

Distr.
RESTRINGIDA

LC/R.913
6 de septiembre de 1990

ORIGINAL: ESPAÑOL

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

LO REGIONAL, LO COMUNAL Y LA DESCENTRALIZACION
EN AMERICA LATINA: PROBLEMAS ACTUALES DE LA
POLITICA SOCIAL SELECTIVA *

* Este documento fue preparado por Ana Sojo, consultora de la División de Desarrollo Social. Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de su autora y puede no coincidir con las de la Organización.

Este documento no fue sometido a revisión editorial.

90-9-1448

INDICE

	<u>Página</u>
I. RELEVANCIA DEL ESPACIO PARA LA SELECTIVIDAD.....	1
II. LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y EL ESPACIO EN AMERICA LATINA: INTENTOS DE DESCENTRALIZACION DE LA POLITICA SOCIAL.....	4
1. Argentina.....	5
2. Brasil.....	6
3. Colombia.....	7
4. Guatemala.....	7
III. ALGUNAS LECCIONES DE LA PRESTACION DESCENTRALIZADA DE PROGRAMAS SOCIALES EN CHILE.....	9
1. El financiamiento de los servicios.....	11
2. Sobre la gestión municipal	14
3. Algunas deficiencias de la prestación de servicios	15
4. Erradicaciones y políticas selectivas.....	16
Notas	19
BIBLIOGRAFIA	20

I. RELEVANCIA DEL ESPACIO PARA LA SELECTIVIDAD

Implantar políticas sociales selectivas para combatir la pobreza requiere identificarla. Pretender una selectividad perfecta tendría por supuesto una total transparencia del nivel de gasto de los individuos. Anclada en el mundo real, la selectividad es siempre imperfecta, porque se realiza con base en información imperfecta sobre los beneficiarios elegibles (Glewwe y Kanaan, 1989, p. 22).

De acuerdo con las formas de identificación de la pobreza, se pueden distinguir dos tipos fundamentales de selectividad 1/. Es directa cuando la elección de los beneficiarios se realiza individualmente, caso por caso, para determinar si las personas o grupos familiares reúnen o no las características requeridas por los objetivos del programa. Ello implica obtener información específica y pormenorizada de los grupos u hogares, en general obtenida de los propios hogares: requiere un perfil muy detallado de los hogares pobres para determinar su elegibilidad.

Debido a las imperfecciones de la información, cuanto mayor pretende ser el grado de selectividad, más dificultada se ve la selección. Este mecanismo requiere también actualizar la información cada cierto tiempo; la evaluación de los resultados del programa debe ser hecha también fundamentalmente en forma individual. Puede resultar inadecuado seleccionar con base únicamente en datos obtenidos directamente de los virtuales beneficiarios, por los eventuales sesgos, sobre todo si los entrevistados conocen o pueden inferir el potencial uso de los datos. (Glewwe y van der Gaag, 1989, pp.31-33, Vergara, 1990)

La selectividad también puede realizarse acudiendo a informaciones generales sobre los potenciales grupos u hogares -por ejemplo mediante una encuesta de hogares-, lo cual arroja una identificación grupal, regional, comunal de los beneficiarios y sus carencias. En este caso, las formas de intervención de los programas también se modifican. Dentro de los criterios de selección se pueden incluir variables territoriales,

regionales, de grupos étnicos, de inserción productiva (caso de ocupaciones informales o precarias en talleres, cooperativas u otros). También se pueden realizar combinaciones diversas de los criterios 2/.

Optar por una selectividad directa o conforme a ciertos criterios generales requiere información diversa. Al optar, es oportuno preguntarse por la información disponible, por la viabilidad para obtener información adicional, y por los costos de tal obtención. Es adecuado recurrir a los flujos de información que tradicionalmente han manejado los organismos públicos encargados de las políticas sociales sectoriales sobre cobertura y calidad de los servicios y sus efectos, y organizar un sistema de información social integral. (Vergara, 1990)

En términos de eficacia del gasto social, de acuerdo con un análisis de costo-beneficio, resulta crucial estimar cuál información vale la pena recolectar. Inciden en tal cálculo la línea de pobreza seleccionada; la definición de pobreza usada; el monto disponible para transferencias a la pobreza; la información inicial disponible. Considerando un monto de fondos fijo, si se logra reducir en un grado mayor la pobreza con información adicional, si el dinero ahorrado con esa selectividad es mayor que el costo de recolectar la información adicional, los datos deben recolectarse (Glewwe y Van der Gagg, 1988, p. 22).

Identificar las características claves de los pobres y las políticas factibles para combatir la pobreza requiere una investigación competente y oportuna, lo cual puede, en algunas ocasiones, constituir una coartación (Glewwe y van der Gaag, 1988, p. 34). Si, paradójicamente, se da una correlación de la presencia de mayores extensiones e intensidad de pobreza con limitaciones diversas para realizar tales investigaciones de selectividad (infraestructura, personal capacitado, presupuesto adecuado), es mejor optar por mecanismos de selectividad indirecta.

El tipo de carencia detectada se debe traducir en el perfil de los programas: cuáles son los mecanismos adecuados, la intervención de medidas que no son del propio campo de la política social, la relación entre transferencias individuales a los beneficiarios o el impulso de programas regionales, comunitarios etc.

En este marco, el espacio comunal y regional adquiere un primer significado relevante para las políticas selectivas, como medio para identificar la pobreza y como criterio de ordenamiento, en torno al cual estructurar formas de servicios regionales o comunitarios. La identificación espacial permite más tarde la introducción de programas de subsidio individual, de consumo privado o de identificación comunal, y consumo del subsidio en ámbito comunal. En el terreno de la equidad, permite enfrentar problemas de cobertura, debido a localización y acceso de los servicios, y diferencias de calidad.

La descentralización del programa social puede contribuir al logro de sus metas en tanto, al descender de la visión amplia a la especificidad regional y de área, se capte la peculiaridad local, y plantea al mismo tiempo severas exigencias gerenciales de coordinación. (Kliksberg, 1988, p. 136) Se abre la posibilidad de adecuar la oferta de servicios sociales a las demandas regionales, por ejemplo de calificación de mano de obra, de acceso a activos considerando peculiaridades regionales de su concentración. Tal adecuación implica el fortalecimiento del poder local, en el establecimiento de prioridades, en su financiamiento y en la adecuación de la oferta de servicios.

Además de contribuir a la equidad, la participación de las fuerzas políticas y de los intereses locales en la repartición de los recursos públicos, toda vez que se eviten orientaciones "clientelistas", puede incrementar la eficiencia. Descentralización y participación pueden ser "acciones indispensables para la eficiencia y control social del gasto público" (Rezende, 1988, p. 131). Ello implica el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones, del efectivo poder local, y no la simple delegación de funciones inspiradas en un órgano central.

Por otra parte, para evitar la fragmentación institucional acaecida por falta de instancias centrales y la intervención descentralizada de una pluralidad de instituciones, es crucial establecer mecanismos que den direccionalidad y coherencia a las diversas acciones, garanticen racionalidad en el uso de los recursos y promuevan equidad en el acceso a los servicios (Isuani y Tenti, p. 23).

La descentralización de funciones debe ir acompañada de una distribución adecuada de capacidades técnico-gerenciales hacia los órganos locales gestores y ejecutores de políticas sociales. También de una provisión de los medios financieros pertinentes, que precisamente implicará dotar de más recursos a las regiones y comunidades más pobres.

El uso de la variable regional o comunal, en el caso de la pobreza, remite a la distribución espacial existente como indicador para políticas selectivas contra la pobreza, y no a la conveniencia de concentrar conscientemente espacios de pobreza para mejorar la selectividad, mediante erradicación de poblaciones pobres o la segmentación de la ciudad en comunas de acuerdo con el nivel de ingresos. Tal sería la lógica opuesta: realizar conscientemente concentraciones espaciales, agrupaciones de núcleos de población pobre, para hacer viables y efectivas políticas selectivas. Tal concentración consciente puede acarrear problemas específicos que, más que simplificar, dificulten la selectividad. Entre otros, precisamente por el ingreso de sus habitantes, una serie de elementos pueden dificultar la prestación local de servicios: baja capacidad para

generar recursos propios; limitada capacidad para impulsar cobro de tarifas por servicios; extraordinaria demanda de servicios de salud, nutricionales y otros.

Para efectos de este trabajo, usaremos el concepto descentralización de las políticas sociales en el sentido convencional o trivial del término, dado que no ahondar en reflexiones conceptuales al respecto. El término descentralización, en ese sentido, se refiere a las políticas realizadas por entes que no conforman el gobierno central y apuntaremos a las restricciones que ha sufrido y a su impacto en las políticas selectivas.

Esta opción práctica no significa desestimar la utilidad de distinciones efectuadas por algunos autores, que le dan una connotación precisa al concepto considerando relaciones de poder. Por ejemplo, distinguir entre descentralización y concentración de los servicios sociales del Estado (Palma y Rufián, 1989, pp. 1-2), según lo cual descentralización implica una redistribución del poder del Estado y, por consiguiente, una reforma del mismo. Para garantizar la autonomía de decisión, se plantea como requisito la elección con soberanía popular de las autoridades que reciben las competencias desde la administración central. Por su parte, la desconcentración designa un fenómeno que acompaña a la descentralización y, en mayor o menor grado, a la centralización: cualquier administración centralizada o descentralizada necesita grados de desconcentración, la cual implica estrictamente transferir competencias a órganos dependientes de la administración central.

El uso convencional del término descentralización que realizamos designa fundamentalmente la transferencia de competencias, y deja al análisis concreto el discernimiento acerca de sus implicaciones para las relaciones de fuerza entre el poder central y los órganos descentralizados que configuran el poder local.

II. LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y EL ESPACIO EN AMERICA LATINA: INTENTOS DE DESCENTRALIZACION DE LA POLITICA SOCIAL

Las connotaciones regionales y comunales de las carencias sociales y las correspondientes disparidades del gasto social son elementos que muestran la relevancia de abogar por descentralizar recursos y procesos de toma de decisiones.

Países que bordean la desintegración social como el Perú lo muestran dramáticamente. En ese país, por ejemplo, el 82.7% del decil más pobre de la población vive en la sierra rural; este decil tiene un nivel de consumo que corresponde a sólo un 20% del consumo promedio del total de la población. (Glewwe y de Tray, 1988, pp.16 y 17) La cobertura de servicios revela enormes

clivajes regionales. En el sector salud, los promedios nacionales de población por cama hospital y por médico son respectivamente 500 y 1300. La relación cama hospital-población es de 200 en Callao y cerca de 300 en Arequipa, Lima, Moquegua y Tacna, pero por lo menos cinco veces más elevada en Ayacucho, San Martín y Apurímac, entre cinco y siete veces más en Huancavelica, Puno y Amazonas y más de diez veces en Cajamarca. En cuanto a médicos, mientras Lima y Callao cuentan con 1 por 500 personas, la relación asciende a casi 18000 por médico en Ayacucho, 25000 en Cajamarca, y más de 31000 en Huancavelica y el Amazonas. (Suarez-Berenguela, 1987, p. 42)

En las dos últimas décadas, se observan tendencias a la descentralización de servicios sociales en numerosos países latinoamericanos, que han dado pie a diversas paradojas. Mencionaremos a continuación brevemente algunas experiencias, para en el siguiente apartado hacer apreciaciones más detalladas sobre el caso chileno.

1. Argentina

En Argentina, la incidencia del gasto social de los gobiernos provinciales y de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires es muy importante; su relevancia se ha potenciado con los procesos de descentralización. A veces supera en valores absolutos el gasto de la administración pública nacional (APN), la cual incluye administración central, cuentas especiales y organismos descentralizados. Desde 1978, y sobre todo desde 1979, se produjo la transferencia de escuelas de enseñanza primaria y de hospitales ubicados en las provincias y en la Capital Federal desde la APN a las respectivas jurisdicciones y a la municipalidad de Buenos Aires. En el área de la vivienda también es muy importante la magnitud de recursos recaudados nacionalmente, pero ejecutados vía gobiernos provinciales y municipalidades (Marshall, 1988, p. 59).

Se señala en este país una fragilidad político-técnica del gobierno central, traducida en la administración de una reducida parcela de los sectores sociales, en la incapacidad política para jugar un rol regulador y conductor, y en la carencia de instrumentos técnicos y administrativos adecuados. Presiones y demandas, se afirma, han conducido en ese contexto a la ingobernabilidad y deslegitimación política: "La ineficiencia y la ineficacia estatal hoy en discusión tienen más que ver con ausencia que con amplia capacidad de gobierno". (Isuani y Tenti, p. 24)

Llama la atención, a partir de 1978, cuando culminó la transferencia de escuelas primarias nacionales al ámbito provincial, que el Ministerio de Educación y Justicia dejó de tener injerencia directa en este nivel de la educación básica (Tenti, 1988, p. 219). Afirman analistas que la transferencia de múltiples responsabilidades fue hecha sin dotar a las instancias provinciales de los recursos financieros y de las

capacidades técnicas adecuados. Además, la descentralización bajo el gobierno militar fue de la mano de un ostensible centralismo en la toma de decisiones, según el cual el Poder Ejecutivo nacional nombraba a los ministros, gobernadores y responsables de los entes autárquicos, mientras que los gobernadores a su vez nombraban a los jefes municipales y directores de los establecimientos escolares. (Ib., pp. 221 y 222)

La prestación de los servicios en la Argentina acusa notables desequilibrios regionales. En el caso de la vivienda, evidencias corroboran la necesidad de evaluar los requerimientos regionales en virtud de su gravedad en cada jurisdicción, y no en relación con el déficit global del país. De acuerdo con este último, por ejemplo, a inicios de los ochenta las provincias de Misiones, Formosa y Chaco ocupaban los puestos sexto, decimotercero y cuarto en las 24 jurisdicciones consideradas. Sin embargo, en relación con el total de viviendas de cada provincia, los déficits particulares ascendían al 77%, al 76% y al 71% respectivamente. (Lumi, 1988, p. 63 y 64)

2. Brasil

En Brasil se observa una excesiva centralización de los recursos y de las decisiones sobre su uso, a pesar de la significativa participación de los estados y municipios en la ejecución de la política social. Es creciente la dependencia de recursos federales y de créditos transferidos regularmente. Ello es menor en educación, que cuenta con un aporte significativo de los estados y de los municipios.

Las acciones integradas de salud, mecanismo de articulación entre las instancias federales, de los estados y municipales, han constituido un factor importante de descentralización y han llevado más recursos a los estados y municipios (Vianna, 1988, p. 182). En salud, alimentación y nutrición, predomina la transferencia de recursos previsionales y del FINSOCIAL.

Las transferencias se han incrementado fundamentalmente hacia las regiones más pobres del Nordeste, mientras que en el Sudeste, menos dependiente de las transferencias y más desarrollado, la caída per cápita del gasto fue apreciable. También la recuperación del gasto social en 1985 y 1986 se concentró en las zonas menos desarrolladas (Rezende, 1988, p. 127). Las diferencias regionales son muy fuertes: en 1984, por ejemplo, la región sudeste concentraba un 48,5% de las camas hospitalarias públicas y un 54,8% de las privadas (Vianna, 1988, p. 178).

3. Colombia

Para hacer más eficiente la acción del sector público en el ámbito social y aprovechar las capacidades comunitarias en la superación de la pobreza, se promovió una descentralización del accionar público a partir de 1983. Se fortaleció entonces la capacidad financiera de los municipios, regionalizando la captación de impuestos como el IVA y trasladando importantes funciones hacia los municipios relacionadas con gasto social (PREALC, 1980, p. 229). Sin embargo, el aumento de la participación del total de impuestos municipales no es significativa: respecto del PIB en 1985-1987 ascendía a un 0.94%. (Ib., p. 230).

En 1986, se impulsa la democratización del poder local, al permitir la elección directa de los alcaldes. (Ib.)

Aproximadamente el 50% de las regiones con altos índices de pobreza tienen un gasto promedio inferior al promedio nacional. (Ib., p. 233). Por ejemplo, el gasto per cápita en salud adolece de graves disparidades regionales, en magnitudes que van de uno a cuatro en detrimento de los municipios que presentan mayores indicadores de pobreza. (Ib., p. 246)

Por esa razón se ha promovido una regionalización del gasto hacia las zonas geográficas con mayores carencias de necesidades básicas, mediante el Plan nacional de rehabilitación que centrando un 80% de sus recursos en educación y salud, se dirige a regiones donde el 70% de la población no satisface sus necesidades esenciales. Partió en 1986 de 178 municipios y en 1988 ya beneficiaba a más de 300. Sin embargo, se aprecia una enorme incapacidad para ejecutar el presupuesto: en 1988 se pudo gastar únicamente un 57.6%. Además de señalar debilidades del organismo coordinador del Fondo de proyectos especiales, ello parece subrayar la reducida capacidad de gestión de los municipios pobres: los más necesitados, precisamente por tener los menores niveles de gasto social per cápita, son también los más débiles institucionalmente. (Ib., p. 234)

A ello se suman otros indicadores que expresan incongruencias con la progresividad distributiva del gasto público: entre 1983 y 1987 el gasto en educación por departamento aumentó en un 42% de los municipios, pero no siempre en los departamentos más pobres (Ib., p. 240).

Por las razones mencionadas, se apunta hacia la necesidad de fortalecer institucionalmente a los municipios más pobres.

4. Guatemala

En Guatemala las desigualdades regionales son enormes; mientras que en 1986 el 52% de la población mayor de quince años era analfabeta, en las regiones más pobres del altiplano la cifra superaba el 80% (Flaño, 1989, p. 3). La situación justifica políticas de descentralización del gasto, y la nueva constitución

asigna directamente a las municipalidades un 8% de los ingresos regulares para inversiones en infraestructura y servicios públicos. Sin embargo, los recursos son sumamente precarios y la mayoría de las municipalidades están desprovistas de los recursos humanos y de la capacidad técnica adecuada para preparar, diseñar y ejecutar proyectos. (World Bank, 1988, p. 78)

III. ALGUNAS LECCIONES DE LA PRESTACION DESCENTRALIZADA DE PROGRAMAS SOCIALES EN CHILE

Del gasto social total, se calcula que un 15% se ha destinado a combatir la extrema pobreza. Considerando las dimensiones de ésta, por esa razón se afirma que su cobertura es insuficiente. Hay evidencias de ello en la propia prestación de servicios; por ejemplo, en la entrega de alimentos a escolares, en algunas escuelas las maestras se ven obligadas a rotar la entrega de porciones a los alumnos. (Vergara, 1990)

Existen quince programas selectivos contra la pobreza, los cuales cubren diversos ámbitos: programa de alimentación escolar (PAE); programa de alimentación complementaria (PNAC); subsidio único familiar (SUF); pensiones asistenciales (PASIS); atención preescolar a cargo de la Junta nacional de jardines infantiles (JUNJI) y educación básica; subsidios habitacionales; atención gratuita de salud a indigentes y personas de escasos recursos.

Las filtraciones de los programas selectivos son muy altas. De los cinco programas principales, en promedio solo algo más de la mitad de sus recursos favorecen a los hogares más necesitados -considerados como el 30% inferior de escala de ingresos- (Ib.). El grado de selectividad efectiva varía de programa a programa: el SUF es el más alto con 87.3%, seguido del PAE con 80.7%, el PASIS con un 53.4%, el PNAC con 49.5%; salud con 48.7%; la educación preescolar con 44.9% y marginalidad habitacional con 27.9%. (Ib.; ver cuadro No. 8)

El impacto redistributivo de algunos programas es muy grande. Por ejemplo, según una encuesta del año 1985 (CASEN), para el 30% de hogares chilenos que no podían satisfacer las necesidades mínimas de alimentación, obtener el SUF representaba elevar en un 57% el ingreso familiar per cápita. Sin embargo, el ingreso monetario de las familias de los tres deciles más bajos de ingreso tampoco alcanzaba con el subsidio a cubrir el consumo de la canasta básica (Haindl y Weber, 1988) y además la cobertura del SUF ha sido restringida (Vergara, 1989). En el caso de los subsidios de empleo, el PEM ha sido el más selectivo y de mayor incidencia redistributiva (Ib.).

Pese a las diferentes limitaciones, mediante estos programas se ha logrado una mayor atención a los sectores de menores ingresos. Por ejemplo, si comparamos esas cifras en una forma aproximativa a la situación en Chile en la década del sesenta: las familias más pobres -consideradas en ese caso como aquellas con menos de dos sueldos vitales- captaban el 45.5% de los beneficios, mejorando en un 28% su participación en la distribución original del ingreso (Foxley et. al., 1980, p. 82). Ahora bien, junto con estos progresos en la selectividad, otras reformas de la política social, sin embargo, han hecho disminuir el impacto redistributivo de los programas, fundamentalmente en el caso del sector salud y del sistema previsional. La

progresividad también se ve relativizada por las orientaciones concentradoras de las remuneraciones, el desempleo y la propiedad de los activos.

La descentralización hacia las municipalidades ha operado en el marco de una privatización relativa de la política social, y de su orientación hacia la provisión de subsidios a personas que deben probar su indigencia ante el municipio. Los siguientes planteamientos se refieren a las orientaciones bajo el gobierno militar y, por tanto, no evalúan modificaciones en proceso introducidas por la administración actual. Se tratarán algunas restricciones enfrentadas por las municipalidades en el impulso de programas sociales y de políticas selectivas contra la pobreza.

Los departamentos sociales de las municipalidades concentran importantes funciones y responsabilidades, relacionadas con la selectividad de programas "focalizados"; por ejemplo, el recolectar información sobre los beneficiarios. El quehacer municipal es muy complejo: abarca la realización de diagnósticos territoriales y sociales; la definición de prioridades; formulación de planes de infraestructura urbana y social; administración y gestión de establecimientos de educación y salud; saneamiento de poblaciones y campamentos; identificación de hogares y personas en extrema pobreza; asignación de los beneficios de los programas selectivos (Raczynski y Serrano, 1987, p. 130). Sin embargo, el diseño y la ejecución de los programas se han resuelto en una forma altamente centralizada, dificultando adaptaciones a las realidades comunales y un adecuado establecimiento de prioridades y recursos presupuestarios. Las municipalidades tampoco han sido dotadas de los recursos humanos y materiales pertinentes (Vergara, 1990), y el personal ha tenido una dependencia política del Alcalde.

También las escuelas fiscales fueron transferidas a las municipalidades.

En ocasiones, algunos desequilibrios regionales o comunales, expresados como baja cobertura por oferta de los servicios, vienen a ser también efectos colaterales de la direccionalidad de políticas realizadas con otros propósitos. Ha sido el caso de los programas de vivienda denominados erradicaciones: el traslado de poblaciones irregulares hacia zonas periféricas de Santiago, entre otras cosas, profundizó la segmentación urbana de servicios. Como verenos, la segmentación de la ciudad de Santiago en comunas de acuerdo con el nivel de ingreso también ha generado problemas.

1. El financiamiento de los servicios

Las municipalidades se nutren de cinco fuentes principales, de acuerdo con criterios que establecen cierta selectividad en el gasto: 1) 100% de las ventas, rentas o ganancias derivadas del uso comercial de cualquier activo municipal; 2) 50% de los ingresos por impuestos de las patentes de vehículos inscritos en cada una; 3) 100% de los ingresos por impuestos de las licencias de negocios, excepto las tres más ricas, que reciben la siguiente proporción: Santiago (55%); Las Condes (35%) y Providencia (35%); 4) 40% de los ingresos de impuestos a la propiedad; 5) transferencias del gobierno central, vía el Fondo Común Municipal.

El Fondo Común Municipal se estableció en 1980, para asignar ingresos de impuestos municipales de acuerdo con las necesidades. Sus ingresos se nutren de : 80% del impuesto a la propiedad; 50% por patentes de vehículos; 45% de impuestos de negocios de la Municipalidad de Santiago y 35% de las Municipalidades de Las Condes y Providencia. Los recursos del Fondo se distribuyen de acuerdo con cuatro criterios: 10% entre todas las municipalidades; 20% según distribución de la población por municipalidad; 30% según número propiedades exentas de impuestos, 40% en relación inversa al porcentaje de fondos locales generado para el presupuesto municipal global. (Raczinski y Serrano, 1988)

El nivel de ingresos de los habitantes y la dinámica económica propia de cada comuna condiciona estructuras peculiares de ingresos de las municipalidades. El promedio de fondos transferidos equivale a un 25%. La segmentación económica se muestra claramente en el caso de las municipalidades pobres: debido a su reducida capacidad para generar recursos propios, las transferencias para cubrir brechas entre sus ingresos propios y gastos son mucho más elevadas, y en algunos casos ascienden hasta el 90%. En las comunas pobres, además de la baja capacidad para generar recursos propios, es limitada la capacidad de cobro de tarifas por servicios sociales, como en salud, debido a la pobreza de sus usuarios.

Hay rigideces en la asignación de recursos a las municipalidades: por ejemplo se fija que no más del 35% debe gastarse en salarios. Los recursos se dedican sobre todo a infraestructura y son reducidas las inversiones en política social. Se han establecido, como veremos a continuación, formas peculiares de financiamiento de los programas sociales.

En el área de salud, el Servicio Nacional de Salud fue desmembrado en 27 servicios regionales, administrados autónomamente y con criterios de rentabilidad y competencia, cuyo aporte fiscal se basa en la facturación de las atenciones de recuperación prestadas, sin incluir acciones preventivas como vacunaciones o controles de salud en sanos. Mediante convenios por cinco años, estos servicios entregan los consultorios con sus recursos físicos y humanos a las municipalidades, que deben administrar personal y bienes. Los servicios de salud reciben

pacientes referidos para diagnóstico o tratamiento (Jiménez y Gili, 1989). Desde 1986, por otra parte, se traspasó al usuario el pago de las atenciones en el sistema de salud pública, estableciendo la gratuidad para quienes no cuentan con la capacidad de pago suficiente (Vergara, 1990). Para 1988, todos los consultorios rurales y un 81% de los generales habían sido transferidos; no así los consultorios de especialidades, los servicios de urgencia ni hospitales. (Jiménez y Gili, 1989, *passim*). Las municipalidades han movilizado recursos propios para atender el traspaso de servicios de salud; en el caso de los municipios pobres, a mediano plazo la capacidad de movilizar tales recursos es limitada.

FONASA, que dispone de ingresos fluctuantes, de usuarios cuyos ingresos son predominantemente bajos, transfiere los fondos de salud a las municipalidades. Inicialmente, el procedimiento de financiamiento por facturación de prestaciones causó una explosión de prestaciones, lo cual llevó a introducir un mecanismo límite llamado "techo FAPEM". Tal transferencia de recursos no cubre los gastos de las municipalidades en salud, con lo cual las municipalidades deben aportar recursos suplementarios -viable en el caso de las ricas- o ajustar mediante disminución de gastos o actividades: entre 1982 y 1985, los ingresos por facturación pasaron a un 77% desde la totalidad tres años atrás. (Ib., p. 135) y se dan déficits en reembolsos de medicina primaria. Los reajustes de las transferencias a la inflación, calculados con base en el índice de salarios del sector público están por debajo de los del índice de precios al consumidor. y soslayan el pago de salarios mayores que han debido ser pagados por las municipalidades para atraer cierto personal, o la elevación de precios de ciertos rubros importantes como medicinas.

En 1986, el déficit promedio nacional de las municipalidades en los gastos en programas de salud llegó al 22,8%, y en algunas comunas hasta un 40% (Ib., p. 118). Los rubros más afectados fueron las remuneraciones de personal que, por ejemplo entre 1982 y 1985, disminuyeron en un 10.9% y la tasa de inversión en infraestructura y equipo, que disminuyó en un 86%. En las postas rurales, son deficitarios la dotación de recursos humanos, el cumplimiento de normas y procedimientos, el acceso a especialistas y los gastos de mantenimiento. En ausencia de controles adecuados, los "mix" de servicios se adecúan más a la disponibilidad de recursos que a las normas.

La transferencia de fondos mes a mes dificulta la planificación. El financiamiento FAPEM se hace de acuerdo con criterios fijados en quince categorías (Ib.). Ello tiene como inconveniente que algunas municipalidades no tienen las condiciones para lograr el "mix" de servicios requeridos para alcanzar el techo, presentando algunas categorías servicios deficitarios y en otras superhabits. Ello condujo desde 1987 a que las áreas de servicio de salud tengan cierta discrecionalidad

para repartir los fondos FAPEM de su región, y a una cierta independencia de las transferencias respecto de las facturas recibidas.

Las municipalidades rurales son más dependientes de los fondos: en 1988, las rurales recibían un 87% de sus fondos para salud primaria del FAPEM, mientras que las urbanas un 85%. El "techo máximo", al no contemplar peculiaridades locales de costos, acarrea distorsiones en detrimento de municipalidades rurales y pequeñas, porque no considera economías de escala ni problemas ubicación geográfica; las economías de escala son particularmente importantes en la adquisición de medicinas y los costos de transporte grandes para ciertas atenciones en el área rural. Tampoco se consideran en el cálculo características etáreas de la población que inciden en los costos.

Debido a que los pacientes pueden elegir las clínicas independientemente de su lugar de residencia, existe incertidumbre en las municipalidades sobre las áreas de inversión de recursos.

La municipalización de la atención primaria en salud tiene diversos aspectos críticos. Se ha visto acompañada de un énfasis hacia lo curativo, en detrimento de las actividades de prevención y fomento. Ha tenido efectos regresivos, debido a las diferencias de recursos entre municipios ricos y pobres. Originó la pérdida de la carrera funcionaria y recargo de funciones; los ajustes de las remuneraciones no han sido adecuados. Además, se señala que no se ha dado un incremento de la participación comunitaria en actividades de salud asociadas a los consultorios generales. La única coordinación intersectorial es con los establecimientos educativos, vía profesores, y más bien se tiende al conflicto con otras áreas (Jiménez y Gili, 1989, *pássim*).

En el ámbito educacional, desde 1979 se promovió el traspaso de los establecimientos fiscales a las municipalidades, quienes a su vez pueden transferir su administración a entidades privadas. Las escuelas municipales y particulares gratuitas reciben una subvención estatal por cada alumno (Vergara, 1990), las cuales no contemplan peculiaridades del educando. Según datos oficiales, entre 1981 y 1989 las transferencias reales por alumno declinaron en un 23.4%; se ha dado cierta selectividad al establecer un incremento del financiamiento de escuelas rurales inversamente al tamaño, pero en general no ha habido consideraciones sobre costos particulares debidos a diferentes "mix" de servicios. El mecanismo de financiamiento presenta problemas: al basarse en la asistencia diaria de los alumnos, las tasas de ausentismo se revierten en ingresos inestables, a pesar de gastos relativamente fijos. Además, al tener el financiamiento anual este grado de incertidumbre, ello inhibe realización de proyectos a mediano plazo, lo cual puede acarrear efectos negativos en la maduración en política social. Al igual que en

otros países, los problemas de financiamiento de la enseñanza han llevado a una sobreutilización del recurso maestros, quienes cuentan para sus labor con pocos medios de apoyo.

Con la municipalización de la enseñanza, el personal docente de la educación pública perdió sus garantías laborales; entre otras, la estabilidad funcionaria, los escalafones de remuneración, la asignación de título, el sistema de ascenso y calificaciones, y el pago completo de licencias médicas. (Ib.)

En cuanto al cobro de tarifas, señalábamos la reducida capacidad de las comunas pobres para ocupar este expediente como fuente de financiamiento. Se afirma que el personal de salud en las comunas decide sobre la clasificación de los pacientes y sobre su capacidad de pago, muchas veces con base en información de los propios beneficiarios; ello llama la atención sobre la necesidad de introducir criterios y mecanismos generales que garanticen selectividad. También sería conveniente que los montos recobrados se usen en las comunas, lo cual incentivaría lograr una mejor identificación de familias.

2. Sobre la gestión municipal

El proceso de municipalización se vió asociado con problemas en las remuneraciones y condiciones laborales que crearon una incertidumbre laboral en el personal: pérdida de escalafones; pérdida de derechos adquiridos en el lugar previo de trabajo; amplios derechos de cada municipalidad para contratar y despedir personal y, en general, salarios bajos. En algunos sectores se implantó una dualidad de remuneraciones, con desincentivos para el personal calificado de las municipalidades: es el caso en salud de los pagos de FONASA comparados con las ISAPRES. Todo eso contribuye a una alta rotación de personal en las municipalidades que incide en la prestación de servicios.

Los programas de empleo de emergencia y de empleo especiales para profesionales, caracterizados por sus bajas remuneraciones, han provisto a los municipios de personal administrativo, profesional y de aseo; tales programas han jugado un importante papel al abaratar y ampliar la disponibilidad de personal. (Raczynski y Serrano, 1987, p. 135)

En el caso de las municipalidades rurales, el personal presta horas-extra no remuneradas debido a que el financiamiento FAPEM contempla el reembolso por servicio prestado, sin compensación alguna en razón del transporte o del tiempo que haya tomado brindarlo; ello acarrea dificultades para atender pacientes en zonas aisladas y para atraer y retener personal médico y de salud en las municipalidades rurales.

En cuanto a las competencias de los distintos poderes se ha señalado la politización de las municipalidades debido al papel central del alcalde, quien es designado por el Ejecutivo

(Vergara, 1990). A pesar del marco legal común en que operan las municipalidades, el papel omnínodo del alcalde ha conducido a que la administración sea determinada en gran medida por las orientaciones que éste le imprime; en ese sentido se ha distinguido con base en el alcalde, tipos de administración reactiva o planificada; técnica o política; creativa o rutinaria (Raczynski y Serrano, 1987, p. 132).

Sobre la relación entre las municipalidades y el Gobierno Central, se han señalado importantes rasgos: verticalidad; escaso intercambio de experiencias entre las municipalidades; poca transparencia sobre los objetivos impulsados desde el poder central y de los mecanismos de seguimiento; decisiones sectoriales de los Ministerios que afectan la labor municipal implantadas sin consulta o participación municipal: en síntesis "ausencia de coordinación entre decisiones tomadas en distintas instancias del poder central, la falta de canales de comunicación expeditos desde el nivel central al local y la debilidad del municipio frente a decisiones tomadas centralmente" (Raczynski y Serrano, 1987, p. 144).

La verticalidad inhibe introducir innovaciones propuestas por las municipalidades: las decisiones sobre inversión de recursos no son producto de investigaciones que consideren peculiaridades locales, sino que son fijadas centralmente por el Departamento de programación, y las propuestas innovadoras de las municipalidades no encuentran fácilmente financiamiento. Los incentivos para modificar programas modelo son reducidos, pues tienen que ser financiados por las propias municipalidades. En el sector salud, hay una reducida transferencia de responsabilidades en cuanto a diseño de standards y normas técnicas a las municipalidades y áreas de servicio de salud, las cuales siguen siendo diseñadas por el Ministerio de Salud, con poca flexibilidad para introducir modificaciones de acuerdo con los beneficiarios de las diversas comunas.

Las desigualdades en el financiamiento se revierten también en una desigual capacidad institucional de gestión, que conduce a dificultades para realizar análisis sectoriales que permitan identificar y diseñar intervenciones. En las comunas pobres, el personal no puede hacer uso adecuado de los datos; hay carencias del personal para administrar eficientemente los presupuestos destinados a educación y salud (Jiménez y Gili, 1989) y las formas de supervisión son deficientes. Se plantea la necesidad de incrementar destrezas en administración financiera y en administración de servicios sociales.

3. Algunas deficiencias de la prestación de servicios

La cantidad de servicios de salud provistos por las municipalidades pobres está por debajo de la demanda, particularmente en salud primaria: en algunos casos, las tasas de rechazo ascienden al 10%. La atención de especialistas está

muy concentrada. Los atrasos en la atención desincentivan el uso de la medicina preventiva, ya que en ocasiones son tres las horas de espera. Los sucesivos rechazos de pacientes, largas tramitaciones y la prolongación de los tiempos de espera para servicios como intervenciones quirúrgicas y consultas de especialidad, originados por la insuficiencia de recursos, parecen explicar el inconveniente uso intensivo de los servicios de emergencia: en 1987 éstas representaron un 40% de las consultas médicas totales (Vergara, 1990, pp. 253 y 254).

En el caso de los servicios selectivos, es oportuno recordar que aunque sean gratis, representan costos para el usuario, en términos de tiempo y de transporte. Son inconvenientes en ese sentido largas largas horas de espera en el PNAC (2-3 horas), que disuaden de su uso, o bien la repartición de un suplemento reducido o que requiere numerosas visitas para su obtención. (Vergara, 1990)

4. Erradicaciones y políticas selectivas

Algunos desequilibrios regionales o comunales, expresados como baja cobertura por oferta de los servicios, son paradójicamente efectos colaterales de políticas realizadas, según sus forjadores, con propósitos de equidad. Ha sido el caso en Santiago de los programas de vivienda denominados erradicaciones. De 1979 a 1985 fueron trasladadas 30.000 familias de poblaciones irregulares hacia zonas periféricas de Santiago. Entre otras cosas, ello profundizó la segmentación urbana de servicios y originó problemas de cobertura de algunos programas sociales. Este proceso se dió junto con la reforma comunal de la ciudad que creó 18 nuevas comunas subdividiendo las antiguas, configurando una segmentación de comunas por ingresos que debía permitir "focalizar" mejor las políticas sociales selectivas mediante criterios espaciales.

En primer lugar es importante resaltar el desbalance presupuestario causado por las erradicaciones. En el caso de los municipios receptores de población, aumentaron sus costos operacionales, tanto por el aumento directo por cada familia como por costos indirectos, sin aumentos proporcionales de los ingresos. Por el contrario, las comunas expulsoras aumentaron sus ingresos, ya que la disminución de población no condujo a modificaciones de su participación en el Fondo Común Municipal (Morales et. al., 1990, p. 4). 3/ Los municipios receptores no participaron del proceso de toma de decisiones y, en ocasiones, hasta estaban desinformados; tampoco hubo coordinación para que en el nivel central se determinaran incrementos de recursos en concordancia con los de la población (Raczynski y Serrano, 1987, p. 143).

Este fenómeno es aún más relevante si se considera que las comunas receptoras originalmente ya eran muy pobres. En la Comuna de la Pintana, en 1984, antes de las erradicaciones, un

68% de las familias se clasificaban en los índices 1, 2 y 3 de la ficha CAS, es decir, en extrema pobreza; más tarde la población erradicada llegó a constituir el 30% del total (Morales et. al., 1980, p. 7). A Puente Alto fueron trasladados un 13% de los erradicados; esta comuna adolecía de una débil infraestructura de servicios y productiva, debido a la presencia mayoritaria de pequeñas empresas con escasa absorción de empleo (Ib.). La Comuna del Bosque, a pesar de su mejor situación respecto de las otras dos, tenía también altas tasas de desocupación, explosión de crecimiento, estructura de servicios deficientes, concentración de bolsones de pobreza y escaso presupuesto anual que la hacía altamente dependiente del Fondo Común Municipal (Ib., p.8).

La parcialidad de un programa de erradicación enfocado básicamente hacia el cambio de vivienda se expresa en problemas de la nueva inserción de los erradicados. La encuesta da como resultado una alta evaluación positiva de la mejoría en vivienda, que ascendía a un 88% (Ib.p. 89), pero entre los problemas señalados por los beneficiarios destacan: lejanía de los lugares de trabajo; aislamiento geográfico que dificulta trabajos esporádicos complementarios del ingreso regular; destrucción de las redes informales de ayuda que existían en sus anteriores barrios (Ib., pp. 26- 28); dificultad para pagar las nuevas viviendas -por ejemplo en La Pintana en 1988 un 82% de los erradicados estaban atrasados en la cancelación de su dividendo (Ib., p. 89)-. En algunos casos, cierta elevación del costo de la vida (Ib. pp.29,94,99).

Las carreteras son deficitarias y los servicios telefónicos casi ausentes: como ejemplo, la Avenida Santa Rosa se estimaba sobresaturada en un 400%; en La Pintana existían sólo 7 teléfonos públicos (Ib., p. 137).

Diversos problemas han dado lugar a la venta y transferencia de casas, lo cual da un promedio no mayor al 10%. La migración fue mayor en los provenientes de comunas ricas (20%). Pero resaltan los altos porcentajes que proyectan o desean migrar. Existen diferentes apreciaciones de los beneficiarios según comuna de procedencia; los provenientes de comunas ricas expresan mayores índices de descontento. Por provenir de comunas con mayor capacidad financiera, este grupo vio también disminuida su recepción de subsidios (Ib., p.128).

Un nudo fundamental de problemas gira en torno a los servicios sociales. Destaca la evaluación negativa de los erradicados sobre la calidad de la educación y sobre el acceso a salud. Del total de erradicados de la muestra, un 48.3% consideró que el acceso a la educación era más difícil después de la erradicación (Ib., p. 31). Sobre la atención de salud, el índice era aún más alto, ascendiendo al 75.7% (Ib., p. 33). Un 84.8% opinó que era más difícil conseguir trabajo y un 73% que la locomoción era peor (Ib., p. 92). La precariedad de las inserciones laborales (Ib., pp.56-58) en comunas con absorción de

empleo restringida condujo a un aumento del subsidio estatal de auxilio de cesantía; en el caso de una población éste fue del 15.4% (Ib., p. 141).

La cobertura y calidad de subsidios "focalizados" presenta, de acuerdo con la encuesta, una serie de deficiencias. En las erradicaciones predominan como subsidios el programa de alimentación complementaria (PNAC), el programa de alimentación escolar (PAE) y el subsidio único familiar (SUF), subsidios destinados a menores (Ib. p. 127). La atención preescolar a cargo de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) muestra enormes problemas de cobertura: en las comunas periféricas del área sur, sus centros son prácticamente inexistentes. La Comuna de La Pintana tenía un déficit del 86%, que ascendía al 100% en las zonas de erradicación. En Puente Alto, el déficit era del 100% (Ib., p. 127).

Comparando la situación pre- y posterradicación, se aprecia en general una disminución del PAE y PNAC y un aumento del SUF y POJH. La disminución del PAE está relacionada o bien con problemas de acceso a educación básica, o con un número limitado de raciones a pesar del incremento de la demanda (Ib., p. 133). En el caso del PNAC, parece más bien relacionada con la saturación de consultorios de atención primaria cercanos a las poblaciones; en La Pintana, los consultorios tienen copada su capacidad física y déficits en personal y equipamiento médico (Ib. p. 134).

Son notorios los déficits en recursos educacionales. En San Bernardo, la cobertura en educación había disminuido entre 1984 y 1985; el déficit en 1989 se estimaba en un 38%. En La Pintana en 1985 la cobertura de enseñanza básica satisfacía solo un 54% de la demanda; existían algunas vacantes en escuelas que no ofrecían el subsidio PAE. En ese caso, los problemas de cobertura del PAE promovían el ausentismo y deserción de los estudiantes de menores recursos de la enseñanza básica (Ib., p. 136). El aumento de cobertura de los consultorios sin aumento proporcional de recursos, influyó en San Bernardo en un deterioro de los servicios y en dificultades para tener acceso al PNAC (Ib.).

Pareciera ser que todos esos factores inciden en una estructura de la demanda orientada hacia los subsidios factibles. Se observa que la segmentación espacial unida con escasez de recursos no condujo a mejorar la cobertura de la red social, sino a una notable disminución: el PAE disminuyó en 35.3% y el PNAC en un 28%. Por otro lado, al incrementarse con las erradicaciones la vulnerabilidad laboral, se crearon presiones sobre el subsidio ocupacional, que aumenta levemente.

Problemas señalados por los erradicados también están presentes en la percepción de las erradicaciones por parte de los funcionarios municipales (Raczynski y Serrano, 1987, p. 144).

NOTAS

- 1/ Con muy ligeras modificaciones para efectos de esta distinción, retomamos la planteada originalmente para una estrategia de targeting en Glewwe y van der Gaag, 1988, pp. 28 y 29.
- 2/ Criterios expresados por Vergara, 1990, como orientaciones alternativas para la "focalización" en Chile, que estimamos de relevancia general
- 3/ El estudio de Morales et. al. sobre las erradicaciones se basa, entre otras fuentes, en una encuesta realizada en 1987 en cuatro poblaciones del área suroriente, ubicadas en las comunas de La Pintana, Puente Alto y El Bosque, que conjuntamente absorbieron un 40% del total de familias erradicadas. Las poblaciones cubren erradicados provenientes de comunas ricas, pobres, del área central de la ciudad, y heterogéneas. Se realizaron 582 entrevistas.

BIBLIOGRAFIA

Raúl Allard y Alfonso Muga, 1989, "Políticas públicas de los 80 en Chile: su incidencia sobre la organización y administración de las universidades", Estudios sociales No. 61, CPU, Santiago, tercer trimestre

Sergio Boisier y Verónica Silva, 1989, "Descentralización de políticas sociales y descentralización territorial: puntos de intersección para investigación y acción", ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mimeo, octubre

Juan Casassus, Descentralización y desconcentración de los sistemas educativos en América Latina: fundamentos y dimensiones críticas, 1989, ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mimeo, octubre

Paul Glewwe y Dennis de Tray, 1989, "The Poor in Latin America during Adjustment. A Case Study of Peru", Living Standards Measurement Study Working Paper No. 56, The World Bank, Washington D.C., julio

Gonzalo Gutiérrez et. al., 1989, "La descentralización y los sistemas locales de salud en México", ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mimeo, octubre

Ernesto Isuani et. al., 1989, Estado democrático y política social, Eudeba, Buenos Aires

Ernesto Isuani y Emilio Tenti, 1989, "Una interpretación global", en Ernesto Isuani et. al., Estado democrático y política social, Eudeba, Buenos Aires

Jorge Jiménez y Margarita Gilli, 1989, "Municipalización de la atención primaria en salud", Estudios sociales No. 82, CPU, Santiago de Chile, cuarto trimestre, pp. 115-150

Bernardo Kliksberg, 1989, "¿Cómo formar gerentes sociales? Elementos para el diseño de estrategias" en Bernardo Kliksberg (compilador) ¿Cómo enfrentar la pobreza?, PNUD/CLAD, GEL, Buenos Aires

Susana Lumi, 1989, "Hacia una política habitacional", en Ernesto Isuani et. al., Estado democrático y política social, Eudeba, Buenos Aires

- Nora Lustig, 1989, "Magnitud e impacto del gasto público en el desarrollo social de México", Investigación económica No. 187, pp. 85-140, México, enero-marzo
- Adriana Marshall, 1988, Políticas sociales: el modelo neoliberal, FLACSO/LEGASA, Buenos Aires
- Anna Maria T. Medeiros Peliano, 1988, "Os Programas Alimentares e Nutricionais no Contexto da Recessão Econômica: 1980-1984", en Chahad y Cervini (organizadores), Crise e Infância no Brasil, UNICEF-IPE USP, São Paulo
- Eduardo Morales, Susana Levy, Adolfo Aldunate y Sergio Rojas, 1990, "Erradicados en el régimen militar. Una evaluación de los beneficiarios", Documento de trabajo programa Flacso-Chile No. 448, Santiago, mayo
- Eduardo Palma y Dolores Rufián, 1989, "Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional", ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mineo, octubre
- Claudio Pérez, 1989, "Política pública y salud", en Ernesto Isuani et. al., Estado democrático y política social, Eudeba, Buenos Aires
- PREALC, Colombia: la deuda social en los 80. Tomo I, 1990, Versión preliminar, mineo, Santiago, mayo
- Dagnar Raczyński y Claudia Serrano, 1987, "Administración y gestión local: la experiencia de algunos municipios de Santiago", Colección estudios CIEPLAN No. 22, Santiago, diciembre
- Dagnar Raczyński y Claudia Serrano, 1988, "Decentralización y gobierno local: la experiencia de municipios en comunas pobres de Santiago", Notas técnicas CIEPLAN No. 108, Santiago, enero
- Dagnar Raczyński y Claudia Serrano, 1988a, "¿Planificación para el desarrollo local? La experiencia de algunos municipios de Santiago", Colección estudios CIEPLAN No. 24, Santiago, junio
- Helena Ribe et. al., 1990, "How Adjustment Programs Can Help the Poor. The World Bank Experience", World Bank Discussion Papers No. 71, Washington D.C.
- Philip Musgrove (editor), 1988, Crisis económica y salud. La experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta, mineo, OPS, Washington D.C., noviembre
- Fernando Rezende, 1988, "A Política Social e a Crise Econômica", en Chahad y Cervini (organizadores), Crise e Infância no Brasil, UNICEF-IPE USP, São Paulo

Jorge Sanguinetti, 1988, La salud y el Seguro Social en Costa Rica, Informe final del proyecto de asistencia técnica Ministerio de planificación/Banco Mundial, préstamo 2519, componente No. 4, San José, marzo

Jorge Sanguinetti, 1988a, La educación general en Costa Rica: la crisis y sus posibles soluciones, Informe final del proyecto de asistencia técnica Ministerio de planificación/Banco Mundial, préstamo 2519, componente No. 3, San José, junio

Silvia de Senén González, 1989, "Políticas estatales y programas de descentralización y regionalización educativa", ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mimeo, octubre

Rubén M. Suarez-Berenguela, "Financing the Health Sector in Peru", 1987, Living Standards Measurement Study Working Paper No. 31, The World Bank, Washington D.C., abril

Pilar Vergara, 1990, Políticas hacia la extrema pobreza en Chile 1973-1988, Flacso, Santiago de Chile, febrero

Solon Vianna, André César Medici y Sérgio Piola, 1988, "Os Serviços de Saúde Durante a Recessão", en Chahad y Cervini(organizadores), Crise e Infância no Brasil, UNICEF-IPE USP, Sao Paulo

Jorge Vivas Reina et. al., "Hacia la municipalización de la educación en Colombia", ponencia a reunión interagencial sobre descentralización y desconcentración de los servicios sociales, Brasil, mimeo, octubre

World Bank, 1989, Guatemala. Public Sector Expenditure Review, Report No. 7478-GU, for official use only, Washington D.C., mayo