

El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada*

Sergio Galilea Ocón y Leonardo Letelier Saavedra

I. Introducción

Si bien es abundante la literatura sobre aspectos generales de la descentralización, poco se ha discutido acerca de los méritos de la misma en torno a servicios específicos del Estado. Siguiendo la parábola de Oates (2008) sobre la “segunda generación” en la teoría del Federalismo Fiscal, podríamos decir que una “tercera generación” debiese focalizar su atención en las diferencias entre tipos de bienes públicos, en orden a avanzar hacia lineamientos concretos sobre descentralización, mostrando los beneficios de la misma en algunos casos, y destacando sus debilidades en otros.

El énfasis de este trabajo está en la identificación de los conflictos institucionales, entendidos estos en su dimensión normativa, y las dificultades de gestión resultantes de la asignación de competencias entre niveles de gobierno. Se plantea que si bien la descentralización, tanto en materia fiscal como en lo referente a la asignación de competencias administrativas entre niveles de gobierno, supone articular diversos problemas comunes e independientes del país en que se implementan, exige atender cuestiones idiosincráticas imposibles de omitir, las cuales son propias del país en cuestión y del servicio específico que se desea descentralizar. En dicho contexto, se ha combinado la experiencia de cinco países latinoamericanos, a través de los cuales se miran los casos de la educación y la salud. Los países elegidos son diversos, si bien su comparación transversal permite ilustrar sus propias semejanzas y extraer lecciones a partir de su diversidad. Estos son México y Brasil por ser países federales grandes, un país unitario pequeño como Costa Rica, y dos países unitarios grandes como son Colombia y Chile. La metodología de análisis combina la revisión de la normativa vigente con los antecedentes bibliográficos disponibles y la experiencia de expertos nacionales en cada uno de los casos.

El resto de este estudio está organizado como sigue. La sección II describe sucintamente el marco teórico en el cual se desenvuelve el debate moderno sobre descentralización. La sección III aborda el panorama general que describe la situación de los cinco países elegidos en el tema objeto de este trabajo. La sección IV revisa por separado los casos de la salud y de la educación. La sección V rescata los aspectos en común de cada experiencia, y describe las lecciones más significativas.

II. Teoría y evidencia empírica en una perspectiva global

El tema que nos ocupa supone dilucidar la importante cuestión respecto de cuáles funciones del Estado, y en qué particulares circunstancias, deben ser descentralizadas. Una pregunta complementaria en este mismo análisis, y de la cual este trabajo también se hace cargo, es el grado de tal descentralización. Cada función del Estado admite múltiples matices, y en ellos convergen factores diversos relativos al país en cuestión y a la tecnología relevante para producir un servicio o bien público específico.

La constatación práctica de los hechos muestra que, en efecto, existe un patrón sistemático en el grado de autonomía usualmente concedida a los niveles subnacionales para administrar tales funciones específicas (Hooghe y Marks, 2009). Si bien la propia existencia de niveles diferentes de gobierno al interior del Estado-nación y la asignación de competencias diferentes entre ellos se entiende en razón de la utilización eficiente de la información necesaria para una buena gestión pública, este argumento general admite consideraciones particulares para los casos de la salud, la educación o cualquier otro servicio público en particular. La gestión local o regional de los servicios no es “*per se*” de beneficio y conveniencia social, sino en la medida que se articula eficientemente con el nivel central y es capaz de

Recibido: 16-11-2012. Aceptado: 10-01-2013.

* Este documento fue preparado en el marco del proyecto CEPAL/GIZ: “Descentralización y Buen Gobierno. Componente 1: Buena Gobernanza”, ejecutado por CEPAL en conjunto con la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ).

mostrar resultados eficaces en la calidad de vida y la participación ciudadana.

Aunque la problemática planteada ha recibido cierta atención en la literatura, el grueso de los aportes sobre la materia ha omitido la dimensión específica del problema, concentrándose en argumentos generales que justifican o previenen sobre los costos de conceder más autonomía política, normativa o fiscal a los niveles descentralizados de gobierno. Desde la perspectiva normativa (Musgrave, 1958) hasta los aportes más recientes basados en el reconocimiento de una “economía política de la descentralización” (Lockwood, 2006), las bases teóricas que dan sustento teórico a la descentralización han experimentado cambios importantes. Si bien se ha concedido cierta atención a las razones que justifican las diferencias en los grados de descentralización entre países, poco se ha hablado sobre las diferencias en el grado de descentralización al interior de las propias funciones de gobierno, entre las cuales existen obvias diferencias en cuanto a su naturaleza, tecnología de producción y otros elementos específicos.

La evidencia empírica disponible ha intentado abandonar el concepto general de descentralización a fin de explorar sus implicancias en ciertos servicios esenciales mediante el uso de bases de datos representativas de grupos de países, en las cuales el grueso de tal evidencia es favorable a la hipótesis de que la descentralización mejora la eficiencia o la calidad del servicio en la provisión de salud y educación (*i.e.* Letelier, 2012). Una aproximación más profunda al tema utiliza bases de datos nacionales que combinan la experiencia de aquellos gobiernos subnacionales que poseen más autonomía fiscal con el de aquellas jurisdicciones menos autónomas. Entre estos últimos trabajos se encuentran los de Barankay y Lockwood (2007) sobre la educación en Suiza, de Habibi ...[et al] (2003) para Argentina, y de Faguet y Sánchez (2009) para Colombia, entre otros, los cuales también son bastante favorables a la descentralización. Más controvertido es el intento de asimilar la descentralización con la transferencia directa de competencias y recursos públicos a la sociedad civil organizada, figura esta última que ha tenido cierto desarrollo en el marco de los colegios autogestionados en países como Guatemala y El Salvador (Mansuri y Rao, 2004; Bruns ...[et al], 2011).

Podemos pensar en una tercera vía de análisis con un énfasis especial en la descripción de las instituciones (normas) que dan forma a la descentralización, y que a la vez generan incentivos específicos hacia una mejor (peor) gestión pública. Diversos aportes en esta dirección han arrojado importantes antecedentes en torno a facetas puntuales del proceso de delegación de competencias entre niveles de gobierno, permitiendo comprender mejor la propia economía política de la descentralización (Falleti, 2005) o las falencias de la normativa vigente (Arredondo y Orozco, 2006; Letelier, 2008b; Collins ...[et al], 2000). Necesariamente, dicho análisis es más cualitativo e intenta relacionar las propias instituciones con aspectos puntuales en torno al proceso de implementación de las políticas de descentralización. Curiosamente, este grupo de estudios es menos favorable a la descentralización, aun cuando las recomendaciones que se desprenden ponen de relieve aspectos muy específicos de la gestión en educación o salud (Bossert ...[et al], 2007; Lakshminarayanan, 2003; Kristiansen y Santoso, 2006), donde la delegación de competencias no sería siempre la mejor forma de fortalecer la calidad del servicio.

Este estudio se inscribe en esta última categoría, toda vez que analiza el marco institucional de la descentralización, evalúa su desempeño en forma amplia y desprende conclusiones cuya validez se encuentra condicionada por múltiples elementos de contexto. Bajo el concepto general de descentralización se incluyen diversos componentes o “dimensiones”. Una primera es aquella que define el marco normativo del problema, ámbito en el cual interviene la propia constitución de la república, las leyes correspondientes y, por cierto, los respectivos reglamentos. La construcción de una tipología que permita diferenciar entre casos particulares es un desafío mayor, toda vez que las normas que asignan tales competencias admiten a su vez múltiples énfasis y variados contenidos. Ello excede con mucho la mera condición “federal” (versus “no federal”) del país en cuestión (Bird y Vaillancourt, 1998), y es el fruto de factores históricos (Veliz, 1980), económicos y sociales (Panizza, 1999; Letelier,

2005). Una segunda dimensión es aquella usualmente identificada como “descentralización fiscal” (DF). Esta responde a la necesidad de cuantificar los recursos comprometidos en el marco institucional antes definido.

III. Panorama general

Más allá de su condición federal en los casos de México y Brasil, o unitario respecto de los restantes países, cada caso posee rasgos propios que es importante mencionar. Sin duda, Costa Rica es el país más centralizado de los cinco casos seleccionados. Ello no solo es válido desde el punto de vista fiscal, sino también desde la perspectiva puramente normativa. No obstante lo anterior, Costa Rica posee una estructura administrativa muy particular, la cual recoge elementos propios de la descentralización, si bien lo hace en el marco de lo que suele denominarse “desconcentración”. La Constitución de Costa Rica reconoce provincias, cantones y distritos, entre los cuales los segundos poseen autoridades libremente elegidas. Un intento de introducir elementos de planificación del desarrollo llevó al establecimiento de “regiones” en 1970, instancia que ha perdido peso relativo. Actualmente existen ocho regiones, las cuales tienen un objetivo puramente administrativo. Sin embargo, no es a los gobiernos subnacionales a los que se les han delegado competencias y recursos. Los propios ministerios han potenciado una forma de desconcentración específica, que se expresa en los llamados órganos adscritos, los cuales tienen reconocimiento constitucional bajo el nombre de “Instituciones Autónomas” (Letelier, 2008b; Galilea ...[et al], 2011). Una figura paralela corresponde a las “instituciones semiautónomas”, las cuales -a diferencia de las propiamente autónomas-, solo requieren de mayoría simple en el parlamento para ser creadas y no gozan de rango constitucional. La descentralización hacia los niveles subnacionales encuentra una clara sentencia en la propia Constitución, la cual consagra la autonomía municipal y establece la necesidad de asignar funciones específicas a los municipios (Art. 170). Estos operan en un marco normativo muy amplio que data de 1998, el cual solo define competencias generales. Si bien, por una parte, ello limita la apropiación de ciertas funciones por parte del municipio, permite también que este pueda intervenir en todo aquello que estime razonable.

Entre los países del estudio, Chile es sin duda un país muy centralizado en la región (OECD, 2009; Galilea ...[et al], 2011). La estructura de competencias vigente posee dos vertientes que merecen mención independiente. Por una parte, la autonomía de los municipios experimentó un cambio sustantivo a inicios de los 80, con la transferencia a este nivel de gobierno de la educación escolar pública y la salud primaria. Desde entonces, solo se han introducido modificaciones menores. Por la otra, la institucionalidad que concede carácter de “gobierno” al nivel regional (nivel intermedio de gobierno) tiene su origen en la Ley de Administración y Gobierno Regional del año 1993, en virtud de la cual se asignaron competencias concretas a las regiones. De ellas, la acción más importante de este nivel de gobierno es la jerarquización de los proyectos de inversión regional en función de las preferencias regionales definidas por el llamado Consejo Regional, el cual es elegido indirectamente por los concejos municipales de la región. De acuerdo a una reforma constitucional aprobada en el 2009, este órgano colegiado será elegido en forma directa, diferenciándose al presidente de dicho consejo -elegido por los mismos consejeros electos entre uno de sus miembros- del actual intendente, el cual continuará siendo designado por el presidente de la República. La descentralización ha sido en Chile un tema más bien ausente del debate político, y en el cual los avances han sido tímidos. Un factor que probablemente colabora en este fenómeno es la percepción de que cualquier innovación importante sobre la materia puede poner en riesgo las metas de equilibrio fiscal, sobre las cuales Chile ha capitalizado importantes beneficios políticos y comerciales, entre los que se cuenta su reciente incorporación a la OCDE.

A diferencia de Chile y Costa Rica, Colombia ha registrado un significativo esfuerzo descentralizador, el cual tiene sus orígenes en los años 80, cuando la amenaza de la guerrilla se

presentó como un obstáculo a la vigencia del imperio de la ley y puso en juego la propia existencia del Estado de derecho al interior del país. Luego, la Constitución de 1991 representó un fuerte impulso hacia el reconocimiento del país como un “Estado descentralizado” y el fortalecimiento de los departamentos en su papel de entidades coordinadoras y complementarias de la acción municipal. No obstante la mención sobre el particular, y habida cuenta de la evidente amplitud del mandato constitucional en dicha materia, la carta fundamental señala que una “ley orgánica de ordenamiento territorial establecerá la distribución de competencias entre la Nación y las entidades territoriales”. Dicha norma general está aún pendiente. Mientras que las autoridades municipales son libremente elegidas desde 1988, lo propio sucede con las autoridades departamentales a partir de 1993. En lo referente a los municipios, sus funciones están igualmente sujetas a la Ley de Ordenamiento Territorial antes mencionada. Sin embargo, diversas funciones particulares de este nivel de gobierno ya han sido definidas en leyes específicas y en la propia Constitución. Es interesante constatar que el Art. 320 de la Constitución permite la creación de municipios con diferentes categorías. Al igual que los departamentos, los municipios contiguos que tengan una fuerte vinculación económica y social pueden constituirse en “Áreas Metropolitanas”, las cuales tendrán una cobertura territorial más amplia. Una excepción a la regla general es la figura del Distrito Especial, estatus jurídico que define los casos de la capital (Bogotá), Cartagena de Indias, Barranquilla, Santa Marta, Cúcuta, Tunja, Buenaventura, Tumaco y Turbo. Cada uno de ellos posee un carácter distrital específico. A diferencia de los municipios, los distritos operan -al menos potencialmente- fuera del marco legal municipal, estando sujetos a una normativa propia, la cual puede concederles atribuciones especiales en materias específicas. También son excepciones las entidades territoriales indígenas, cuya delimitación es una facultad del Gobierno Nacional. En este caso, las autoridades a cargo deben ser elegidas según usos y costumbres de su comunidad en un contexto de resguardo por la propiedad colectiva y “no enajenable” (Art. 329). Otro aspecto de interés, y que diferencia a Colombia de los casos de Chile y Costa Rica, es la concesión de presupuesto propio a los departamentos, lo cual representa un importante componente de autonomía en el uso de los recursos fiscales.

México, por su parte, si bien es un país constitucionalmente federal, conserva muchos rasgos de centralismo que lo hacen muy particular. No obstante la adhesión al principio de igualdad normativa de todas las entidades de la federación, la práctica dista notablemente de respetar tal principio. Ello no solo por la diferencia de recursos públicos entre los estados (y municipios), sino también por la vaguedad de las normas que asignan competencias y la interpretación de las llamadas “competencias implícitas”. Aunque la Constitución distingue los ámbitos competenciales de los niveles estatales, municipales y del Distrito Federal, amplifica dicho ámbito mediante una “cláusula residual”, a lo cual se suman las competencias “implícitas” y las competencias concurrentes. Por ejemplo, el Congreso Federal tiene entre sus competencias la de “expedir todas aquellas leyes que sean necesarias para hacer efectivas las competencias del órgano” (Cerdio, 2008), lo cual en la práctica amplía considerablemente el ámbito competencial federal. Cabe mencionar que los casos de la salud y la educación son explícitamente considerados como competencias concurrentes por la Constitución, lo cual supone que la responsabilidad de su gestión es compartida por los distintos niveles de gobierno. Los cambios recientes de más significación en lo que a descentralización se refiere tienen un acento marcadamente fiscal, y se remontan a la implementación del Sistema Nacional de Coordinación Fiscal de 1980, el cual, si bien incrementó los recursos finalmente disponibles para los estados, concentró la recaudación tributaria en manos del nivel federal y, a partir de los años 90, exhibió un patrón de creciente descentralización del gasto (Sobarzo, 2008).

Finalmente, Brasil es la única federación latinoamericana que posee cierta similitud con sus pares entre naciones desarrolladas. Un avance radical hacia la descentralización fiscal y la transferencia efectiva de competencias hacia los estados y municipios tuvo lugar luego de la promulgación de la Constitución de 1988 (Serra y Alfonso, 2007). Cabe señalar que el sello de esta reforma estuvo

centrado en políticas sociales y en el área fiscal, ámbito en el cual los gobiernos subnacionales -y muy en particular los municipios- experimentaron un significativo aumento de sus recursos *vis a vis* el nivel federal. En el conjunto de los servicios esenciales se observan importantes avances institucionales, legales y presupuestarios pro descentralizadores en años recientes. Este es el caso del Sistema Único de Salud (SUS) (Piola ...[et al], 2002; World Bank, 2007); el impulso al fomento y el emprendimiento productivo regional y local (BNDES, 2005; Costa, 2006); los esfuerzos educativos federales, estatales y locales (Demo, 2009; Castro y Ribeiro, 2009), y otras innovaciones en materia de seguridad ciudadana (Ferreira y Fontoura, 2008; Soares, 2007) y recolección y tratamiento de desechos domiciliarios (Ministério do Meio Ambiente e IPEA, 2010).

IV. Competencias en servicios de salud y de educación

El caso de la salud

Chile

Puede decirse que Chile es “descentralizado” en la gestión de la salud primaria, y más bien “desconcentrado” en lo relativo al resto de las prestaciones. Un punto de corte fundamental fue la llamada municipalización de la salud primaria iniciada en 1980, en virtud de la cual los centros de atención respectivos (consultorios) fueron entregados a los municipios para su administración. Para tal efecto, los municipios crearon unidades administrativas especiales. Una figura de interés en la administración de los consultorios es la de las llamadas Corporaciones Municipales. Estas se constituyeron en entidades privadas que, al no tener los obstáculos burocráticos de los municipios, podían combinar los beneficios de la gestión y de los propios aportes privados, con el financiamiento público general (Letelier, 2008b). Sin embargo, un dictamen del Tribunal Constitucional limitó el proceso de conformación de dichas corporaciones, llegándose solo a constituir 53 en el marco de los 345 municipios actuales.

Al igual que en educación, ello trajo consigo importantes diferencias entre municipios, toda vez que estos últimos hacen aportes propios al financiamiento, lo cual se suma a la transferencia “per cápita” realizada por el gobierno central. Dado que no todos los municipios hacen aportes equivalentes, esto es conducente a marcadas diferencias en los recursos netos efectivamente gastados por beneficiario (Galilea ...[et al], 2011). Ello se expresa también en la calidad del personal involucrado, y en la misma capacidad y liderazgo de cada gobierno local. En algunas oportunidades, grupos de municipios asociados, más la cooperación especializada del sector salud del nivel central, han logrado algunos éxitos relevantes. Esto da cuenta también de ciertos “tamaños óptimos” para la entrega eficaz de dichos servicios, hecho que se vincula con ámbitos específicos del sector, como la capacidad de adquirir insumos a precios satisfactorios o contratar personal competente.

El resto de las prestaciones de salud pública se canaliza a través de los llamados “Servicios de Salud”, los cuales administran hospitales pertenecientes al llamado Sistema Nacional de Salud (SNS). En la práctica, este esquema se asemeja a un modelo desconcentrado en el cual dichos servicios están a cargo de un funcionario nominado por el Ministerio de Salud. Cada servicio administra un cierto número de hospitales y posee cierta autonomía de gestión. De hecho, el compromiso de cada uno de los 25 servicios, en el marco de los objetivos y políticas de salud definidos por el nivel central, es supervisado por un representante regional del Ministerio de Salud denominado Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud).

Costa Rica

También en este ámbito, Costa Rica posee una estructura desconcentrada, si bien políticamente concentrada en el gobierno nacional. La “Constitución del Sector Público de Salud” de Costa Rica tiene un referente muy importante en el Decreto Ejecutivo 14313 del mismo nombre, el cual regula y

estructura su organización. La Ley General de Salud (Ley 5395) es expresa en señalar, en su Art. 2, que corresponderá al Ministerio de Salubridad Pública la función de “definir la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley”. La misma norma consagra también el “derecho” a las prestaciones de salud. Dicho ministerio tiene potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias y define las potestades (competencias) de los actores y entidades involucradas en el sector. Incluyendo al propio Ministerio de Salubridad, son siete los organismos explícitamente mencionados en el Decreto de Constitución del Sector Público de Salud. Sin embargo, el propio Decreto señala que también son parte del sector los otros organismos designados por el ejecutivo en esta función.

Desde el punto de vista financiero, el organismo con mayor protagonismo es la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a la cual le corresponde el “gobierno y la administración de los seguros sociales” que financian la salud pública. El Art. 1 de la Ley 17, que crea a la CCSS, le concede a esta gran poder respecto del propio nivel central, al señalar que dicha institución autónoma “no está sometida ni podrá estarlo a órdenes, instrucciones, circulares ni directrices emanadas del Poder Ejecutivo o la Autoridad Presupuestaria, en materia de gobierno y administración de dichos seguros, sus fondos ni reservas”. El Art. 24 de la misma Ley establece el origen de los recursos que financian tales seguros, indicando que a ello contribuyen los trabajadores, los empleadores y el Estado. Una labor paralela, aunque centrada en las enfermedades o accidentes laborales, cumple el Instituto Nacional de Seguros (INS).

En el ámbito de la información y la promoción de estudios sobre recursos hídricos y asuntos medioambientales se encuentra el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Por otra parte, nacido como un organismo destinado a la prevención del alcoholismo, el actual Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), creado oficialmente en 1982, tiene actualmente como objetivo (Ley 8289) “la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines”. En una labor de apoyo a la investigación sobre el tema y de prevención de problemas prioritarios de salud se encuentra el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) (Ley 6088, de 1977). Este se define como un organismo “responsable de dirigir, conducir y ejecutar investigaciones en materia de salud y participar en los procesos de vigilancia epidemiológica y enseñanza, en concordancia con las prioridades del país”. Una labor semejante, aunque más amplia y de orientación más académica, le corresponde al Instituto de Investigación en Salud de la Universidad de Costa Rica (INISA).

Colombia

También en salud, la experiencia de Colombia está marcada por diversas reformas que tomaron especial fuerza a inicios de los años 90. En este sentido, el alcance de las mismas puede apreciarse mejor si se considera la situación previa a 1990. El sistema de salud estaba entonces basado en tres pilares básicos. El primero, y relativamente más importante, era el llamado Sistema de Seguridad Social, el cual daba atención en forma independiente a los funcionarios públicos y a los empleados del sector privado. En ambos casos, el financiamiento provenía de un descuento sobre el salario bruto de los afiliados. Quienes no estaban cubiertos por el Sistema de Seguridad Social y no tenían ingreso suficiente para atenderse por el sector privado, estaban cubiertos por la red de centros y hospitales del sector público. El financiamiento provenía de los departamentos, a través de una transferencia del gobierno central conocida como el “Situado Fiscal”, y del propio aporte de los departamentos. Un diagnóstico genéricamente compartido en torno a la calidad, equidad y eficiencia de la institucionalidad referida, indica que los tres pilares señalados operaban en forma desarticulada y con un alto grado de

segmentación al interior de la población atendida (Santa María ...[et al], 2009).

Un cambio institucional de gran trascendencia fue la promulgación de la llamada Ley 10 de 1990, la cual entregó formalmente a los departamentos y municipios la responsabilidad de proveer los servicios de salud, incluyendo la propiedad de la infraestructura respectiva y la responsabilidad de administrar el personal. Mientras que los primeros (departamentos) estarían a cargo de la atención secundaria y terciaria, los segundos (municipios) se harían cargo de la salud primaria. Le siguió la Ley 60 de 1993, cuyo aporte más importante fue la especificación de las respectivas competencias de financiamiento en cada nivel de gobierno. Los pagos al personal médico y paramédico quedaron a cargo de los municipios. La administración del sistema seccional quedó a cargo de los departamentos.

Sin embargo, probablemente el cambio más significativo es atribuible a la Ley 100 de 1993. En ella se da forma a la estructura institucional vigente mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), más una separación clara entre los ámbitos del financiamiento, hotelería y prestación del servicio. Se estableció que el financiamiento fuese canalizado mediante las denominadas “Entidades Promotoras de Salud” (EPS), las cuales actuarían como aseguradoras de los usuarios, comprando los servicios de salud requeridos por la población y recibiendo financiamiento a partir de un descuento a la nómina de los propios usuarios o un aporte per cápita del Estado -a través del municipio- para el caso de los individuos pobres. En un contexto de libre elección de los usuarios, el resultado sería un ambiente de competencia entre los operadores, el cual se registraría tanto al interior de las EPS -entre las cuales los usuarios elegirían con libertad- como entre los proveedores de salud, que serían contratados por las EPS. El Ministerio de la Protección Social (MPS), resultante de la fusión del Ministerio de Salud y el de Trabajo en el año 2003, sería el organismo regulador del SGSSS. Al MPS le corresponde definir las condiciones de licenciamiento de las EPS, supervisar los planes de salud definidos por estas y establecer también el monto de la asignación per cápita respectiva. A los departamentos y municipalidades se les concedió la propiedad sobre los hospitales públicos y la responsabilidad de coordinar la provisión de los servicios de salud dentro de sus respectivas jurisdicciones. Muy importante en esta reforma es que, si bien las EPS se constituyen en intermediarios generales para la población, el origen del financiamiento de los usuarios permite distinguir un régimen subsidiado, en el cual es el propio Estado el que financia el seguro respectivo, y uno no subsidiado para quienes pueden financiar el servicio.

A partir del inicio de las reformas (1993) se esperaba que en siete años se alcanzara la cobertura total. Sin embargo, diversas dificultades prácticas dilataron la implementación del conjunto de cambios planificados en la Ley e impidieron el logro de tal objetivo en el tiempo planeado. Tono ...[et al] (2009) argumentan que entre las dificultades más visibles se encuentran la demora en legislar sobre el paquete de atenciones mínimas en salud y la diseminación de información pública sobre la calidad de los hospitales -la cual solo se inició a partir de 2006-, la crisis económica de fines de los 90, la baja capacidad institucional de los municipios y de algunas EPS, la inflexibilidad laboral del personal hospitalario y las trabas para transferir recursos a los municipios no acreditados. A esto se suma el hecho de que el sistema continuó financiando a los trabajadores no asegurados en función de criterios históricos vigentes antes de la reforma, lo cual introdujo un elemento ajeno al subsidio a la demanda concebido inicialmente.

Dado el modelo implementado, el cual se basa en la capacidad de competir al interior de las EPS y de los correspondientes prestadores de salud, un aspecto clave parece ser la capacidad de los propios hospitales públicos de desenvolverse con flexibilidad en la industria. Cierta evidencia indica que esto no ocurrió en una primera etapa, en la cual tales hospitales siguieron operando en un marco normativo rígido en el ámbito laboral, y acumularon deudas crecientes como fruto de los beneficiarios no incorporados en el sistema de financiamiento per cápita. Sin embargo, variados estudios señalan que las reformas referidas condujeron a mejoras en la eficiencia hospitalaria y mayor satisfacción de los beneficiarios.

Cabe mencionar que desde el punto de vista de su financiamiento, el sistema de salud de Colombia posee un rasgo semejante al de naciones desarrolladas en lo que se refiere al aporte del sector privado en el gasto total. Si bien los operadores privados juegan un papel protagónico como proveedores de servicios de salud, es el Estado el que los financia mayoritariamente. Mientras que en América Latina la mayor parte de los países tiene un aporte privado al financiamiento total superior al 50%, la cifra equivalente en Colombia es solo del 24%, el cual es solamente superior a los casos de Cuba y Costa Rica con un 14% (Escobar ...[et al], 2009).

Brasil

En el caso de Brasil, la actual definición de la asignación de competencias data de la segunda mitad de los años 80, período en el cual se constituyó el llamado Sistema Único de Salud (SUS), el cual significó un quiebre sustancial respecto de la situación previa. Un rasgo esencial del nuevo sistema fue la delegación de importantes responsabilidades a favor de los estados y municipios. En este mismo período, la Constitución vigente (1988) proclamó el derecho universal a la salud, transformándose la propia descentralización en un eje central del sistema sanitario. En lo referente a las funciones explícitamente señaladas como responsabilidad subnacional, la norma vigente (1990) reserva al nivel federal el diseño de las políticas nacionales y la respectiva elaboración de normas para tal efecto. El mismo marco legal establece también que el nivel estadual debe realizar esfuerzos descentralizadores, con miras a potenciar el papel de los municipios en la gestión del sistema, privilegiando así el papel de las Secretarías Estaduales de Salud en la definición de estrategias y fiscalización del sistema. Un paso significativo en esta dirección tuvo lugar en 1993, cuando una renovada legislación consolidó el papel del municipio en la esfera de la salud primaria. Uno de los resultados más significativos de esta etapa fue el establecimiento de la “Regla de Funcionamiento Básico del Ministerio de Salud”, de 1993, la cual permitió la clasificación de los municipios en tres categorías, en función de las cuales estos tendrían la potestad de administrar los recursos públicos para salud con grados diversos de compromiso. Otro tanto sucedió a nivel de los estados a partir de la versión de 1996 de la misma norma anterior (Collins ...[et al], 2000). Esta reforma reconoce un rasgo común de la realidad latinoamericana, cual es la enorme diversidad de capacidades y acceso a recursos por parte de los gobiernos subnacionales, hecho que invita a una descentralización selectiva.

Si bien la situación es diversa a través del territorio, el nivel local en Brasil ha logrado optimizar la escala de gestión mediante la creación de las llamadas “Regiones Asistenciales de Salud” (Galilea ...[et al], 2011), las cuales operan desde el año 2002, permitiendo a los municipios asociarse para fines de aprovechar una gestión más eficiente. Una instancia interesante de participación ciudadana en el ámbito que nos ocupa, es la figura de los Consejos de Salud, los cuales existen por separado para cada nivel de gobierno y están integrados por representantes del gobierno, de los prestadores y de los propios usuarios.

México

La experiencia mexicana exhibe esfuerzos descentralizadores en la salud primaria desde 1983, al incluirse en la Constitución el derecho a la protección de la salud (Jaramillo, 2007), a lo cual le siguieron la promulgación de una Ley General de Salud en 1984 más las respectivas leyes estaduales. La transferencia de competencias hacia los estados tuvo lugar en forma progresiva, con un primer grupo de 14 estados a partir de 1983 y el resto desde 1993 en adelante. Sin embargo, un impulso pro descentralizador importante tuvo lugar en el “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud” de 1996, firmado en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (Cabrero ...[et al], 1997), y en el cual se involucraron los 31 estados y el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud. Hasta esa fecha, coexistían en México establecimientos federales y estaduales, teniendo el sistema una estructura fragmentada y compleja. En virtud del referido acuerdo, se traspasa a los estados

la responsabilidad de prestar servicios de medicina especializada y primaria preventiva sin distinción de la condición del beneficiario. A diferencia de la etapa anterior, el referido acuerdo especificó competencias claras a favor de los estados y fue acompañado de la correspondiente transferencia de recursos. Sin embargo, se establece también que tales prestaciones serán progresivamente delegadas a los municipios. Esto último adquirió forma concreta mediante el programa “Municipio Saludable”, a través del cual se propugnaba la participación ciudadana en la administración local de la salud. Aquella parte de los servicios de salud que es de carácter público opera mediante la filiación individual a diversos organismos. Dependiendo de su filiación institucional, los trabajadores formales son atendidos por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado, Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de la Marina. Por su parte, los trabajadores informales son beneficiarios de un Seguro Popular, programa que fue puesto en marcha en el año 2002, el cual es operado a través del IMSS y financiado por el gobierno federal.

Luego de casi tres décadas de implementación, la descentralización mexicana de la salud mantiene sustantivas diferencias de desempeño y de esfuerzo fiscal en distintos estados. Si bien el financiamiento proviene de transferencias condicionadas desde el nivel federal, los estados y municipios hacen aportes propios. El aporte federal vigente proviene del año 1996, y se asigna a los estados con base en el índice territorial de pobreza y en la tasa de mortalidad estandarizada. Dichos recursos, más los propios aportados por cada estado, son administrados por organismos descentralizados creados para tal efecto. Al igual que en el caso de la educación (ver sección siguiente), un elemento clave de la transferencia de funciones hacia los estados fue la cesión de competencias en materia de relaciones laborales con el personal vinculado al sector, el cual pasó a depender directamente del estado, hecho que exigió la homologación de las condiciones laborales de los trabajadores estatales y federales.

El caso de la educación

Chile

Tanto la salud primaria como la educación primaria y secundaria compartieron la misma suerte a partir de las reformas descentralizadoras iniciadas a comienzos de los 80. En el caso que nos ocupa, el sello de tal reforma fue la llamada “municipalización de la educación”, la cual transfirió a los municipios la administración de los colegios públicos, a la vez que inició una modalidad de financiamiento que tiene escasos referentes en otros países. Esta consistió en la implementación de una subvención (*voucher*) por estudiante, la cual no solo es entregada a los colegios municipales, sino también a los llamados “privados subvencionados”, los cuales compiten con los primeros en atraer alumnos. Teóricamente, esta modalidad permite aprovechar los beneficios del “voto con el pie” por parte de los padres, toda vez que estos últimos pueden penalizar los colegios de mal desempeño por la vía de retirar a sus hijos y relocalizarlos en otros establecimientos. La reforma mencionada implicó también un cambio en la forma de contrato de los profesores, quienes desde entonces debieron regirse por las normas laborales de los trabajadores privados, debiendo negociar por separado con su empleador (municipio) las condiciones de trabajo de su colegio. Los propios municipios, con base en su presupuesto, podrían a su vez realizar aportes al financiamiento de la educación, hecho que en la práctica tendría importantes repercusiones en la equidad geográfica e interpersonal del sistema (Letelier, 2008a; Letelier y Ormeño, 2011). En suma, la descentralización chilena mencionada constituyó un quiebre respecto del sistema centralizado vigente hasta entonces, siendo además muy audaz en el diseño de financiamiento propuesto.

Varios años más tarde, las presiones gremiales de los docentes determinaron que, con el advenimiento del primer gobierno democrático en 1989, el ejecutivo negociara un cambio en el régimen laboral de los trabajadores de la educación, lo cual llevó a la conformación de una normativa especial denominada “Estatuto Docente”. Este cambio representó una evidente centralización en la

definición de los arreglos contractuales con los docentes, quienes pasaron a tener condiciones de trabajo comunes más un importante grado de inamovilidad en el cargo, todo lo cual generó incoherencia en el sistema al introducir un costo fijo (planilla docente) en el marco de un ingreso variable por la vía de la subvención. Una leve devolución de autonomía se registró en el año 2011, cuando una nueva ley flexibilizó las condiciones del estatuto docente y fortaleció la capacidad de gestión de los directores de colegios municipales, quienes desde entonces pueden desvincular hasta el 5% de los profesores con peor desempeño.

Si bien algunos países desarrollados han experimentado reformas descentralizadoras que conceden gran protagonismo al nivel municipal, incluyendo la potestad de negociar con los profesores (*i.e.* Ahlin y Mörk, 2008), el caso chileno es singular tanto por el financiamiento a través de la subvención por alumno como por el hecho de ser este un país muy heterogéneo entre los propios gobiernos municipales. Ello se expresa en la capacidad de gestión de los mismos y en sus posibilidades de cofinanciamiento del servicio. Si bien otras transferencias a la educación desde el nivel central intentan reparar este problema, estas no logran compensar del todo el peso relativo del aporte propio de los municipios, el cual produce en la práctica grandes diferencias de recursos por alumno entre colegios pertenecientes a distintos municipios.

Una evidente debilidad del sistema chileno es que su normativa concede un tratamiento igualitario a municipios que son muy diferentes en su origen, disponibilidad de recursos propios, capacidad de gestión y también en la escala de operación. Ello es conducente a mucha diversidad en los recursos por alumno entre colegios municipales (Letelier y Ormeño, 2011), hecho que agrava una realidad general muy segregada y en la cual conviven los referidos establecimientos municipales con los privados subvencionados y con los propiamente privados con financiamiento directo de las familias.

Costa Rica

La educación primaria y secundaria en Costa Rica es administrada centralizadamente por el Ministerio de Educación Pública a través de un Consejo Superior de Educación, el cual está presidido por el ministro del ramo. La Ley Fundamental de Educación (Ley 2160) indica que dicho Consejo “autorizará los planes de estudio y los programas de enseñanza para los diversos niveles y tipos de educación”. El referido Ministerio posee a su vez direcciones regionales (DR). La estructura interna de estas DR está integrada por un departamento técnico y uno administrativo, y está a su vez desconcentrada en unidades territoriales menores denominadas “circuitos escolares”, que agrupan a las instituciones de servicios educativos dependientes del Ministerio de Educación. Cada centro está a cargo de un “Asesor Supervisor”, quien es jefe de los centros educativos de su jurisdicción escolar.

El protagonismo del nivel municipal en lo que a educación se refiere, ha ido experimentado un progresivo debilitamiento desde fines del siglo XIX, hecho que se vio consagrado primeramente con la Ley General de Educación Común de 1886, según la cual “la dirección e inspección supremas de la educación común corresponden al Ministerio del ramo, asistido de un Consejo de Instrucción Pública”, dejando a los cantones una función de “inspección inmediata” de las escuelas a través de la Junta Municipal de Educación. La misma norma señala que los integrantes de dicha Junta “serán nombrados por la Municipalidad del cantón a propuesta de los funcionarios que ejerzan la inspección de las escuelas del Circuito, previa consulta con los Directores, quienes a su vez consultarán al Personal Docente de su respectiva escuela”. La Ley de Educación también indica que cada “Institución de Enseñanza Media contará con una Junta Administrativa nombrada por la Municipalidad respectiva, de las ternas enviadas por los Consejos de Profesores correspondientes”. Se desprende de lo anterior que la participación ciudadana se expresa en forma indirecta, sirviendo solo a un propósito de promoción y supervisión de la educación.

Con la Constitución vigente desde 1949, en la cual se indica en forma genérica que “la administración de los intereses y servicios locales en cada cantón estará a cargo del Gobierno

Municipal” (Art. 169), se produce otro importante hito del proceso de centralización de Costa Rica en el tema que nos ocupa. Sin embargo, el Código Municipal indica que dicha competencia genérica “no afecta las atribuciones conferidas a otras entidades públicas”. Solo se agrega que tales entidades “informarán” al Concejo Municipal sobre sus proyectos y decisiones. Cabe señalar que el Art. 2 del Código Municipal le concede a este nivel administrativo la labor de impulsar la educación a nivel local, establecer becas y destinar recursos (según sus posibilidades) a los colegios públicos del cantón.

Colombia

La Ley General de Educación de 1994 estableció responsabilidades nacionales, departamentales y municipales sobre educación. El nivel nacional posee cuatro grandes áreas de competencia. La primera es la de *Política y Planeación*, función en la cual se le reconocen deberes en la formulación de metas, desarrollo del plan nacional de educación, cambios curriculares y otras relativas al plan de inversión con cargo a los recursos públicos destinados al sector. El gobierno central debe también velar por el cumplimiento de las reglas y normas legales que rigen el sector a través de su labor de *Inspección y Vigilancia*. En el ámbito de la *Administración*, el Ministerio de Educación no solo debe gestionar los recursos físicos y humanos del propio ministerio, sino también debe “coordinar todas las acciones educativas del Estado”, entre las cuales se cuentan aquellas realizadas por los entes territoriales. Finalmente, en el ámbito *Normativo*, el nivel central es responsable de presentar proyectos de ley destinados a mejorar la eficiencia y calidad del sector, pero a la vez le corresponde reglamentar lo relativo a los concursos docentes y definir los criterios técnicos de selección de personal docente.

Similares competencias de alcance departamental se les asigna a las Secretarías Distritales y Departamentales de Educación. Cabe mencionar que entre las diversas funciones -todas ellas bastante generales- definidas para esta instancia de gobierno, las referidas secretarías deben realizar los concursos departamentales y distritales del personal docente en coordinación con los municipios, a los cuales deben a su vez supervisar y apoyar técnicamente. La Ley es también taxativa al señalar que las funciones de “inspección, vigilancia, control y asesoría en la educación” deben ser ejercidas por las autoridades del nivel nacional sobre el departamental, y por este último sobre los municipios (Art. 170). En cuanto al financiamiento, esta Ley establecía que el costo de los servicios se financiaba con cargo al “situado fiscal” (lo cual fue luego sustituido por el Sistema General de Participaciones, Ley 715 de 2001), con aportes complementarios de las entidades territoriales.

La Ley 715, de 2001, representa el siguiente cambio institucional de importancia. Esta norma cambió el sistema de financiamiento vigente, e inició lo que hoy se conoce como el Sistema General de Participaciones (SGP), cuya principal virtud -desde la perspectiva del gobierno nacional- es que desvincula temporalmente las transferencias a los departamentos y municipios de los ingresos corrientes de la nación (Galilea ...[et al], 2011; Santa María ...[et al], 2009). La misma Ley redefinió también las competencias entre niveles de gobierno. Asignó al nivel central el papel de “formular las políticas del sector”, “establecer las normas técnicas curriculares y pedagógicas para los niveles preescolar, básico y medio”, “fijar los parámetros técnicos para la prestación del servicio educativo” y “definir la canasta educativa”. Debe también prestar asistencia técnica al departamento, fiscalizar y evaluar su desempeño en torno al cumplimiento de las metas nacionales, y regular tanto los aspectos docentes como propiamente curriculares. A las entidades subnacionales se les asignó 15 funciones. De estas, destaca la “administración” de los recursos provenientes del SGP, y la administración de los recursos humanos (docentes) vinculados a los establecimientos educacionales. En particular, se indica que el departamento tendrá la facultad de trasladar docentes entre municipios “sin más requisitos que la expedición del respectivo acto administrativo”. El departamento tiene también la potestad de “certificar” a los municipios que cumplan con los requisitos respectivos, para fines de delegar en ellos las competencias de educación. Sin embargo, la Ley establece que si el departamento no lo certifica, el municipio puede solicitar dicha certificación al nivel nacional.

En lo referente al nivel municipal, la misma Ley 715 separa lo que son municipios certificados de los que no los son. Respecto de los primeros, estos asumen, casi en función de un mandato legal -de redacción casi idéntica al referido para los departamentos en la esfera de los municipios no certificados-, la gestión de la educación pública, incluyendo en ello los mismos aspectos de la administración del personal y las responsabilidades de fiscalización, evaluación y generación de información. Sin embargo, el departamento mantiene las llamadas competencias “generales” (así definidas en la Ley), las cuales incluyen la asesoría técnica y financiera de los municipios, la responsabilidad ante la nación por la calidad de la información educativa entregada y, por cierto, la propia certificación de los municipios respectivos. Por su parte, la Ley 115, de 2007, aclara que en aquellas localidades en que la provisión pública del servicio sea insuficiente, la entidad territorial responsable podrá contratar dicha provisión de entidades privadas sin fines de lucro, a las cuales se les pagará un monto por alumno equivalente al del sistema público. Si el costo respectivo resulta superior, la diferencia deberá ser cubierta por la entidad territorial respectiva.

Mención especial merece el hecho de que tanto los departamentos como los municipios certificados pueden cofinanciar la prestación del servicio en su territorio, lo cual se asemeja al sistema de financiamiento de la educación en Chile. Este es un aspecto crítico del problema, toda vez que existen importantes diferencias en los ingresos propios de los gobiernos subnacionales y en el acceso a recursos extraordinarios por la vía de las regalías con cargo a la explotación de recursos naturales.

La reforma antes mencionada tuvo un sesgo municipalista al conceder la certificación automática de los municipios de más de 100.000 habitantes (4% del país), en virtud de lo cual estos fueron habilitados para administrar la educación autónomamente. Desde entonces, la certificación de nuevos municipios ha sido lenta. El proceso respectivo recae sobre los departamentos, los cuales deben considerar los factores contenidos en el Decreto 20.700 de 2004. Estos son: la presentación de un plan de desarrollo municipal en el marco del plan nacional de desarrollo, una planta de personal definida y aprobada de acuerdo a los estándares del nivel central, la organización de centros educativos en función de las normas de la Ley 715 y la capacidad institucional necesaria para asumir las exigencias de administrar sus propios establecimientos educacionales. En caso de que el departamento respectivo se niegue a hacerlo, es el nivel central de gobierno el que debe decidir sobre la certificación respectiva. Los municipios no acreditados tienen un papel marginal en el ámbito de la educación, lo cual incluye la distribución de los recursos del SGP, el traslado de plazas entre los establecimientos y la generación de la información requerida a nivel central y departamental. En la actualidad, solo 48 municipios han sido certificados y 12 municipios están en proceso de acreditarse.

Brasil

Es dable esperar que en los países federales, tales como México y Brasil, se observen importantes grados de heterogeneidad en la forma de gestión de la educación pública entre entidades subnacionales. No obstante las directrices y políticas generales elaboradas por el gobierno federal, en sendos casos los estados (nivel intermedio), y en ocasiones también los municipios, exhiben un importante grado de heterogeneidad tanto en su organización interna como en su desempeño.

Este fenómeno es especialmente visible en Brasil, país en el que el sistema público gratuito posee una administración mixta, donde el grueso de la matrícula es de dependencia estadual, más una cobertura municipal entre el 10% y el 30% del total. El rol municipal se observa más activo en la operación de algunos programas complementarios importantes, como el programa de merienda escolar (PNAE), el programa de mantención y desarrollo de la enseñanza (PMDE), y el PAT-TV Escuela, que es de equipamiento tecnológico y capacitación de los docentes. Allí se transfieren recursos a los municipios y se produce un cofinanciamiento y una responsabilidad local mayor en los servicios que se suministran. Brasil se destaca también por el amplio margen de maniobra que la normativa de la unión (nivel federal) concede a las entidades subnacionales. Ello se expresa en el significativo grado de

libertad que las mismas tienen en materias tales como la elaboración de currículos y sistemas de gestión (Castro y Duarte, 2008; Demo, 2009). Tal como en otras naciones federales, es el Congreso Federal el que define las políticas a nivel nacional. La Ley de Educación vigente data de 1996, norma que ha sido objeto de diversas modificaciones posteriores y en la cual se reconoce un papel compartido de los tres niveles de gobierno sobre la materia. En la práctica, los estados poseen sus propios planes y propuestas programáticas en el marco de los lineamientos federales. Recientemente, la Conferencia Nacional de Educación (CONAE) ha generado un Plan Nacional de Educación para el año 2011.

El financiamiento del sistema proviene de dos fuentes. Por una parte, hay ciertos tributos hipotecados para tal efecto, y por la otra, existe un aporte denominado “salario-educación”, el cual proviene de un impuesto del 2,45% sobre la nómina salarial de las empresas y que es recaudado por la Unión.

México

En cuanto a México, es importante consignar que el acceso universal a la educación está garantizado en la Constitución. La Ley General de Educación, de 1993, define ámbitos de competencia y también concurrentes de cada nivel de gobierno en la esfera educativa. Sin embargo, un rasgo muy particular del sector educativo mexicano, y el cual adquiere gran relevancia en el marco de la comparación con los restantes cuatro países, es la evidente relevancia del sindicato de maestros (SNTE). Al igual que en Chile, tras varios esfuerzos descentralizadores se escondía el propósito implícito de debilitar su poder y permitir así mayor flexibilidad y calidad en la gestión del sector. La necesidad de negociar con el SNTE ha tendido a entorpecer el proceso de transferencia de competencias hacia los estados, y ha sido un obstáculo evidente a la descentralización tanto fiscal como administrativa.

Al menos tres etapas pueden identificarse en la historia institucional del sector (Cabrero ...[et al], 1997). Una primera, de centralización -hasta 1972-, en la cual la Secretaría de Educación Pública asumió formalmente su responsabilidad en la esfera de la educación pública escolar. La segunda se extiende hasta 1982 y en ella se produce una desconcentración del poder a través de la creación de servicios autónomos en el nivel regional. Se promulga también la Ley General de Educación, la cual consolidó la centralización vigente hasta entonces. Si bien no se registraron avances de importancia hasta fines de los 80, un nuevo impulso sobre la materia tuvo lugar a partir de 1992, cuando el presidente Salinas relanzó la delegación de competencias a favor de los estados, lo cual fragmentó el sistema educativo entre aquellos establecimientos de administración federal y aquellos bajo la esfera estadual, a la vez que promovió el cofinanciamiento del sistema mediante la concurrencia del nivel federal, de los estados y de los municipios (Cabrero ...[et al], 1997). La Nueva Ley Federal de Educación promulgada en 1993 conservó para el nivel federal diversas competencias normativas y de fiscalización, pero cedió a los estados la capacidad de proponer cambios curriculares en línea con los intereses subnacionales. No obstante lo anterior, el SNTE conservó su prerrogativa de negociar condiciones salariales con el nivel federal, hecho que facilitó la delegación de las funciones referidas a los estados.

Una ambiciosa reforma en el año 2006 estableció que la suma de los gastos en educación ejecutados a nivel del gobierno general (nivel federal más niveles subnacionales) no podría ser menor al 8% del PIB. La misma Ley asigna especial preponderancia al objetivo de equidad, buscado mediante la acción del Estado sobre la materia y el fortalecimiento de la participación ciudadana. Cierta evidencia indica que si bien la descentralización mencionada potenció dicha participación, la realidad continúa siendo muy diversa entre estados (Arredondo y Orozco, 2006).

V. Conclusiones, lecciones de la experiencia analizada y resultados de la descentralización

Un elemento crítico y a la vez controvertido en el caso de la educación, es la elección respecto del nivel de gobierno que financia y contrata a los docentes. Este ha sido un tema central en México, en el marco

de una tensión latente con el gremio respectivo y las dificultades para modernizar el sistema y exigir mayor rendición de cuentas a los estados. En la práctica, el referido gremio suele imponer importantes restricciones a la gestión de la educación pública. Lo ha sido también en el caso chileno, país en el cual la introducción del Estatuto Docente a inicio de los años 90 fue fruto de una negociación política que repuso condiciones de trabajo semejantes a las existentes con anterioridad a la descentralización, incorporando una importante inconsistencia en el sistema de financiamiento. Otro tanto sucedió en Colombia, país en el cual buena parte del sobreendeudamiento subnacional posterior a la primera etapa de las reformas descentralizadoras de los años 90, obedece a la prematura transferencia de responsabilidades de financiamiento de la planilla de docentes, y sus correspondientes pensiones, por parte de los departamentos.

Otro elemento común en sendas funciones de gobierno, es el hecho de que una normativa común para todas las jurisdicciones del territorio nacional suele constituirse en un obstáculo al proceso de descentralización, toda vez que ella desconoce la evidente disparidad en la capacidad de gestión y condiciones de funcionamiento de diferentes entidades territoriales pertenecientes al mismo nivel de gobierno. Este es sin duda un problema en Chile, país en el cual las dificultades en la administración de la educación pública por parte de municipios pequeños contrastan con los beneficios de la descentralización en el caso de municipios grandes. Lo anterior concede especial valor a los intentos de reconocer esta diversidad a través de sistemas de acreditación, tales como los existentes en Brasil y Colombia. En esta línea también se inscribe la necesidad de identificar más de una categoría jurisdiccional en cada nivel de gobierno, lo cual excede el puro expediente de la certificación y se enmarca en el reconocimiento de distritos metropolitanos con mayores competencias respecto de sus pares más pequeños. Este punto posee gran relevancia en América Latina, toda vez que la evidente heterogeneidad de características entre gobiernos subnacionales exige una descentralización selectiva.

Bajo la hipótesis de que la descentralización concede mayor cercanía con la realidad local por la vía de mejorar la información disponible para los responsables de la gestión, todas las funciones referidas contienen elementos específicos que ameritan una mirada local del problema. Sin embargo, en todos los casos existe también una tensión latente en torno al proceso en cuestión, cual es la necesidad, muy visible incluso en el caso de países federales, de establecer estándares nacionales tanto en la calidad como en la dimensión valórica de las prestaciones. En este aspecto destacan, sin duda, las funciones de educación y salud, en las cuales dicho conflicto puede tener gran alcance. En ambos casos, la gestión del servicio admite diversos grados de sintonía con las demandas locales, sus raíces étnicas y culturales, las tradiciones religiosas y otros rasgos idiosincráticos de la comunidad en la cual el servicio es entregado. Por las mismas razones antes mencionadas, dicha tensión adquiere particular importancia en América Latina. Por ejemplo, si bien en México la distribución de textos con temáticas y contenido común a los colegios públicos bajo administración estatal representa un objetivo federal de gran trascendencia, los propios estados de la unión suelen intervenir en el uso de este material en función de su visión particular de la historia republicana y del alcance y orientación inherentes a la enseñanza de las ciencias naturales. Similar conflicto ha tenido lugar en Chile en el marco de la administración de la salud primaria por parte de los consultorios municipales. Aunque el gobierno dispuso la distribución gratuita de la llamada “píldora del día después”, como un anticonceptivo validado por el gobierno central, la decisión última sobre su distribución recayó finalmente sobre los municipios, algunos de los cuales se negaron a su distribución en nombre de las atribuciones que la propia ley les concede sobre la materia.

La economía política del problema es también de gran relevancia en el tema que nos ocupa. Los países latinoamericanos poseen una estructura muy presidencialista, la cual atenta contra la misma descentralización, especialmente cuando esta conlleva el potencial beneficio de la participación a través de la expresión abierta de las demandas locales. Sin embargo, es habitual en la región que la propia figura del jefe de Estado llegue a opacar la visibilidad y autonomía de las jurisdicciones subnacionales

cuando la primera tiene en los hechos una significativa gravitación política. Este fenómeno ha sido muy visible en México. Por muchos años, la figura del presidente encarnó en una sola persona al jefe de Estado, al jefe del gobierno y también al jefe del partido único (PRI), situación que se reprodujo con características similares en los niveles subnacionales de gobierno (Schiavon, 2006). Otro tanto ha sucedido en Colombia, país en el cual -no obstante sus avances en descentralización- la presencia del gobierno central *in situ*, a través de la propia figura del presidente en terreno, ha tendido a opacar el protagonismo de los gobiernos locales.

En este mismo espíritu, cabe reconocer la importancia de optimizar el tamaño de la entidad territorial encargada de la gestión. Al respecto, la experiencia brasileña, a través de las “Regiones Asistenciales de Salud”, constituye un referente digno de ser estudiado con atención. De lo anterior se sigue que la propia institucionalidad debiese propugnar la conformación de espacios consensuados de gestión subnacional, en virtud de los cuales se facilite la conformación de una escala óptima tanto en la contratación de personal y en la compra de insumos para los servicios locales, como en lo que a decisiones colectivas se refiere.

Bibliografía

- Ahlin, Åsa y Mörk, Eva (2008), “Effects of Decentralization on Schools Resources”, en *Economics of Education Review*, Vol. 27 N° 3, pp. 276-284.
- Arredondo, Armando y Orozco, Emanuel (2006), “Effects of Health Decentralization, Financing and Governance in Mexico”, en *Revista de Saúde Pública*, Vol. 40 N° 1, pp. 152-160.
- Barankay, Iwan y Lockwood, Ben (2007), “Decentralization and the Productive Efficiency of Government: Evidence from Swiss Cantons”, en *Journal of Public Economics*, Vol. 91 Nos. 5-6, pp. 1197- 1218.
- Bird, Richard M. y Vaillancourt, François (1998), “Fiscal Decentralization in Developing Countries: an Overview”, en *Fiscal Decentralization in Developing Countries*, Richard M. Bird y François Vaillancourt (eds.), Cambridge, Cambridge University Press.
- BNDES (2005), “Cartilha de financiamentos às micro, pequenas e médias empresas”, Rio de Janeiro, Banco Nacional do Desenvolvimento.
- Bossert, Thomas J.; Bowser, Diana M.; y Amenyah, Johnnie K. (2007), “Is Decentralization Good for Logistic Systems? Evidence on Essential Medicine Logistics in Ghana and Guatemala”, en *Health Policy and Planning*, Vol. 22 N° 2, pp. 73-82.
- Bruns, Barbara; Filmer, Deon; y Patrinos, Harry A. (2011), *Making Schools Work: New Evidence on Accountability Reforms*, Washington, World Bank.
- Cabrero, Enrique; Flamand, Laura; Santizo, Claudia; y Vega, Alejandro (1997), “Claroscuros del nuevo federalismo mexicano: estrategias en la descentralización federal y capacidades en la gestión local”, en *Gestión y Política Pública*, Vol. 6 N° 2, México, pp. 329-385.
- Castro, Jorge Abrahão de y Duarte, Bruno de Carvalho (2008), “Descentralização da educação pública no Brasil: trajetória dos gastos e matrículas”, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Texto para Discussão; N° 1352).
- Castro, Jorge Abrahão de y Ribeiro, José Aparecido (2009), “As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios” en *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (ed.), Brasília, IPEA (N° 17).
- Cerdio, Jorge (2008), “El federalismo mexicano puesto a prueba: algunas consideraciones sobre el estado actual de nuestro sistema federal”, en *Federalismo y descentralización*, México, Conferencia Nacional de Gobernadores.
- Collins, Charles; Araujo, Jose; y Barbosa, Jarbas (2000), “Decentralising the Health Sector: Issues in Brazil”, en *Health Policy*, Vol. 52 N° 2, pp. 113-127.
- Costa, Roselene (2006), “Mecanismos de apoio a micro, pequenas e médias empresas inovadoras”, Rio

- de Janeiro, Financiadora de Estudos e Projetos.
- Demo, Pedro (2009), “Democracia e distribuição de renda só com educação”, en *Desafios do Desenvolvimento*, N° 47, Brasília, fevereiro, pp. 10-17.
- Escobar, María-Luisa; Giedion, Ursula; Acosta, Olga L.; Castaño, Ramón A.; Pinto, Diana M.; y Ruiz Gómez, Fernando (2009), “Ten Years of Health System Reform: Health Care Financing Lessons from Colombia”, en *From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*, A. Glassman, M.-L. Escobar, A. Guiffrida y U. Giedion (eds.), BID Brookings Institution.
- Faguet, Jean-Paul y Sánchez, Fabio (2009), “Decentralization and Access to Social Services in Colombia”, Bogotá, Universidad de los Andes. Facultad de Economía. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (Documentos CEDE; N° 6).
- Falleti, Tulia G. (2005), “A Sequential Theory on Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective”, en *American Political Science Review*, Vol. 99 N° 3, pp. 327-346.
- Ferreira, Helder y Fontoura, Natália de Oliveira (2008), “Sistema de justiça criminal no Brasil: quadro institucional e um diagnóstico de sua atuação”, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Texto para Discussão; N° 1330).
- Galilea, Sergio; Letelier, Leonardo; y Ross, Katherine (2011), “Descentralización de servicios esenciales: los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento”, Santiago, CEPAL, ILPES (Documentos de Proyectos).
- Habibi, Nadir; Huang, Cindy; Miranda, Diego; Murillo, Victoria; Ranis, Gustav; Sarkar, Mainak; y Stewart, Frances (2003), “Decentralization and Human Development in Argentina”, en *Journal of Human Development*, Vol. 4 N° 1, pp. 73-101.
- Hooghe, Liesbet y Marks, Gary (2009), “Does Efficiency Shape the Territorial Structure of Government?”, en *Annual Review of Political Science*, Vol. 12, pp. 225-241.
- Jaramillo, Martha (2007), “La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 6 N° 13, pp. 85-111.
- Kristiansen, Stein y Santoso, Purwo (2006), “Surviving Decentralisation? Impacts of Regional Autonomy on Health Service Provision in Indonesia”, en *Health Policy*, Vol. 77 N° 3, pp. 247-259.
- Lakshminarayanan, Rama (2003), “Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: the Philippines Experience”, en *Reproductive Health Matters*, Vol. 11 N° 21, pp. 96-107.
- Letelier, Leonardo (2005), “Explaining Fiscal Decentralization”, en *Public Finance Review*, Vol. 33 N° 2, pp. 155-183.
- _____ (2008a), “Educación y descentralización: virtudes, debilidades y propuestas en el caso chileno”, en *Estado, Gobierno, Gestión Pública*, N° 12, pp. 7-18.
- _____ (2008b), “El gasto municipal”, en *Un gasto que valga: los fondos públicos en Centroamérica y República Dominicana*, R. Machado (ed.), Washington, BID.
- _____ (2011), “Efecto de la descentralización fiscal sobre la eficiencia técnica en la gestión de la educación y la salud”, en *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, en prensa.
- Letelier, Leonardo y Ormeño, Héctor (2011), *The Fly Paper Effect: the Cases of Health and Education in the Chilean Municipal System*, Santiago, Universidad de Chile. Instituto de Asuntos Públicos, mimeo.
- _____ (2012), *Teoría y práctica de la descentralización fiscal*, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Lockwood, Ben (2006), “The Political Economy of Decentralization”, en *Handbook of Fiscal Federalism*, E. Ahmad y G. Brosio (eds.), Northampton, Edward Elgar Publishing.
- Mansuri, Ghazala y Rao, Vijayendra (2004), “Community-Based and -Driven Development: a Critical Review”, en *The World Bank Research Observer*, Vol. 19 N° 1, pp. 1-39.

- Ministério de Meio Ambiente e IPEA (2010), “Relatório de pesquisa: pesquisa sobre pagamento por serviços ambientais urbanos para gestão de resíduos sólidos”, Brasília, Diretoria de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Musgrave, Richard (1958), *The Theory of Public Finance*, London, McGraw-Hill.
- Oates, Wallace (2008), “On the Evolution of Fiscal Federalism: Theory and Institutions”, en *National Tax Journal*, Vol. 61, N° 2, pp. 313-334.
- OECD (2009), “Territorial Reviews: Chile”, Paris, OECD.
- Panizza, Ugo (1999), “On the Determinants of Fiscal Centralization: Theory and Evidence”, en *Journal of Public Economics*, N° 74, pp. 97-139.
- Piola, Sérgio Francisco; Vianna, Magalhães S.; y Guerreiro, Rafael (2002), *Saúde no Brasil na década de 1990*, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Santa María, Mauricio; Millán, Natalia; Moreno, Julián; y Reyes, Carlos F. (2009), “La descentralización y el financiamiento de la salud y la educación y los departamentos: ¿cuáles son las alternativas?”, en *Convenio de cooperación para el fortalecimiento de la intervención departamental en materia de salud y educación*, Bogotá, Federación Nacional de Departamentos; FEDESARROLLO.
- Schiavon, Jorge A. (2006), “The Central-Local Division of Power in the Americas and Renewed Mexican Federalism: Old Institutions, New Political Realities”, en *International Journal of Constitutional Law*, Vol. 4 N° 2, pp. 392-410.
- Serra, José y Alfonso, Roberto (2007), “Fiscal Federalism in Brazil: an Overview”, en *CEPAL Review*, N° 91, pp. 29-51.
- Soares, Luiz E. (2007), “A Política Nacional de Segurança Pública: histórico, dilema e perspectivas”, en *Revista de Estudos Avançados*, Vol. 21 N° 61, pp. 77-97.
- Sobarzo Fimbres, Horacio (2008), “Factores clave para el fortalecimiento del federalismo en México: una visión desde las entidades federativas”, en *Federalismo y descentralización*, México, Conferencia Nacional de Gobernadores.
- Tono, Teresa M.; Cueto, Enriqueta; Guiffrida, Antonio; Arango, Carlos; y López, Álvaro (2009), “Public Hospitals and Health Care Reform”, en *From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*, A. Glassman, M.-L. Escobar, A. Guiffrida y U. Giedion (eds.), BID, Brookings Institution.
- Véliz, Claudio (1980), *The Centralist Tradition of Latin America*, Princeton, Princeton University Press.
- World Bank (2007), “Governance in Brazil’s United Health System (SUS): Raising the Quality of Public Spending and Resource Management”, Washington, World Bank (Report; N° 36.601-BR).