordinar y proveer los servicios de salud, otorgar apoyo a los municipios en la prestación de servicios públicos domiciliarios y ejecutar obras públicas a nivel departamental.
- Por su parte, los municipios tienen la responsabilidad de planear el desarrollo municipal, prestar los servicios públicos domiciliarios cuando las características técnicas y económicas y las conveniencias generales lo aconsejan, proveer los servicios de educación y salud cuando se disponga de la capacidad administrativa y los recursos para hacerlo, efectuar obras públicas de carácter local y promover la participación de la ciudadanía. En la actualidad los municipios cuentan con las siguientes fuentes de

⁵⁴ Las mencionadas reformas tienen lugar en el contexto del Plan de Desarrollo adoptado para el periodo 1990-1994, que propendía a una mayor eficiencia, a través de la apertura económica y la competencia, y a la modernización del sector público en general, para lo cual se le asigna un rol clave a la descentralización.

financiamiento; i) transferencias de recursos provenientes del nivel central y ii) ingresos propios provenientes de tributos locales. Además, los municipios poseen atribuciones para solicitar créditos a instituciones financieras para costear proyectos de inversión.

En materia de descentralización política, a la mencionada elección de alcaldes conseguida en el período anterior se suma la elección democrática de gobernadores a partir de 1992.

Finalmente, en el sector educativo el proceso de descentralización se inició incipientemente en 1987, con el traspaso a los municipios de las responsabilidades de manejo de la infraestructura física. La descentralización en el sector de la salud comenzó durante la segunda mitad de la década del '80 cuando 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.

Bolivia: descentralización y participación popular⁵⁵

El proceso de descentralización boliviano se inicia a mediados de la década de los 90 como respuesta a: i) la existencia de una nueva lógica de gestión pública que busca acercar las decisiones a la población, ii) articular mejor el territorio y las instancias de administración del estado, iii) acoger las antiguas reivindicaciones regionales de carácter económico y político, que venían sucediéndose desde hacia varias décadas (Ruiz-Mier y Giussani, 1997).

El inicio formal del proceso está dado por la promulgación de la Ley de Participación Popular de 1994⁵⁶ 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 (Salinas, 2000).

En el mismo período se promulga la ley de Modificaciones a la Ley Tributaria⁵⁷ y la Ley de Descentralización Administrativa⁵⁸. La primera de estas transfiere la responsabilidad sobre la recolección de impuestos a la propiedad de bienes inmuebles y vehículos, a los gobiernos municipales creados por la ley de Participación Popular y crea el impuesto especial a los hidrocarburos que se coparticipa con las prefecturas departamentales. La segunda crea dichas prefecturas, instalando un poder ejecutivo a nivel departamental.

⁵⁵ Para el caso de Bolivia las fuentes bibliográficas principalmente consultadas fueron Ruiz- Mier, F. Giussani, S. (1997), Salinas, J. (2000) y Balcázar, M. (1996).

⁵⁶ Ley 1551 de 1994

⁵⁷ Ley 1606 de 1994

⁵⁸ Ley 1654 de 1995

La organización de la estructura de gobierno cuenta con tres niveles de decisión, cada uno con responsabilidades y fuentes de recursos bien definidas: el gobierno central, las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales.

A los Gobiernos Municipales se transfiere el derecho de propiedad de la infraestructura física de los servicios públicos de salud y educación, así como la responsabilidad por la administración, equipamiento, operación y mantenimiento de la infraestructura transferida y nueva.

Entre las funciones más importantes traspasadas a los departamentos se encuentran: i) la formulación de los planes de desarrollo económico y social del departamento; la ejecución de los planes y proyectos de inversión pública; la administración, supervisión y control de los recursos humanos en salud, educación y asistencia social; el adecuado funcionamiento de los servicios de asistencia social, deportes, cultura, turismo, agropecuarios y vialidad. Estas funciones recaen en manos del Prefecto Departamental. El Consejo Departamental tiene las funciones de fiscalizar y controlar las acciones del Prefecto.

Una de las particularidades del modelo de descentralización boliviano es que junto con transferir recursos y competencias a los niveles subnacionales se transfieren responsabilidades concretas a organizaciones sociales, abriendo espacios de participación ciudadana. Las comunidades campesinas, juntas vecinales y pueblos indígenas tienen responsabilidades tales como proponer, pedir, identificar y priorizar proyectos de desarrollo en las áreas de competencia del municipio, así como participar, controlar y fiscalizar la ejecución de los proyectos. En este marco existen los comités de vigilancia, conformados por representantes de las organizaciones de base, responsables de articular los deberes y derechos de la población con el Gobierno Municipal, con respecto al uso correcto de los recursos municipales, al cumplimiento de sus funciones y a la atención equitativa de las demandas urbanas y rurales.

La Ley de Participación Popular, única en América Latina, abre *“espacios para la incorporación democrática de los grupos indígenas a la política y sociedad bolivianas permitiéndoles desempeñar un papel positivo en la construcción social de identidades colectivas, culturas y derechos ciudadanos”*. Sin embargo, *“las debilidades institucionales en el ámbito Estatal como del sistema de partidos políticos presentan los mayores peligros para la continuidad de este proceso”* (Oxhorn, 2001). El autor advierte sobre la necesidad de abordar estos problemas institucionales independientemente de la Ley, advertencia especialmente vigente en un contexto en que dichos problemas han llevado a sucesivas crisis de gobernabilidad en el país, como la más reciente que terminó con la renuncia del Presidente Mesa en junio de 2005.

Con respecto a la descentralización fiscal, el proceso involucra la transferencia de recursos desde el nivel central a los niveles subnacionales. En el caso de los municipios, estos comienzan a recibir el 20% de los recursos de la recaudación efectiva de las rentas nacionales en forma de co-participación tributaria. Estos recursos se reparten entre los municipios con una población mayor a 5.000

habitantes en la modalidad per capita. Los municipios de menos de 5.000 habitantes deben formar mancomunidades para poder acceder a las transferencias. Además los municipios poseen recursos de generación local, los cuales provienen de patentes, tasas de servicios públicos municipales y recaudación de impuestos municipales. Todos estos recursos comienzan a ser de propiedad exclusiva de los municipios con el proceso de descentralización, ya que con anterioridad eran recursos co- participados.

Los departamentos reciben transferencias de recursos nacionales en la forma del Fondo Compensatorio Departamental⁵⁹, la co-participación del 25% de la recaudación del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y las asignaciones consignadas anualmente en el Presupuesto General de la Nación.

En síntesis

El Cuadro 3 presenta las principales características de los procesos de descentralización recién descritos. En él se aprecia que el primer país en iniciar las reformas es Chile, cuya reorganización territorial tiene lugar en 1974 recién iniciado el gobierno militar. El extremo opuesto es Bolivia, cuyas reformas se inician recién a mediados de los '90. Los restantes países siguen una trayectoria más o menos similar que tiene lugar entre mediados de los '80 y la década de los '90.

Las competencias de los distintos niveles de gobierno son variadas. Destaca el caso de Bolivia como el único país unitario donde el nivel intermedio tiene una amplia gama de atribuciones, similares a las que poseen estados y provincias en los países federales. Finalmente, las atribuciones del nivel local son bastante similares en todos los países y dicen relación con la gestión administrativa de servicios traspasados en educación, salud y otras tareas de desarrollo económico y social.

ANEXO II. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y SALUD

A partir de fines de los años '70 todos los países estudiados emprenden importantes reformas a la educación y la salud, que ponen énfasis en la eficiencia administrativa y financiera de la prestación de los servicios a través del traspaso de funciones y atribuciones de

⁵⁹ El Fondo Compensatorio Departamental (FCD) es un mecanismo de asignación de recursos para los departamentos que anualmente se encuentren bajo el promedio nacional de regalías por habitante. La compensación la hace el Tesoro General de la Nación y es igual al monto que permita alcanzar el promedio nacional.

distinto rango a los niveles subnacionales. Más recientemente, algunos de los países estudiados incorporan en sus paquetes de reformas aspectos asociados a la calidad del servicio educativo, que se evidencian en la preocupación por cuestiones curriculares y de contenido de los aprendizajes.

Este apartado describe y analiza detalladamente los procesos de descentralización de la educación y la salud en los seis países estudiados.

Primero se describen las características y evolución de las reformas, con especial énfasis en el rol que juegan los distintos niveles subnacionales en el diseño e implementación de los servicios de salud y educación y el soporte legal y normativo que sustenta el sistema descentralizado. Luego se describe el modelo de descentralización fiscal y los criterios de asignación y traspaso de recursos desde el nivel central a los niveles subnacionales para, finalmente, realizar un balance de los principales resultados de la descentralización de la educación y la salud en cada uno de los países.

BRASIL

La descentralización de la educación y la salud se inicia a mediados de los '80, con el objeto de promover cambios que garanticen la eficacia y la equidad del sistema. Según se desarrolla a continuación, los procesos y resultados son distintos en ambos casos.

Salud

La reforma de salud promovió la racionalización de los servicios mediante la integración de las redes federal, estadual y municipal y la municipalización de la atención primaria; definiendo fuentes de financiamiento, estableciendo funciones para las instancias de gobierno y para la creación de mecanismos automáticos de transferencia de recursos al interior de la red pública y para el sector privado. La creación del Servicio Único de Salud (SUS) en 1988, completado por la Ley Orgánica de la Salud en 1990, estructuró las características esenciales del modelo de descentralización sanitario. De acuerdo a Tavares (1995), el modelo es radical, ya que implica la reasignación de la capacidad decisoria, de los recursos y de las funciones a los municipios.

Hasta los años '80 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 marcado por la segmentación de clientelas y por la gestión centralizada, en particular, en el Instituto Nacional de Asistencia Médico-Previsional (INAMPS), organismo del sistema provisional

que lideró el crecimiento del sector público en el área (Draibe, 1998). A comienzos de los '80, el vigoroso movimiento social capitaneado por personal del área médica – principalmente del sector público – estableció como ejes ordenadores de una nueva armazón institucional: i) la integración de los tres niveles de gobierno, ii) la descentralización y iii) la desconcentración de los recursos y del poder político para la orientación de las acciones públicas. En la primera mitad de la década, a pesar de las resistencias del sector privado y de las burocracias estatales, el movimiento reformista avanzó en sus propuestas de integración y descentralización. En 1984 se instituyeron las Acciones Integradas de Salud (AIS), a través de convenios, de los servicios de salud de los tres niveles de gobierno. En 1987 se instituye 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.

La nueva Constitución incorporó los principios de estructuración del sistema propuestos por el movimiento social (jerarquización, regionalización, integración y control único) y reafirmó la descentralización como directiva estratégica del nuevo sistema, enfatizando también una de sus modalidades, la municipalización. La planificación y la participación, a través de los consejos de salud instalados en todos los niveles, constituyen los instrumentos destinados a garantizar una adecuada articulación.

El SUS fue reglamentado en 1990. Los nuevos textos legales reservan a la esfera federal la atribución de elaborar las políticas nacionales en el área de la salud 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 sólo 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. Se desprende que las secretarías estatales asumen, 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.

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 innovación de la legislación es el sistema de subsidios federales y de pago de los servicios, canalizados a los entes subnacionales.

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 debe ceñirse cada municipio.

El paso decisivo en este camino se dio con la definición y formalización de una tipología de los grados de descentralización que pueden ser planteados por los municipios y estados ante la comisión bipartita de intergestores. Dos modalidades de gestión se ofrecen a los estados: parcial y semi-plena, dependiendo del potencial para asumir la gestión del sistema. Los municipios, por su parte, pueden encuadrarse en tres modalidades: incipiente, parcial y semi-plena⁶⁰.

El papel de los estados y municipios varía según el tipo de gestión que adopten. Cuando los estados adoptan 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. La *gestión semi-plena* 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.

Respecto de los municipios, 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 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 trabajo⁶¹.

⁶⁰ De acuerdo a Draibe (1998), a mediados de 1996, de los aproximadamente 5.200 municipios brasileños, el 45% se había adscrito a la gestión incipiente, el 12% a la gestión parcial y 1,8% a la gestión semi-plena.

⁶¹ En la modalidad de gestión incipiente 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 asume de inmediato todas las atribuciones recién mencionadas y, como contrapartida, pasa a recibir 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 semi-plena*, 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; 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 en su territorio. La acreditación del municipio 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.

En síntesis, en aquellos estados y municipios que han adoptado una *gestión semi-plena*, el grado de descentralización lograda es significativo y, aún considerando aquellos estados y municipios que adoptan niveles con menor protagonismo, se observa que en el área de salud la descentralización se ha desarrollado ampliamente. Los municipios gozan de gran autonomía en materia administrativa y programática, sin embargo, mantienen una importante dependencia de los recursos tanto del nivel federal como estadual.

Educación

En el caso de la educación, el impulso descentralizador en los años 80 se daba en dos planos. Por una parte, se buscaba disminuir la centralización transfiriendo algunas funciones desempeñadas por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), tales como responsabilidad por la red de escuelas técnicas y gestión de la merienda escolar, así como establecer mecanismos automáticos de traspaso de recursos que limitasen el poder de decidir discrecionalmente sobre la utilización de la parte federal del salario de educación. Contribución obligatoria del 2,5% sobre la nómina salarial de las empresas, que es recaudada por el gobierno central. Por otro lado, se apuntaba a la reasignación de la capacidad decisoria administrativa concentrada en los estados, por medio de la municipalización de la enseñanza y/o de la autonomía de la escuela (Tavares, 1995).

En los 90 las políticas de descentralización en la educación tomaron dos cursos: el de la municipalización y el de la desconcentración. En el primer caso, hay transferencia de competencias, atribuciones, instalaciones y equipamiento del estado hacia los municipios. En el segundo, se da una delegación limitada de atribuciones dentro del mismo nivel de gobierno para unidades administrativas regionales o locales, para escuelas o para instituciones privadas o comunitarias.

Antes de 1995, con la falta de un marco unitario central, se observan una variedad de procesos distintos según área geográfica y niveles de provisión involucrados. La Constitución de 1988 llevó a un aumento importante de los recursos disponibles con el aumento de la cuota municipal en la coparticipación de impuestos y las mayores competencias tributarias locales. En 1995, con la nueva Ley de Financiamiento de la Educación, el nivel federal asume un papel más activo en el impulso a la municipalización con lo que se da mayor empuje al proceso y se canalizan mayores recursos hacia la educación primaria.

Aun cuando las atribuciones regulatorias del nivel central son amplias, los entes estatales y municipales gozan de autonomía y competencias para establecer sus propios sistemas y legislar sobre los aspectos más importantes de la educación básica, tales como currículos (deben respetar los parámetros curriculares nacionales del Ministerio de Educación), jornada escolar, reclutamiento y capacitación docente, carrera profesional y remuneración de los profesores.

Descentralización fiscal

El modelo de descentralización adoptado para la gestión descentralizada de la salud y la educación es el de *principal / agente*. Sin embargo, en el caso de la salud, la naturaleza de las transferencias, sin directivas de gasto o asignación, o con directivas no vinculantes, genera en los niveles subnacionales un grado relativamente alto de autonomía financiera (Cominetti y Di Gropello, 1998).

La Constitución de 1988 estableció como fuente de financiamiento para la salud los recursos provenientes de la seguridad social, el tesoro federal y los tesoros estatales y municipales. No hay vinculación de ingresos en porcentajes fijos para la definición de las transferencias intergubernamentales (Draibe, 1998).

Respecto de la asignación de los recursos, el nivel federal realiza transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, asignadas según criterios de negociación y equidad. También hay transferencias federales del presupuesto de seguridad social, asignadas según perfil epidemiológico, desempeño y características de los servicios y otras variables⁶².

Es el nivel federal el que define los criterios de asignación de los recursos para cobertura asistencial. Las transferencias desde el gobierno federal hacia las entidades subnacionales operan a través de los siguientes mecanismos: a) traspasos por conceptos de actividades ambulatorias y hospitalarias de acuerdo a la población, complejidad de la red y valores históricos; y b) traspasos por

⁶² Si se compara la evolución del gasto público en salud por nivel de gobierno tomando los años 1987 y 1989, tenemos que disminuye la participación federal y crece la estatal y la municipal. En 1987 el gasto federal constituía el 64,2% del gasto total en salud, el gasto estatal ascendía a 26% y el municipal a 9,7%. En 1989 estas cifras se elevaban respectivamente a 55,6%, 33,5% y 10,7%.

incentivos a la descentralización a través del FAE (Factor de Apoyo a los Estados) y del FAM (Factor de Apoyo al Municipio), asignado a cada entidad que se habilita en alguna condición de gestión (Cominetti y Di Gropello, 1998).

Por su parte, el financiamiento de educación proviene fundamentalmente de recursos tributarios vinculados al sector por mandato constitucional y del “salario-educación”. Por determinación constitucional, el 18% de los ingresos tributarios nacionales y el 25% de los ingresos de los estados y municipios, incluidas las transferencias, deben destinarse al desarrollo y mantención de la enseñanza básica.

Se ha producido, al igual que en el caso de la salud, un aumento y una redistribución del gasto público en educación entre niveles de gobierno, tendencia atribuible en gran medida a la descentralización fiscal de 1988 y también al incremento de la recaudación tributaria⁶³.

Respecto a la asignación de los recursos, a diferencia de lo que ocurre en salud, el nivel federal entrega directivas de asignación global para todos los recursos recibidos o generados por los niveles (el 25% a educación primaria) y directivas de asignación sobre el 60% de los recursos para educación. Las transferencias generales son asignadas según criterios de negociación y equidad, mientras que las transferencias específicas (salario-educación) son asignadas a los estados según lo recaudado. Desde 1995, el 60% del total de los 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 estatales y municipales del estado de acuerdo al número de alumnos matriculados.

Según se aprecia, existe mayor autonomía financiera en el caso de la salud que en el de la educación, lo que constituye una distinción relevante entre ambos procesos descentralizadores.

Balance y resultados

El proceso de descentralización de la salud no contó con una orientación política que delimitara claramente ámbitos de competencia, lo que aumentó en las instancias federales las resistencias burocráticas y corporativas a la descentralización y a una redefinición de roles que pudieran implicar una pérdida de poder y recursos. La disminución de los recursos federales destinados a salud y las irregularidades de las transferencias federales a los estados y municipios aumentaron la incertidumbre en cuanto al rumbo del SUS.

⁶³ En 1995 el gasto educativo por nivel de gobierno se distribuyó de la siguiente manera: un 25,8% correspondió al nivel federal, un 44,2% al nivel estadual y un 30% al municipal.

Disminuyó también la disposición de los estados a desarrollar políticas activas de descentralización y de los municipios, a asumir plenamente responsabilidades de gestión, equipamiento y prestación de servicios.

En aquellos casos donde la municipalización avanzó, los gobiernos locales tuvieron que enfrentar dramáticos cambios de escala en los servicios de salud, que exigieron no sólo mayores gastos municipales, sino también disponer de capacidad gerencial para operar un sistema complejo, además de recursos humanos calificados, no siempre al alcance de los municipios.

En algunos aspectos, el crecimiento de la participación municipal asumió dimensiones extraordinarias: frente al aumento de la capacidad instalada del sistema total a casi el doble, entre 1980 y 1992 la capacidad municipal pública creció en más de 8 veces. 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 ambas cifras en la red hospitalaria federal y la red contratada. La oferta de camas de la red municipal aumenta también entre 1991 y 1994 de un 3,9% a un 7% (Draibe, 1998). Es decir, los municipios absorben crecientemente la demanda de atención sanitaria.

En el análisis del proceso de descentralización que desarrolla Draibe (1998) en 6 municipios de 2 estados de Brasil, se observan mejoras en la cobertura y en la calidad de la atención de los servicios de salud⁶⁴. De manera más determinante que en el caso de la educación, la descentralización de la salud efectivamente definió y dio origen a nuevos espacios y canales de participación social y de los usuarios, tales como los consejos de salud. Se observa también una mayor autonomía de la prefectura municipal para contratar, elaborar programas, definir jornadas laborales, realizar gastos e impulsar innovaciones.

Sin embargo, la integración de los servicios y programas – uno de los resultados esperados de la descentralización – continúa siendo una meta lejana. Por su parte, la reducción de las funciones centrales de supervisión y control no ha sido reemplazada adecuadamente por mecanismos regionales y locales de verificación de calidad.

En el caso de la educación, la falta de delimitación clara de competencias y atribuciones para la Unión, los estados y los municipios dificulta la reforma descentralizadora. Se pone en manos de los gobiernos estatales, movidos por cálculos político-electorales, la decisión sobre la asignación de recursos constitucionalmente vinculados a la educación. A ello se suman obstáculos administrativos y financieros, todo lo que redundando en la distribución desigual entre los millares de municipios brasileños de los recursos y,

⁶⁴ Los municipios son: en el estado de Sao Paulo los municipios de Campinas, Santos e Itaberá; y en el estado de Bahía los municipios de Salvador, Catú y Coronel.

especialmente, de la capacidad técnica para enfrentar los complejos problemas de la gestión implicados en la operación de una red escolar.

Pocos son los casos de un efectivo traspaso de competencias, recursos, equipamiento y patrimonio de estados a municipios. Las dos redes educacionales, la estadual y la municipal, coexisten y compiten, con escasos puntos de intersección entre ambas. Pese a ello, la evaluación de los procesos que están teniendo lugar en las escuelas es positiva. Citando el ya mencionado análisis del proceso de descentralización en 6 municipios de Draibe (1998), se detecta una mayor autonomía de los gestores escolares, más rápido acceso a equipos y materiales escolares y mayor agilidad en la distribución de textos. También se observó un incremento de los recursos financieros y mayor autonomía de los directores de escuelas para gastarlos. Los nuevos canales de participación de usuarios y de la comunidad local, tales como asociaciones de padres y maestros y, en menor medida, los consejos escolares, constituyen efectos positivos de la descentralización. Pese a ello, el ambiente escolar se ha visto renovado y reforzado por el inédito ejercicio de autonomía al que los agentes, usuarios y la comunidad escolar responden con un ágil aprendizaje institucional. Por otra parte, 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 y FNDE.

Sin embargo, la descentralización no ha ido acompañada de reformas administrativas que potencien las ventajas y capacidades de las redes. Sólo hubo mejoras en los procesos de reclutamiento de profesores, hechos a través de concursos públicos y evaluación de méritos.

Por su parte, la duplicidad de las redes y funciones restringe las posibilidades de una operación adecuada de los sistemas de supervisión en el nivel local.

En forma unánime, los municipios lamentan la falta de adecuada capacitación para asumir las funciones descentralizadas; también hubo reclamos por la lentitud de los procedimientos y la rendición de cuentas.

Tanto en salud como en educación se aprecian logros y también desafíos. Se comparte en ambos el aumento en la eficiencia, que tiene como contrapartida principal el agravamiento de las desigualdades regionales. La disparidad de recursos y competencias técnicas en los distintos estados y municipios del país es un elemento crítico de la descentralización (Draibe, 1998).

ARGENTINA

La descentralización de los servicios de educación y salud que ha tenido lugar en Argentina presenta características propias de un proceso de descentralización administrativa o desconcentración, por cuanto se transfieren funciones y responsabilidades desde el gobierno central a los niveles subnacionales, especialmente a las provincias y en menor medida a los municipios. Sin embargo, se observan ciertas características de descentralización política, particularmente en las provincias, que disponen de algún grado de poder sobre los procesos que allí tienen lugar.

Esto ocurre mayormente a nivel de educación, pues la planificación, proyectos y actividades que se desarrollan corresponden en gran medida a las provincias. En el área de salud, en cambio, las políticas presentan mayor centralización, lo cual no quita que haya espacios para generar planes locales que respondan a necesidades más específicas.

Salud

A partir de 1992 se comenzó a implementar el sistema de Hospitales Públicos de Autogestión que presentaron grados diversos de coordinación con la provincia, transitando desde aquellos que operaban autónomamente pero en el marco de un plan provincial de salud, a aquellos sin un esquema provincial explícito, de jurisdicción nacional, o bien con sistemas mixtos. En materia de recursos desde 1992 las provincias son las principales encargadas de la prestación de servicios de salud, tanto a nivel de hospitales como consultorios. Tal es así que hoy en día las provincias y la Ciudad de Buenos Aires tienen a su cargo el 71,7% de la atención pública de la salud a través de hospitales y centros de atención primaria.

Por su parte, algunas provincias como Santa Fé, implementaron además los sistemas de asistencia médica a la comunidad (SAMCO) que cubren alrededor del 30% de la capacidad instalada y son esquemas de organización entre la provincia y algunos municipios que tiene como base una entidad local sin fines de lucro (Bisang y Centrángolo, 1998). Su administración está descentralizada y cuenta con la participación de representantes locales. Reciben recursos de la provincia, algunos municipios y la entidad que los respalda. La provincia realiza control sanitario y maneja en cierto grado los recursos humanos de la institución.

No existe una normativa que defina claramente los lineamientos de la política sanitaria para todo el país. Sin embargo, hay instancias denominadas agencias regulatorias que realizan funciones de control con una cierta independencia, constituyéndose como entes autónomos⁶⁵.

⁶⁵ Están representadas por la Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos (ANMAT) que regulan los bienes y productos de salud y Argentina Prepagas que fiscaliza la relación pública-privada de los servicios

Además de ello, el Decreto 1615 establece en el año '96 la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud que tiene a su cargo la supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Actúa como ente descentralizado pero bajo la Jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social.

En materia de recursos desde 1992 las provincias son las principales encargadas de la prestación de servicios de salud, tanto a nivel de hospitales como consultorios. Tal es así que hoy en día las provincias y la Ciudad de Buenos Aires tienen a su cargo el 71,7% de la atención pública de la salud a través de hospitales y centros de atención primaria.

Educación

Con respecto a la educación, en septiembre de 1993 se firma el Pacto Federal Educativo entre Nación, provincias y municipios, lo cual simbólicamente marca el inicio de la etapa de ejecución de la Ley Federal de Educación. Éste establece las condiciones para el financiamiento de la educación, determinando la procedencia de los recursos y los organismos que ejercerán funciones de control y auditoría. Además señala las tareas a desarrollar por los distintos niveles de jurisdicción, consignando compromisos específicos a cumplir por cada uno de ellos y en conjunto.

El marco regulador de la educación está sujeto al Ministerio de Educación y Cultura, con sus diferentes entidades representantes en las provincias. Para temas o periodos específicos, tiene lugar a través de Pactos y Actas desarrollados entre los diferentes niveles de gobierno.

El rol del Gobierno Central en la implementación de las políticas educativas y sanitarias ha ido decreciendo progresivamente desde principios de los noventa. En educación se preocupa casi exclusivamente de la administración del sistema universitario y técnico, con un gasto menor al 20% de los recursos del sector. En salud, ha centrado gradualmente sus erogaciones en la previsión de salud para la tercera edad.

Tanto en términos de gasto como de tareas a realizar, el rol protagónico recae en el nivel provincial⁶⁶. Las provincias administran la totalidad de establecimientos de educación primaria y secundaria. Sumadas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires administran el 94% del gasto total en educación básica.

⁶⁶ La Constitución de la Nación establece que las provincias conservan todas las competencias no delegadas al gobierno federal, existiendo potestades compartidas en varias finalidades, entre las que se cuentan la administración de justicia, la educación primaria y la seguridad social.

Además, pese a que existe un currículum escolar impulsado a nivel nacional desde el Ministerio de Educación y Cultura, las provincias están encargadas de impulsar planes y programas de desarrollo educativo para sus respectivas jurisdicciones, lo que ocurre de manera similar en el caso de la salud.

A excepción de las jurisdicciones de Córdoba, Buenos Aires y Santa Fé, la participación de los municipios en la gestión de la salud y la educación es menor y se vincula casi exclusivamente a acciones de saneamiento básico, distribución de beneficios de origen nacional y asistencia social directa. En cualquier caso, el rol de los municipios es mayor en salud que en educación, ya que asumen ciertas funciones de administración y de prestación de servicios a nivel primario, específicamente a través de los consultorios.

Descentralización fiscal

Argentina ha desarrollado una fuerte descentralización fiscal, cediendo influencia a las provincias en las decisiones financieras y el manejo de los recursos públicos de salud y educación que son destinados a su jurisdicción. Las provincias perciben recursos coparticipados del nivel central para cubrir parte de los gastos de estos servicios y operan sobre ellos con bastante autonomía. El resto es financiado a través de recursos propios que son administrados por las provincias según las necesidades particulares de cada jurisdicción.

El Pacto Federal de Educación (1993) estableció que los recursos para este sector provendrían de los créditos asignados por el presupuesto nacional destinado al Ministerio de Cultura y Educación, los aportes de los presupuestos provinciales y los aportes provenientes de organismos internacionales.

Al momento de producirse las transferencias, el Ministerio de Economía insistió en que esta modalidad de descentralización sería financiada por un significativo incremento en los recursos coparticipados, bajo la garantía de la implementación del nuevo plan de convertibilidad. Dado el buen desempeño de la economía argentina en los años siguientes, los fondos coparticipados estuvieron en ese momento por encima del costo de las transferencias. Sin embargo, a fines de los noventa, el nivel de recursos cayó repentinamente y el gobierno nacional no pudo cumplir con la cobertura de la transferencia, generando como consecuencia un endeudamiento en las provincias que se prolonga hasta el momento actual.

Debido a la deuda que acarrean las provincias desde principios de los noventa, han perdido su capacidad de establecer prioridades presupuestarias mes a mes, ya que el pago a los acreedores se efectúa en forma automática; por lo tanto, deben encontrar financiamiento adicional para afrontar los gastos de funcionamiento de cada período.

Principales resultados

La descentralización de la salud y la educación en Argentina presentó diversos matices, que se traducen en que en ocasiones se distribuyeron o delegaron responsabilidades a niveles subnacionales, y en otras tuvo lugar un *pluralismo institucional*, en el que responsabilidades y competencias pasaron a estar compartidas entre distintos niveles de gobierno, especialmente el nacional y provincial. Uno de los puntos críticos de la descentralización, en términos de financiamiento, ha estado en que la participación de los gobiernos subnacionales en los recursos totales no ha aumentado en proporción con el gasto que estos sectores requieren, generando una brecha entre gastos y recursos en las provincias (Cetrángolo y Jiménez, 2004).

Los desequilibrios financieros interjurisdiccionales, provocados por ciertos desacuerdos en la distribución de recursos coparticipados y recaudación de tributos, entre otras cosas, se constituyen como un factor de conflictividad en las relaciones entre los distintos niveles, particularmente entre el nivel central y las provincias. Esto ha dificultado la estrategia de integración de los sectores de salud y educación, lo cual se complejiza aún más por la falta de legislación específica acerca del tema. No obstante, estos problemas han sido parcialmente subsanados con la creación de instancias dedicadas a consensuar criterios y establecer algunas normas y líneas a seguir, como es el caso de los Pactos Federales en Educación.

La descentralización del gasto educativo fue una decisión de origen fiscal más que educativa y, en consecuencia, contó con un bajo nivel de planificación sectorial. Esto hizo que las provincias recibieran la ineficiencia de la estructura nacional y le sumaran las propias ineficiencias de las estructuras provinciales (Cetrángolo y Jiménez, 2004). Si bien durante los traspasos se comenzaron a instrumentar programas que atendieran la reconversión institucional, éstos han abordado casi exclusivamente el funcionamiento de las escuelas, sin atender las necesidades de modernización de los organismos públicos responsables de la educación.

En lo que a educación se refiere, no existen hasta ahora resultados que confirmen si la descentralización aumenta la calidad de la educación, entre otras cosas por la gran cantidad de factores que intervienen en ello, que son difíciles de atribuir a una sola causa. Sin embargo sí se observa un mayor nivel de satisfacción hacia los nuevos procesos por parte de los actores educativos.

Por otra parte, la descentralización ha contribuido a agudizar la diferencia de los indicadores sociales entre provincias, localidades y sectores sociales, debilitando el sentido de solidaridad y ciudadanía nacional y favoreciendo las tendencias ya estructurales hacia la fragmentación social y territorial (Vinocur y Halperin, 2004).

MÉXICO

Al igual que en los casos de Brasil y Argentina, la descentralización de los servicios de educación y salud en México presenta características propias de un proceso de descentralización administrativa, puesto que tiene lugar un traspaso de responsabilidades desde el gobierno central a los niveles subnacionales, que no implica autonomía sobre los planes y políticas a seguir, ni una distribución del poder de decisión sobre los asuntos propios de estos sectores. Sin embargo, es un proceso que tiene matices. En educación los recursos transferidos son detalladamente etiquetados y los estados se limitan a distribuir salarios y ejecutar planes previamente diseñados desde el nivel central. En salud, en cambio, los traspasos de la Secretaría de Salud adquieren mayor connotación, de modo que el Instituto de Seguro Social ha ido delegando recursos, fondos y poder de decisión hacia sus oficinas regionales.

Educación

El modelo normativo de la descentralización del sistema educativo mexicano se deduce de la Ley General de Educación. Este 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, operado por los estados y, *de ser posible*, por los municipios.

En el Capítulo II de la Ley se establece la distribución de la función social educativa. A esta función concurren los tres niveles de gobierno, los órganos descentralizados y los particulares con autorización del poder público. En esta concurrencia el gobierno federal centraliza las funciones esenciales y descentraliza la operación.

Por otro lado, en el Artículo III, se consigna que el Ejecutivo Federal determinará los planes y programas de estudio de la educación primaria, secundaria y normal para toda la república. Para tales efectos, el Ejecutivo considerará la opinión de los gobiernos de las entidades federativas y de los diversos sectores sociales involucrados en la educación, en los términos que la ley señale.

El gobierno central está representado por la Secretaría de Educación, que tiene facultades para normar, regular, evaluar y determinar los lineamientos generales del sector. Entre sus competencias está el determinar en toda la República los planes y programas de estudio y el calendario escolar para la educación básica y normal; regular el sistema nacional de formación y capacitación de los docentes de educación básica; fijar los lineamientos de los consejos de participación social y realizar la programación y evaluación global del sistema educativo nacional. Además define los recursos que las autoridades locales destinan al desarrollo del sector.

Los estados cumplen la función de prestar los servicios de educación básica y formación docente, proponer a la Secretaría contenidos regionales a incluir en los planes de estudios y ajustar el calendario escolar para cada ciclo.

A nivel local las facultades son restringidas. Si bien las autoridades federales y de los estados estimulan 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, lo cierto es que las escuelas no tienen autonomía para contratar o remover el personal ni otorgar incentivos materiales o modificar normas. No obstante aquello, la Ley General de Educación insta los Consejos de Participación Social en la educación, donde participan por las escuelas, los municipios, los estados y el gobierno central, que tienen la atribución de proponer estímulos y reconocimientos a maestros, directivos y alumnos; conocer las evaluaciones y el calendario escolar; diseñar y coordinar trabajos de protección civil y proponer políticas para elevar la calidad y cobertura de la educación, así como opinar sobre los planes, los programas y los aspectos técnicos.

Salud

En relación a la salud, el 20 de agosto de 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, el que fue suscrito por 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.

Esta normativa establece, entre otros principios, que los estados de la federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les asignó; que manejarán y operarán los servicios de salud en el ámbito de su competencia y los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de acuerdo con las necesidades de los servicios y las prioridades locales. Además participarán efectivamente en el diseño e implementación de la política nacional de salud. Al mismo tiempo, se integrarán al ámbito estatal las estructuras administrativas que operaban los servicios federales de salud y la Secretaría de Salud operará solo aquellas materias que son de uso exclusivo del gobierno federal (Ornelas, 1998).

Son atribuciones del gobierno central son la elaboración de la política nacional y su monitoreo; la revisión de la normativa de salud para proponer eventuales modificaciones legislativas y la evaluación y coordinación de la prestación de servicios, entre otras. Los gobiernos estatales se preocupan, principalmente, de la adecuada organización y operación de los servicios, la prevención y control de enfermedades y los programas de adicción, rehabilitación y asistencia social.

El gobierno central y los estados comparten algunas funciones como el control de equipos médicos y productos sanitarios y los establecimientos dedicados a su fabricación; el control de la publicidad de productos y servicios y la prevención de consumo de sustancias ilícitas.

El Consejo Nacional de Salud es el encargado de coordinar el sistema descentralizado y sus funciones son de carácter político, ya que se preocupa de la generación de consensos, al consultar y escuchar a las autoridades locales y mantener el control sobre el efectivo cumplimiento de metas en el proceso. 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*” (Ornelas, 1998).

Descentralización fiscal

Los gastos del gobierno central en educación y salud comprenden transferencias a niveles subnacionales para gastos “irreductibles”, representados por salarios, prestaciones y gastos de operación; y aportaciones complementarias que obedecen a las prioridades señaladas en los planes y programas de desarrollo del sector o a demandas políticas y sociales del momento.

En el caso de la educación, los criterios de distribución y asignación de recursos incluyen el Registro Común de Escuelas y la plantilla de personal. Respecto de la salud, se incluye el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, además de la fórmula que contiene el artículo 31 de dicha ley que se orienta a promover la equidad. Además, 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.

Balance y resultados

Recogiendo los resultados de un análisis realizado en 6 estados que representan la diversidad de México es posible afirmar que el ejercicio del federalismo educativo trazado en la ley general de educación es desigual (Ornelas, 1998)⁶⁷.

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.

⁶⁷ Los estados considerados en el estudio citado son los siguientes: Chihuahua, Estado de México, Durango, Veracruz, Puebla y Oaxaca.

La descentralización, el incremento del gasto y las otras reformas han contribuido a una mejora de la calidad de la educación básica⁶⁸. Además, según las autoridades de los estados de la muestra, la descentralización educativa 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 federales⁶⁹.

El estudio señala que existen algunos factores que atraviesan el sistema y que estorban la integración de los antiguos subsistemas. En primer lugar, se observan diferencias en los escalafones y los deseos de los maestros de emigrar de las zonas rurales a las urbanas. En segundo lugar, los diferentes sistemas de seguridad social tampoco se pueden fusionar de inmediato. Por último, la fuerza recentralizadora del sindicato nacional de los maestros es tal vez el obstáculo más resistente. 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 éstos, a su vez, integre el sistema educativo mexicano, el cual se espera que en el futuro sea más equitativo y eficaz.

En salud, Ornelas señala que hasta 1996, se dio una recentralización de los servicios y que en realidad nunca se descentralizaron las decisiones importantes, ni se asignaron los recursos suficientes para que operara el sistema. Pese a ello, entre 1983 y 1995, los índices cuantitativos de recursos humanos para la salud, unidades médicas y consultas, mejoraron.

El autor propone un modo para estimar los efectos de la política descentralizadora comparando aquellos estados que dieron pasos importantes en el proceso de descentralización en el periodo 1983-1995 (antes del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud) y aquellos que en el mismo período no aceptaron la responsabilidad que el nivel federal les quería transferir. Para 1995, el conjunto de estados descentralizados en el primer periodo registró un PIB per cápita levemente por encima de la media nacional y también del grupo de los estados no descentralizados. También aumentó la eficiencia, lo que se verifica en la mayor cantidad de consultas médicas realizadas por consultorio, pero no es posible asegurar lo mismo respecto de la calidad de la atención, ya que según la Segunda Encuesta Nacional de Salud el nivel de insatisfacción es amplio. Junto a ello, los estados no-descentralizados en ese periodo, recibieron más recursos federales para infraestructura, todo lo cual impide emitir un juicio tajante sobre las ventajas de la descentralización en su etapa previa al Acuerdo.

⁶⁸ El estudio evaluativo señala que entre 1988 y 1996 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%; la eficiencia terminal (porcentaje de alumnos que concluye la enseñanza primaria en seis años) subió del 55% al 66.3%.

⁶⁹ 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).

Con el Acuerdo del 20 de Agosto de 1996 se vencieron las resistencias centralistas que se oponían a la descentralización. El traspaso a los estados de la operación del Sistema de Salud comprende el ámbito territorial, la delegación de responsabilidades, la transferencia de recursos y de autoridad política.

CHILE

La descentralización de la educación y la salud en Chile es una descentralización administrativa o desconcentración, que se caracteriza por el traspaso de atribuciones a reparticiones intermedias de la administración del Estado, que no tiene como correlato el traspaso de poder de decisión. Las directrices y políticas educativas y de salud emanan de los Ministerios de Educación y Salud, respectivamente. Estos son también los responsables de canalizar los recursos hacia los niveles subnacionales para la administración del sistema.

Salud

La principal ley del sector salud es la Ley 18.469 de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

La administración descentralizada de la Salud Primaria está normada por el Estatuto de Atención Primaria de Salud, Ley N° 19.378 de 1995, que norma sobre *“la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión, en razón de los principios de descentralización y desconcentración, se encontrare traspasada a las municipalidades al 30 de junio de 1991, en virtud de convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 1-3.063 del Ministerio del Interior de 1980”* así como de aquellos establecimientos traspasados con posterioridad a esa fecha, por los Servicios de Salud. También regula *“la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud”*. (Artículo 1). En forma complementaria, el 2002 se aprueba la Ley 19.813, que otorga beneficios a la Salud Primaria.

En el caso de la salud pública, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud, de acuerdo con las directivas de Gobierno, y dictar las normas y planes generales para el Sistema.

El órgano desconcentrado del Ministerio a nivel regional es la Secretaría Regional Ministerial de Salud, cuyas responsabilidades son representar al Ministerio en la región; colaborar directamente con el Intendente en lo relacionado con sus funciones; velar por el cumplimiento de las políticas, planes, normas y programas del Ministerio en el territorio regional; adaptar la ejecución de dichos planes y programas a la realidad local; supervigilar y controlar a los Servicios de Salud y demás organismos del Sistema en la región;

actuar de nexo para las comunicaciones entre los ministerios y los Servicios de Salud; ejecutar las políticas regionales y coordinar la labor de los organismos del Sistema, relacionándose con organismos, entidades o personas que no pertenezcan al Sistema o al sector, para el cumplimiento de objetivos de interés común.

El otro actor clave a nivel regional son los Servicios de Salud, que son órganos descentralizados, autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propio, a los que corresponde ejecutar las acciones de salud.

Finalmente, los municipios tienen a su cargo la administración de los establecimientos de atención primaria (consultorios y posta rurales). Estos son controlados en los aspectos técnicos por los Servicios de Salud a través de sus Direcciones de Atención Primaria.

Educación

En el sector educación, la Ley No. 18.956 de reestructuración del Ministerio de Educación, del 8 de marzo de 1990, le asigna al Ministerio funciones de proposición y evaluación de las políticas educacionales y culturales, estudiar y proponer las normas generales del sector y velar por su aplicación, asignar los recursos necesarios para el desarrollo de actividades educacionales y de extensión cultural y otorgar el reconocimiento oficial a los establecimientos educacionales cuando corresponda.

La Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, del 10 de marzo de 1990, fija los objetivos generales de los ciclos educativos. Establece que los establecimientos educativos podrán –como aplicación de la libertad de enseñanza- preparar y proponer sus propios planes y programas de enseñanza, siempre que se atengan a un conjunto de objetivos fundamentales y contenidos mínimos por grado, que elaborará el Ministerio de Educación. Este aprobará las propuestas de los establecimientos y supervigilará su aplicación. Esta ley también regula el sistema de educación superior, reconociendo diversos tipos de instituciones –Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica- y fijando normas y requisitos para la fundación y reconocimiento oficial de centros privados de este nivel.

La administración y financiamiento de los servicios traspasados de educación se regula mediante la Ley de Subvención a establecimientos educacionales, DFL N°2 de 1998, que modifica el DFL N°2 de 1996.

El Ministerio de Educación, además de definir las políticas educativas, asume funciones de control, inspección y supervisión de diversos aspectos administrativos, tema de interés en un contexto de gestión descentralizada de la educación. La supervisión técnico-pedagógica reside en el Ministerio de Educación y se ocupa del cumplimiento de los objetivos educacionales y de las normas curriculares y, a la vez, actúa como una función de apoyo y asesoría a los establecimientos y a los docentes para elevar la calidad de la

educación. El sistema de supervisión, compuesto por 43 departamentos provinciales y 900 supervisores, aproximadamente, cumple la función de entregar asesoría técnica pedagógica a las escuelas y liceos del país. Complementariamente, la supervisión cumple funciones de evaluación (monitorea el mejoramiento del establecimiento) y de enlace (hace de “puente” entre las prioridades de la política educativa y los intereses y requerimientos de los establecimientos).

Tanto las funciones de control e inspección como las de supervisión están desconcentradas en las 13 Secretarías Regionales Ministeriales de Educación dependientes del MINEDUC.

Las competencias de administración directa de centros educativos están descentralizadas, para el caso de la educación básica y media, en las municipalidades o entidades privadas que operan bajo la lógica de la educación particular subvencionada por el Estado.

Para cumplir con estas tareas, los municipios tienen, a partir de 1995, la obligación de elaborar anualmente un Plan Anual de Desarrollo Educativo (PADEM) que debe contemplar al menos: i) un diagnóstico de cada uno de los establecimientos educacionales dependientes del municipio y de la comuna, ii) un análisis de la situación de oferta y demanda de matrícula, iii) las metas del Departamento de Administración de la Educación Municipal o Corporación y de los establecimientos educacionales, iv) dotación de personal docente y no docente, v) programas de acción para el año y vi) presupuestos de ingresos, gastos e inversión.

Además, con el objeto de llevar la descentralización a los establecimientos educacionales, dotando a los directores y profesores de más y mejores capacidades para gestionar los procesos de aprendizaje que tienen lugar al interior de la sala de clase y producir el cambio pedagógico, los establecimientos deben elaborar, también en forma anual, un Proyecto Educativo Institucional (PEI), que señala la dirección hacia donde se orientan los esfuerzos de cada uno de los actores de la institución escolar, incorporando las diversas dimensiones que son propias de una escuela: propósitos educativos, procesos pedagógicos y de gestión institucional y administrativa.

Descentralización fiscal

El sistema de financiamiento consiste en transferencias desde el gobierno central basadas en subvenciones por prestaciones otorgadas por los establecimientos educacionales y centros de atención primaria de salud. El modelo no entrega a los sostenedores municipales atribuciones para la generación de ingresos propios⁷⁰.

⁷⁰ A lo largo de la década del '80 el valor real de estas subvenciones fue descendiendo, debido a que no fueron reajustadas acorde a la inflación, provocándose importantes déficits. Ante esta crisis de financiamiento se congela el monto de las subvenciones y comienza la participación municipal en el financiamiento de la salud y la educación. Las primeras medidas tras la llegada de la democracia apuntan a revertir esta situación.

Existe un problema asociado al monto de la subvención per cápita y/o al propio sistema de financiamiento de acuerdo con la asistencia diaria. En determinadas circunstancias (ruralidad o aislamiento extremo) no existen alternativas de racionalización posibles para maximizar los escasos recursos provenientes del Ministerio: en sectores rurales no es posible fusionar escuelas, en zonas aisladas no es posible incentivar la asistencia en meses de invierno. También es crítica la situación de grandes centros urbanos con alta vulnerabilidad socioeconómica. Dado lo anterior, la mayor parte de las municipalidades realiza transferencias de recursos propios a la educación. El monto de estas transferencias depende de la disponibilidad de ingresos propios municipales, los ingresos netos provenientes del Fondo Común Municipal y la relación matrícula -carga docente (aspectos de gestión). En general, un monto mayor de transferencias por alumno se asociaría a mejores resultados educacionales.

En el caso de salud, el aporte fiscal central se materializa bajo la forma de una subvención per capita⁷¹. En el caso de la educación, los municipios reciben el aporte por concepto de matrícula y asistencia de los alumnos⁷². Por otro lado, las escuelas y consultorios reciben aportes de programas especiales diseñados por los ministerios respectivos. Para inversiones en infraestructura el mecanismo es postular a fondos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, fondo de inversión administrado por los gobiernos regionales que cuenta con partidas definidas como “provisiones de educación” que se destinan a reparación, ampliación o construcción de infraestructura educacional.

Balance y resultados

Como resultado de los procesos de descentralización de la atención primaria de salud y la educación pública es posible observar, por una parte, que los municipios muestran hoy mayores capacidades de gestión y un creciente interés por involucrarse en estas materias para mejorar los resultados de sus comunas. Pero, al mismo tiempo, se observan importantes dificultades para avanzar en la consolidación del proceso, asociadas a los propios sistemas de financiamiento y traspaso de recursos, como a las carencias de los municipios en materia de gestión.

De acuerdo con Celedón, Guzmán, Oyarzo et. al. (2001) *“la gestión municipal de la atención primaria ha significado, en los hechos, la delegación de la administración de los establecimientos y programas de salud a una red edilicia permanentemente insatisfecha con*

⁷¹ Fórmula que sustituyó la subvención por prestación prestada prevaleciente en los años 80

⁷² En 1996, el 79,1% del gasto en educación básica y media fue financiado con recursos provenientes de transferencias realizadas desde el nivel central por concepto de subvenciones, mientras que el 10,9% restante provino de ingresos propios aportados por los municipios (Serrano y Berner, 2000)

el monto y el destino de los recursos estatales. La descentralización en la atención primaria de salud sigue siendo un tema en discusión”

Respecto de la modalidad de administración financiera del sistema, el sistema de pago per cápita ha operado bien como mecanismo de pago. Sus principales fortalezas son: i) permite avanzar en el tema de equidad distributiva, al diferenciar entre comunas pobres y comunas no pobres; ii) genera una mayor flexibilidad para introducir las prioridades locales de salud en la medida en que los municipios planifican anualmente las acciones que se proponen realizar; iii) introduce un cierto grado de libertad de elección de consultorios para personas que viven en zonas urbanas.

En cuanto a sus debilidades i) el per cápita no llega a los prestadores, que son los verdaderos destinatarios. En la práctica opera a través de un pago de transferencia a las municipalidades que no introducen criterios de incentivos que permitan que cumplir ciertas metas se traduzca en algún reconocimiento para los funcionarios; ii) no hay evidencia de que efectivamente se haya producido lo que se espera de un sistema de capitación como éste: promover la prevención. Más bien al contrario: la inercia de lo que se hace -que es esencialmente de carácter curativo- no se logró cambiar sólo por la introducción de este nuevo mecanismo de pago (Celedón, Guzmán, Oyarzo et. al, 2001).

En el caso de la educación, las principales dificultades se concentran en: i) la insuficiencia de recursos para la administración del sistema comentada en el punto anterior; ii) las dificultades de coordinación entre los distintos actores involucrados, iii) la persistencia de importantes inequidades en los resultados educativos y iv) la aún escasa participación de padres y apoderados (Serrano, Fernández y Pavéz, 2001).

Con respecto a este punto, el rol de los padres y apoderados en la educación de sus hijos ha sido bastante escaso y cuando se ha dado, esta participación ha sido más bien instrumental. *“Para los municipios los padres y apoderados se han convertido en una fuente de recursos para el mejoramiento de las condiciones físicas del establecimiento, para ayudar a saldar las deudas⁷³ y para suplir la falta de personal en algunos casos. Son pocos los municipios que han emprendido acciones para involucrar a los padres en aspectos educativos”* (Serrano, Fernández y Pavéz, 2001). Ante esta constatación, la incorporación de la comunidad escolar se ha ido convirtiendo en un tema prioritario de la política educacional, por lo que recientemente se han instaurado Consejos Escolares tripartitos (conformados por alumnos, profesores y padres) cuyo funcionamiento debiera comenzar el segundo semestre del año en curso.

⁷³ La participación más directa de padres y apoderados en la educación se verifica en el sistema de financiamiento compartido, a través del cual los establecimientos particular subvencionados pueden cobrar una cuota a los apoderados para complementar el aporte recibido por la subvención estatal.

Los municipios han contribuido con recursos propios a la implementación de una serie de programas pedagógicos propuestos desde el nivel central a través de la modalidad de fondos concursables. Pese a que las iniciativas son numerosas y muestran una alta capacidad de innovación, el problema más frecuente se relaciona con los recursos para dar continuidad a estas propuestas y también para mantenerlas pues, aún en aquellos casos en que la municipalidad tiene autonomía en materia administrativo financiera y no depende exclusivamente de las transferencias que vienen desde el nivel central, el margen de independencia de las unidades educativas es mínimo.

Las dificultades del proceso de descentralización se repiten y replican en la relación entre el municipio y los establecimientos: el primero se muestra reacio a ceder poder a las unidades educativas, mientras que estas no se sienten capacitadas para asumir responsabilidades administrativas. Una de las mayores dificultades que señalan los municipios y también las unidades educativas, corresponde a la relación con el MINEDUC, y principalmente con el DEPROE. Se reclama la ausencia del rol técnico y de acompañamiento de este último en relación a las unidades educativas.

Uno de los asuntos más complejos en materia de educación descentralizada en Chile dice relación con los resultados poco equitativos que se han alcanzado. La prueba que mide los resultados académicos de los estudiantes chilenos de enseñanza básica y media es la Prueba SIMCE. Se aplica anualmente a todos los estudiantes de todos los establecimientos educacionales del país (cualquiera sea su dependencia) de un nivel de enseñanza. Mide los conocimientos adquiridos en lenguaje y matemática. Los resultados SIMCE muestran que en los últimos 10 años los establecimientos educacionales han ido mejorando sus resultados crecientemente. Sin embargo, los mejores resultados los obtienen los establecimientos particular pagados de nivel socioeconómico alto, mientras que los peores resultados se obtienen en establecimientos que reciben financiamiento público (particular subvencionados y municipales).

COLOMBIA

La descentralización de la educación y la salud en Colombia es de tipo administrativa y consiste en el traspaso de atribuciones a instituciones intermedias de la administración del Estado.

Los dispositivos legales a la base de las reformas descentralizadoras de los sectores de educación y salud comienzan a instalarse, al igual que en otros países de América Latina, en la segunda mitad de la década de los 80. En el ámbito de la educación, el decreto 77 de 1987 suprime el Instituto Colombiano de Construcciones Escolares, entidad desconcentrada a nivel regional que tenía como función el mantenimiento y construcción de la infraestructura escolar. Esta responsabilidad se traspa a los municipios.

En 1988, a través de la Ley 24 se reestructura el Ministerio de Educación. Este abandona el manejo de los Colegios Nacionales, misión que fue encomendada a los departamentos y deja su función de control y vigilancia, la que se traslada a los municipios.

En 1989 se descentralizan ciertos aspectos de la gerencia y administración de la educación primaria a nivel local mediante el otorgamiento de mayores atribuciones a los alcaldes por nombramientos de cargos y supervisión (Ley 29). También se establece el traspaso de los docentes a los municipios, lo cual fue muy cuestionado y finalmente revertido, dado que los alcaldes consideraron que esta era una forma de aumentar sus responsabilidades sin aumentar los recursos y la autonomía con que contaban.

En 1991, con la nueva Constitución, se traspasó la gestión educativa a los departamentos para luego, en 1994, comenzar el traspaso desde este nivel a los municipios (Vargas y Sarmiento, 1998).

En materia de Salud, el proceso se inicia en 1986 con la descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios en primer nivel⁷⁴. Se abrió así un espacio de resolución para los alcaldes, aunque con poco impacto en inversiones efectivas. Este mismo año se reorganiza el Sistema Nacional de Salud⁷⁵, se redefinen las obligaciones de las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de salud y se modifica el porcentaje del Situado Fiscal destinado a financiar gastos en salud⁷⁶.

Este proceso se profundizará en 1990 con la reforma sectorial, la cual ya no solo descentraliza la inversión sino parte de la dirección, el control y la prestación servicios de salud⁷⁷. La Constitución de 1991 ratifica los planteamientos fundamentales de la reforma de 1990, estableciendo que los servicios de salud se organizan “*en forma descentralizada, por niveles de atención y participación comunitaria*” (Art.49). La reforma de 1990 asignó a las municipalidades la responsabilidad de coordinar y atender el nivel primario de atención en salud y a los departamentos el segundo y tercer nivel. Comprendió además lineamientos para la participación ciudadana y la modernización de la gestión hospitalaria. A pesar de esto, la implantación fue tímida y los resultados bastante inferiores a los esperados, porque el poder decisorio sobre el presupuesto y la nómina de personal 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 (Vargas y Sarmiento, 1998).

⁷⁴ Ley 12 de 1986 y decreto 77 de 1987

⁷⁵ Ley 10 de 1989

⁷⁶ El Situado Fiscal es la principal fuente de financiamiento de la educación primaria, secundaria y de los servicios básicos de salud de las entidades territoriales. Esta transferencia es administrada por los Fondos Educativos Regionales (FER) y por los Servicios Seccionales de Salud.

⁷⁷ Ley 10 de 1990

El sistema descentralizado de salud, en Colombia se estructura en torno a dos componentes fundamentales: aseguramiento y gestión territorial. El aseguramiento busca conseguir la cobertura universal de un plan de beneficios único mediante dos regímenes: contributivo y subsidiado⁷⁸. El componente de gestión territorial implica nuevas atribuciones y funciones en salud para los departamentos y municipios.

El municipio dirige la gestión de salud en el contexto local, regula la operación del aseguramiento mediante la promoción de la demanda y el ordenamiento de la oferta y vigila la calidad de los servicios y su impacto en la situación de la salud de la población. Además es responsable de la identificación de las familias beneficiarias, la afiliación de los más necesitados a una entidad promotora de salud (EPS) y la cotización correspondiente a estos casos a través de un subsidio otorgado por el propio municipio y complementado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Los departamentos son los encargados de coordinar las acciones municipales, participar en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud y dar asistencia técnica a los municipios para facilitar el cumplimiento de sus tareas en esta materia.

El nivel central, además de cofinanciar obras de infraestructura y el aseguramiento subsidiado en los municipios, es responsable del aseguramiento de la atención en salud. Para ello elabora un Plan Obligatorio de Salud (POS) que se complementa con los planes territoriales de asistencia de salud (Plan de Atención Básica) elaborados por los municipios.

El sistema descentralizado de educación colombiano prevé la interrelación de dos entes complementarios: la gestión territorial, cuyo énfasis es el manejo financiero y administrativo, y la gestión escolar, que actúa sobre la unidad escuela, buscando su autonomía.

Los actores involucrados en la gestión territorial son los departamentos y los municipios. El proceso está dirigido a manejar los recursos financieros, humanos y físicos de la educación. Se espera que la gestión territorial sirva de base a la gestión escolar para favorecer la autonomía de los establecimientos educacionales.

⁷⁸ El régimen contributivo es de afiliación obligatoria para quienes perciben ingresos de trabajo iguales o superiores a dos salarios mínimos y sus familias, quienes deben escoger libremente una aseguradora pública o privada (entidad promotora de salud) y cotizar mensualmente un porcentaje de sus ingresos. 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.

En materia de gestión escolar, es responsabilidad de los municipios realizar la planeación pedagógica local en base al programa que el alcalde electo ha sometido al escrutinio de la comunidad, administrar los servicios educativos y asegurar la cobertura universal, mantener la infraestructura de los establecimientos, cofinanciar el transporte estudiantil, crear incentivos para la capacitación de los docentes, crear la Junta Municipal de Educación como ente asesor y conformar el Foro Educativo Comunal como instancia de participación.

Los departamentos tienen la función de efectuar la planificación departamental, financiar el gasto en docentes y vincular a los trabajadores del sector con el estatuto administrativo.

El Ministerio de Educación se orienta hacia la dirección, el diseño técnico, la evaluación y la medición de impacto, quedando exento de las labores de administración y operación. En el ámbito pedagógico, el Ministerio pasa de ser un rector de normas a una entidad asesora técnica cuando su ayuda es solicitada.

Descentralización fiscal

El modelo de descentralización fiscal para la educación y la salud en Colombia corresponde al de Agente/ Principal. Las fuentes de financiamiento para la prestación de los servicios de salud proveniente de los niveles nacional, departamental y municipal se configuran de la siguiente forma (Vargas y Sarmiento, 1998):

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 inversiones en infraestructura y dotación.

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.

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.

La mayor parte de los recursos para salud de los departamentos y los municipios provienen de transferencias desde el nivel central. Los recursos del nivel nacional representan un 17%, los de carácter departamental un 69% y los municipales un 14%. Existen ítems de

gasto obligatorios normados por ley dejando un margen muy estrecho a la libre deliberación de los departamentos y municipios en materia presupuestaria. Los más importantes de estos ítems son:

- El 90% de los recursos del situado fiscal y la totalidad de las rentas cedidas a los departamentos se utilizan como subsidio a la oferta, transfiriéndose a los hospitales bajo el sistema de presupuesto por rubros de gasto. Sin embargo, se espera que progresivamente estos recursos se vayan convirtiendo en subsidios a la demanda.
- El 10% del situado fiscal debe destinarse a actividades de prevención y promoción.
- Los recursos del FOSYGA y el 60% de la parte de salud de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación deben utilizarse exclusivamente como subsidios a la demanda, mediante el pago de las primas del régimen subsidiado a nombre de las personas de bajos ingresos.

En educación el panorama no es muy diferente. El nivel central realiza transferencias a los departamentos (situado fiscal) y a los municipios (ingresos corrientes de la nación). Estas financian cerca del 80%, mientras que el 20% restante es cubierto con recursos generados territorialmente y con fondos de crédito y co-financiación.

Buena parte de los gastos municipales corresponden al pago de la planta de personal (82%) y se financian principalmente vía transferencias del situado fiscal proveniente del departamento. El poder de decisión de los municipios respecto del situado fiscal es muy bajo y depende, fundamentalmente, del poder de negociación que se tenga con el departamento. Los recursos de gestión municipal son básicamente participación en los ingresos corrientes de la nación, co-financiación y otras fuentes, entre las cuales se destacan los ingresos generados localmente.

Balance y resultados

La literatura sobre el proceso de descentralización de la salud y la educación es bastante crítica respecto de sus resultados. Siguiendo a Vargas y Sarmiento (1998), los principales problemas por sector son:

Salud

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 a la demanda se realiza con fuentes nuevas de recursos y no con los ya existentes, que se dirigieron a las mismas áreas donde lo habían hecho siempre.

El examen conjunto de los subsidios a la oferta y a la demanda per cápita muestra que se produce inequidad e insuficiencia de las transferencias de recursos a las entidades territoriales. 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. Así, la reforma exige un proceso acelerado de conversión de subsidios para garantizar el aseguramiento (subsidio a la demanda).

Otro problema es que se observan inequidades en el acceso al aseguramiento subsidiado. En cada municipio, la población pobre identificada como beneficiaria por el régimen subsidiado está efectivamente afiliada, mientras que aquel sector de la población que no califica de extremadamente pobre pero que carece de recursos suficientes para afiliarse al sistema privado, queda formalmente excluida del sistema aunque igualmente se atiende en él sin realizar ningún tipo de copago. Esta situación es inequitativa y políticamente no sustentable en el nivel local, lo que le resta credibilidad al sistema de salud, estimula la corrupción y exige mantener los subsidios a la oferta y las estructuras tradicionales, para atender a los excluidos.

El sistema de seguridad social colombiano combina un régimen contributivo para quienes tienen capacidad de cotizar y uno subsidiado para quienes no pueden hacerlo. Por una mala interpretación de la norma, las personas que se encuentran en un nivel de ingresos intermedio quedan fuera de ambos regímenes, estableciéndose 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%. Como no existe identificación de las personas de este estrato, en la práctica todos los demandantes de servicios se aceptan bajo esta norma, y la mayoría son eximidos parcial o totalmente del copago, lo que tiene consecuencias destructivas para el 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.

Educación

El principal problema de la asignación descentralizada de recursos para educación en el actual modelo es que se rige por el costo de los insumos y no por el resultado logrado en términos educativos. El situado fiscal paga la nómina de docentes establecida en 1992 sin mayor cuestionamiento, trayendo una distribución de recursos entre los departamentos inequitativa y una también injusta distribución de docentes entre los municipios. Por su parte, las fórmulas de transferencias aparecen como complejas y poco transparentes, no actuando como incentivos para el logro de la eficiencia en la prestación del servicio educativo. También han existido problemas por la insuficiente separación de las fuentes de financiamiento y la poca claridad existente respecto al uso de cada una. Por su parte, se critica

el acceso indiscriminado al crédito por parte de los municipios, los cuales han demostrado irresponsabilidad y una escasa racionalidad en la administración de recursos.

Existe dispersión de competencias, pues no hay un responsable del proceso educativo en su totalidad en ninguno de los niveles de administración del estado. A ello debe añadirse el mantenimiento de algunas funciones administrativas centralizadas, al contrario de lo que establece el modelo y sus recomendaciones técnicas.

Mientras los niveles nacionales, departamentales y municipales se disputan el poder de nombrar docentes, las instituciones escolares continúan siendo objeto de manipulación externa y no desarrollan capacidades para establecer la organización prevista en las normas descentralizadoras.

BOLIVIA

Los procesos de descentralización de los sectores de educación y salud se enmarcan en el contexto más amplio de descentralización del Estado, que se guía por las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa.

Por medio de la Ley de Descentralización Administrativa se transfiere a los departamentos responsabilidades de planificación de los servicios educativos y de supervisión, administración y control de los recursos humanos en educación y salud.

La Ley de Participación Popular establece, conjuntamente con los recursos y sus mecanismos de asignación, el traspaso de la infraestructura física de educación a los municipios que son los encargados de la operación de los servicios educativos y de los gastos de inversión. Además, se transfiere 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, las responsabilidades ligadas al mantenimiento de esa infraestructura, su equipamiento y la provisión de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.

En el caso de la educación el proceso se apoyó en la Ley de Reforma Educativa, de julio de 1994, que formaliza los aspectos interculturales, multilingüísticos, universales y participativos de la educación boliviana y establece la estructura desconcentrada de administración del sistema⁷⁹.

⁷⁹ Ley 1565 de 1994

En materia de salud el proceso se consolida el año 1996, con el Decreto Supremo 24.237 del nuevo modelo sanitario, que crea el Sistema Público de Salud, Descentralizado y Participativo. Este nuevo modelo establece las responsabilidades particulares de la salud de todos los actores en la provisión de servicios y los mecanismos de gestión compartida para el sector.

La descentralización de la educación y la salud en Bolivia combina rasgos de desconcentración o descentralización administrativa, dados por el traspaso de atribuciones a instituciones intermedias de la administración del Estado, con ciertos rasgos de descentralización democrática, en la medida en que se asignan a la sociedad civil capacidades institucionalizadas de participación y control de la gestión pública.

El nivel central, por intermedio del Ministerio de Desarrollo Humano, se hace cargo del diseño, la supervisión y la evaluación de la política en los sectores de salud y educación. Los departamentos comparten con los municipios la responsabilidad en la provisión de los servicios y tienen a su cargo la administración, supervisión y control de los recursos humanos. El municipio tiene bajo su responsabilidad la infraestructura.

La distribución más detallada de funciones de los niveles subnacionales según sector es la siguiente:

La conducción de los sistemas de educación y salud está a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano, a través de la Secretaría Nacional de Educación (SNE) y de la Secretaría Nacional de Salud Pública (SNSP), respectivamente. La función principal de la SNE es proponer la política de educación, además de supervisar y evaluar su cumplimiento. La SNSP tiene a su cargo la conducción del sistema de salud y la definición de políticas y normas técnicas. Realiza parte importante del financiamiento del sector, a través de las prefecturas, costeadando las remuneraciones del personal médico y auxiliar de salud. Por ultimo, debe establecer los parámetros que rigen la calidad de la oferta de salud.

En el caso de educación, el nivel departamental es responsable de la planificación de los servicios educativos, la administración de los recursos humanos y el funcionamiento del sistema educativo nacional. El Director Departamental de Educación es el encargado de planificar la gestión educativa, elaborar el presupuesto y dirigir su ejecución. Además debe reforzar técnicamente a las escuelas.

A nivel local las entidades que cumplen funciones dentro del entramado del sistema son la Dirección Distrital de Educación y el Gobierno municipal. El primero se encarga de la provisión de los servicios de educación, supervisa el buen funcionamiento de las escuelas, presenta los requerimientos de las escuelas al municipio para su inscripción en los Planes Anuales Operativos Municipales y vigila la ejecución de estos. Los gobiernos municipales son los encargados de asegurar la provisión adecuada de infraestructura educativa, equipamiento, materiales e insumos escolares.

Por su parte, los órganos de participación popular –consejos educativos nacionales y departamentales, juntas escolares y distritales– tienen tareas importantes relacionadas con la identificación de las necesidades y requerimientos de la o las escuelas de su jurisdicción, el control de los recursos y funcionamiento del sistema, y la evaluación de la gestión educativa (Ruiz- Mier y Guissani, 1997).

En el caso de la salud los niveles subnacionales (departamentos y municipios) tienen a su cargo la provisión y gestión de los servicios públicos de salud. El mecanismo para hacer operativo el sistema, reuniendo y coordinando a los distintos niveles, es conocido como gestión compartida con participación popular. Este mecanismo está institucionalizado en el nivel municipal a través del Directorio Local de Salud (DILOS), organismo en el que los representantes del alcalde, el director departamental de salud y el comité de vigilancia, en representación de la población organizada, administran conjuntamente la salud en su área de jurisdicción. Las funciones básicas del DILOS son: proponer al gobierno municipal el presupuesto de salud para el municipio, gestionar la asignación de personal, supervisar y coordinar la elaboración del presupuesto de centros de salud; proponer y gestionar la suscripción de convenios de provisión de servicios de salud, proponer el presupuesto de inversión en salud y establecer un marco normativo para el sector.

Los gobiernos municipales también son responsables del financiamiento de las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales de apoyo de segundo y tercer nivel.

Descentralización fiscal

El caso boliviano, en educación y salud, se ajusta a lo que conocemos como modelo de Agente/ Principal. El financiamiento proviene del nivel central en una proporción cercana al 90%, en el caso del sistema educativo y en un 85% en el caso de la salud. Estos recursos se destinan, casi íntegramente al pago de salarios, misión que realizan administrativamente los departamentos. Los recursos restantes son puestos casi en su totalidad por el nivel municipal y surgen de fondos de co- participación y de recursos de generación local. En este marco, vemos que se ha descentralizado solo el 10% del gasto educativo y cerca del 15% del gasto en salud, existiendo un estrecho margen de decisión presupuestaria de los niveles subnacionales, básicamente por que los recursos transferidos del nivel central deben destinarse al pago de salarios.

Balance y resultados

Los principales resultados y problemas del proceso de descentralización de los servicios de educación y salud, siguiendo la línea de Ruiz Meir y Guissani (1998), son los siguientes:

A pesar de la orientación participativa que se ha querido dar al proceso de descentralización, este ha significado fundamentalmente un proceso de desconcentración de algunas de las funciones del gobierno central. Por su parte, los municipios no han asumido con rapidez y profundidad suficiente las labores que se les han otorgado.

Se verifica el funcionamiento aislado de los diferentes niveles subnacionales, sin lograr articular sus políticas ni coordinar sus acciones. Esto genera duplicación de esfuerzos, gasto de recursos financieros y dispersión del alcance de las reformas estructurales.

Para el caso específico de educación, se constata una falta de conocimiento por parte de los municipios, así como de otras instituciones e instancias gubernamentales y de la sociedad civil, de los objetivos, características, normas y lineamientos operativos de la Reforma Educativa de 1994 y del proceso de descentralización. Esto dificulta la ejecución de actividades de la reforma educacional y limita el compromiso de los actores con su labor en el proceso educativo.

ANEXO 3: ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PAÍSES CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

Cuadro 1: Indicadores de Crecimiento y Desarrollo Humano en 6 países de América Latina

	PIB por habitante (dólares 1995)			Crecimiento porcentual del PIB		Indicador de Desarrollo Humano		
	1990	1999	2002	1999	2002	1990	2000	2002
Brasil	3.859	4.217	4.340	9.3 e/	2.9 f/	0.714 (medio)	0.771 (medio)	0.775 (medio)
Argentina	5.545	7.435	6.055	34.1 e/	-18.6 f/	0.810 (alto)	0.854 (alto)	0.853 (alto)
México	3.925 a/	4.484 b/	4.690	14.2 g/	4.5 h/	0.761 (medio)	0.800 (alto)	0.802 (alto)
Chile	3.779	5.631	5.952	49.0 e/	5.7 f/	0.784 (medio)	0.835 (alto)	0.839 (alto)
Colombia	2.158 c/	2.272	2.277	5.3 i/	0.2 f/	0.727 (medio)	0.771 (medio)	0.773 (medio)
Bolivia	804	941 d/	938	17.0 j/	-1.0 f/	0.603 (medio)	0.670 (medio)	0.703 (medio)

*Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares (PIB) y PNUD (IDH)

a/ Valor año 1989, b/ Valor año 1998, c/ Valor año 1991, d/ Valor año 1995, e/ Crecimiento porcentual 1990-1999, f/ Crecimiento porcentual 1999-2002, g/ Crecimiento porcentual 1989-1998, h/ Crecimiento porcentual 1998-2002, i / Crecimiento porcentual 1991-1999, j/ Crecimiento porcentual 1989-1999.

Cuadro 2: Indicadores de Pobreza y Desigualdad en 6 países de América Latina

	Población bajo la línea de indigencia (%)			Población bajo la línea de pobreza (%)			Población no pobre (%)			Desigualdad (coeficiente de Gini)		
	1989/1990	1996/1997	2000/2001	1989/1990	1997/1998	2000/2001	1989/1990	1997/1998	2000/2001	1989/1990	1997/1998	2000/2001
Brasil	23.4	13.9	13.2	48.0	35.8	37.5	52.0	64.2	62.5	0.62	0.63	0.64
Argentina	5.2	4.8	18.6	21.2	17.8	41.5	79.8	82.2	58.5	0.5	0.53	0.6
México	18.8	18.5 a/	12.6	47.8	46.5 a/	39.4	52.2	53.5 a/	60.6	0.53	0.53 a/	0.51
Chile	12.9	5.7	5.7	38.6	23.2	20.6	61.4	76.8	79.4	0.55	0.55	0.56
Colombia	26.1 a/	23.5	26.8 b/	56.1 a/	50.9	54.9 b/	43.9 a/	49.1	45.1 b/	0.6 c/	0.56	0.57 d/
Bolivia	-	36.5	37.1	-	60.6	62.4	-	59.4	37.6	0.54	0.6	0.61

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares
A/ dato para 1998, b/ Dato para 1991, c/ Dato para 1999, d/ Dato para 1994, e/ Dato para 2002.

Cuadro 3: Indicadores sociales de desarrollo en 6 países de América Latina

	Esperanza de vida al nacer (numero de años)		Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1000 nacidos vivos)		Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más (porcentaje de la población en ese tramo de edad)	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Brasil	66.4	67.9	47.2	42.2	18.0	13.1
Argentina	72.1	73.1	24.3	21.8	4.3	3.2
México	71.5	72.4	34.0	31.0	12.7	8.8
Chile	74.4	75.2	14.5	11.8	6.0	4.2
Colombia	68.6	70.7	35.2	30.3	11.6	8.4
Bolivia	59.3	61.4	75.1	66.7	21.9	14.6

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares.

Cuadro 4: Gasto Público Social en 6 países de América Latina*

	1990/91			2000/2001		
	Total**	Salud	Educación	Total**	Salud	Educación
Brasil	48.9	9.6	9.9	61.6	9.9	12.2
Argentina	62.2	14.0	11.6	62.4	14.3	14.6
México	40.8	18.6	16.4	61.5	11.6	25.6
Chile	60.8	9.6	12.0	69.7	12.3	17.7
Colombia	28.8	4.2	11.5	33.5	10.5	9.6

Bolivia	-	-	-	60.4	12.5	21.8
---------	---	---	---	------	------	------

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares.

* El gasto público social aparece expresado como % del gasto público

** El gasto público social se compone del gasto asignado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 5: Gasto Público Social en Brasil (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total **	18.1	48.9	19.3	58.2	18.8	61.6
Salud	3.6	9.6	3.4	10.1	3.0	9.9
Educación	3.7	9.9	4.6	13.7	3.8	12.2
Asistencia	9.2	-	11.0	-	11.8	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 6: Gasto Público Social en Argentina (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total **	19.3	62.2	21.1	65.6	21.6	62.4
Salud	4.3	14.0	5.0	15.3	5.0	14.3
Educación	3.6	11.6	4.2	13.1	5.0	14.6
Asistencia	9.2	-	8.9	-	9.2	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 7: Gasto Público Social en México (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total **	6.5	40.8	8.8	52.4	9.8	61.5
Salud	3.0	18.6	2.4	14.0	1.9	11.6
Educación	2.6	16.4	3.8	23.0	4.1	25.6
Asistencia	0.2	-	1.8	-	2.8	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Gasto público social en Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 8: Gasto Público Social en Chile (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total**	11.7	60.8	12.3	64.8	16.0	69.7
Salud	1.9	9.6	2.2	11.8	2.8	12.3
Educación	2.4	12.0	2.7	14.1	4.1	17.7
Asistencia	6.4	-	6.1	-	7.4	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 9: Gasto Público Social en Colombia (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total**	6.8	28.8	11.5	39.9	13.6	33.5
Salud	1.0	4.2	2.9	10.1	4.3	10.5
Educación	2.7	11.5	3.4	11.6	3.9	9.6
Asistencia	2.5	-	6.1	-	4.4	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

Cuadro 10: Gasto Público Social en Bolivia (1990-2001)

Gasto Público Social	1990/91		1994/95*		2000/01	
	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público	% PIB	% Gasto Público
Total**	-	-	12.4	47.3	17.9	60.4
Salud	-	-	3.1	12.0	3.7	12.5
Educación	-	-	5.3	20.2	6.5	21.8
Asistencia	-	-	2.8	-	4.6	-

Fuente: Elaboración propia en base a información de CEPAL sobre la base de tabulaciones especiales de la encuesta de hogares.

*Datos para periodo 1994/95 excepto para Asistencia que corresponde al periodo 1996/97.

** El gasto público social total se compone del gasto destinado a salud, educación, asistencia (seguridad social) y vivienda.

