

**EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y
EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS
DE EDUCACIÓN Y SALUD EN BOLIVIA**

**Fernando Ruiz-Mier
Bruno Giussani S.**

Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y
Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997**

LC/L.1072
Noviembre de 1997

Este documento fue preparado por los señores Fernando Ruiz-Mier y Bruno Giussani S., consultores del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (SWE/95/561). Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Los autores desean agradecer la colaboración financiera de la Agencia Británica para el Desarrollo en la realización de estudios para preparar una reforma del sector salud, y a la Agencia Canadiense para el Desarrollo a través del Programa de Apoyo a las Reformas.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
PREFACIO	5
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. EL MARCO LEGAL PARA LA DESCENTRALIZACIÓN	11
1. Las reformas estructurales	11
2. Las características del proceso de descentralización	13
3. La transferencia de responsabilidades	13
4. La transferencia de recursos	15
III. LA DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL	19
1. La situación del país	19
2. Los servicios de educación	20
3. Los servicios de salud	29
IV. LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN	37
1. Condiciones existentes para el avance de la descentralización	37
2. Tendencias iniciales	51
V. CONCLUSIONES	75
NOTAS	77
BIBLIOGRAFÍA	81

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe, que ejecuta la Comisión Económica para América Latina y El Caribe -CEPAL- con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos (HOL/94/S57) y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar los principales desafíos que enfrentan los gobiernos de la región en el ámbito del diseño e implementación de las políticas sociales, así como las potencialidades y limitaciones asociadas a una política de descentralización de los servicios sociales que permita compatibilizar las dimensiones de eficiencia y equidad en un contexto caracterizado por la presencia de importantes restricciones presupuestarias.

Con ese objeto, el Proyecto se ha propuesto analizar los procesos de reforma de las políticas de educación básica y atención primaria en salud, tomando como eje central los procesos de descentralización en un conjunto heterogéneo de países de la región entre los cuales se encuentran: la Argentina, Bolivia, el Brasil, Colombia, México y Nicaragua.

A su vez, se realizan análisis comparativos -entre países- de los procesos de reformas que han tomado lugar en cada sector, con el propósito de identificar los principales hechos estilizados y las lecciones de política que surgen de la revisión de estos procesos.

RESUMEN

El presente trabajo presenta los resultados de un estudio que analiza los efectos iniciales del proceso de descentralización en los sectores de educación y salud, desde un punto de vista crítico de los factores que condicionan la implementación y el avance del proceso en el país. Reconociendo que, debido al corto tiempo de implementación, todavía no se puede evaluar el impacto del proceso en tales sectores, el trabajo está orientado a evaluar las condiciones existentes para su avance, y, con base en las tendencias iniciales, la dirección que el proceso está tomando. Asimismo, debido a las limitaciones de información cuantitativa, sistemática y confiable a nivel de las distintas jurisdicciones territoriales, el trabajo se apoya en evaluaciones cualitativas basadas en visitas de campo y entrevistas con los diversos actores involucrados en la provisión de los servicios de educación y salud.

El trabajo de campo ha consistido en visitas a 28 municipios, aproximadamente el 9% del total nacional, en cinco departamentos del país: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija. En estas visitas se entrevistó a los alcaldes, miembros del Concejo Municipal, los responsables municipales de educación y salud, los directores distritales de educación y los responsables de los establecimientos de salud de mayor jerarquía en la jurisdicción municipal. El trabajo de campo también incluyó entrevistas con autoridades de las prefecturas y las Secretarías Nacionales de Educación y Salud Pública.

El conjunto de municipios escogido refleja el perfil nacional con relación a la distribución de municipios por población. La muestra refleja también una variedad con relación a la predominancia lingüística en el municipio así como con relación a las características topográficas de los mismos.

I. INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Bolivia ha introducido, en los últimos tres años, un conjunto de reformas que han cambiado significativamente la organización y administración del Estado. Parte central de estas reformas es un amplio proceso de descentralización que toca a varios aspectos de la gestión del Estado y transfiere una importante cantidad de responsabilidades y recursos a los niveles departamental y local. El proceso de descentralización se inició con la promulgación de la ley de Participación Popular, que establece la creación de jurisdicciones urbano-rurales en todo el territorio del país a cargo de los gobiernos municipales autónomos y elegidos por voto popular. El proceso se extendió con la promulgación de la Ley de Descentralización Administrativa, que crea el poder ejecutivo a nivel departamental a cargo de las prefecturas departamentales. Entre las responsabilidades que ahora competen a las prefecturas departamentales y a los Gobiernos municipales, en forma conjunta, se encuentran la provisión de los servicios de educación y salud. Las principales características del proceso de descentralización son:

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

El presente documento está estructurado de la siguiente manera. En la Sección II "El Marco Legal para la Descentralización" se presenta una discusión de las reformas, de sus características y la nueva asignación de responsabilidades y recursos que emergen de las mismas. La Sección III "La Descentralización Sectorial" discute la situación de ambos sectores y presenta algunos aspectos específicos de la descentralización sectorial y la estructura del financiamiento y del gasto en ambos sectores. Finalmente, la Sección IV "La Evaluación del Proceso" evalúa las condiciones existentes para el avance de la descentralización en los sectores de educación y salud y discute las tendencias iniciales del proceso con relación a la eficiencia social, la eficiencia técnica, la equidad, la cobertura y la calidad de los servicios.

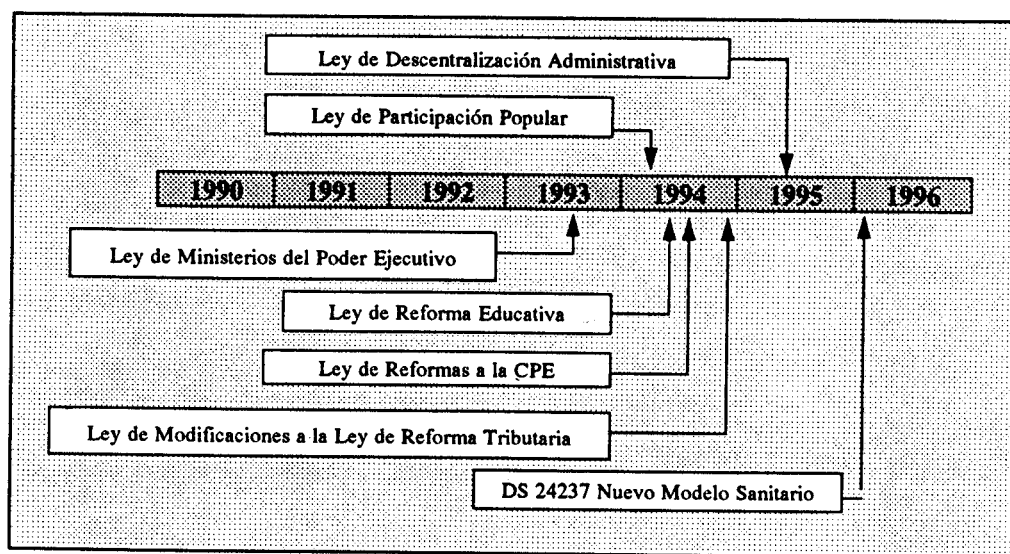
II. EL MARCO LEGAL PARA LA DESCENTRALIZACIÓN

El gobierno de Bolivia ha introducido, en los últimos tres años, un conjunto de reformas que ha cambiado significativamente la organización y administración del Estado. El efecto principal de estas reformas ha sido la creación, a nivel local y regional, de nuevos actores a quienes el Gobierno Central ha transferido, en el marco de un innovador proceso de descentralización, una importante cantidad de responsabilidades y recursos. Hay que destacar también la creación de mecanismos e instancias que permiten que la población se involucre efectivamente en la toma de decisiones y el control social.

1. Las reformas estructurales

Bolivia retoma a partir de 1982 su vida democrática y en 1985 empieza un proceso de reformas que se ha intensificado en los últimos tres años. El gráfico 1 muestra la cronología de la legislación que afecta a los sectores de educación y salud y que establece el nuevo marco legal para la transferencia de responsabilidades y recursos a los nuevos niveles subnacionales de gobierno.¹

Gráfico 1
CRONOLOGÍA DE LA TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDADES Y RECURSOS A LOS
NIVELES SUBNACIONALES DE GOBIERNO



Los pilares de las reformas son las siguientes leyes:

- *Ley 1493 de Ministerios del Poder Ejecutivo.* Esta ley, del 17 de septiembre de 1993, reestructura el Poder Ejecutivo, reduciendo significativamente el número de ministerios y varios sectores del área social alrededor del Ministerio de Desarrollo Humano (MDH). Los ex-ministerios de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP) y de Educación y Cultura (MEC) se convierten en las Secretarías Nacionales de Salud Pública (SNSP) y Educación (SNE) dentro de la estructura del MDH. Esta nueva estructura busca dar complementariedad e integralidad a las intervenciones y optimizar el uso de los recursos nacionales disponibles.
- *Ley 1551 de Participación Popular.* La ley de Participación Popular, del 20 de abril de 1994, tiene como objetivos fundamentales acercar el Estado a toda la población y crear el marco legal y los mecanismos para la participación ciudadana en la toma de decisiones. Con este propósito, la ley de Participación Popular establece la creación de Gobiernos municipales autónomos en todo el territorio nacional, circunscritos a una sección de provincia, con jurisdicción urbano-rural y responsabilidades sobre los sectores sociales, particularmente salud y educación. Asimismo, la ley de Participación Popular reconoce legalmente como representantes de la sociedad civil frente al Estado a las organizaciones de los pueblos indígenas, comunidades campesinas y juntas vecinales del país, y crea los mecanismos para su participación, dentro del ámbito municipal, en los procesos de planificación, ejecución y fiscalización de proyectos de desarrollo. Finalmente, la ley de Participación Popular también establece el porcentaje de co-participación tributaria asignado a los Gobiernos municipales y los mecanismos de distribución de estos recursos.
- *Ley 1565 de Reforma Educativa.* La ley de Reforma Educativa del 7 de julio de 1994, establece la creación de un Sistema Educativo Nacional, intercultural y plurilingüe, universal y participativo, gratuito en todos los establecimientos fiscales y obligatorio en su nivel primario. La ley de Reforma Educativa también establece una estructura desconcentrada de administración del Sistema Educativo Nacional y una estructura paralela de participación popular diseñada para apoyar y fiscalizar las acciones de las autoridades del sistema.
- *Ley 1585 de Reformas a la Constitución Política del Estado.* Con la promulgación de la ley de Reformas a la Constitución Política del Estado, el 12 de agosto de 1994, se cambia la naturaleza política del nivel departamental, derogando su calidad de "gobierno" y estableciendo, más bien, su condición de instancia desconcentrada del poder ejecutivo. El Prefecto del departamento es la máxima autoridad a nivel departamental a cargo de la Prefectura, pero se crea con esta ley un Consejo Departamental para asesorar y fiscalizar sus acciones.
- *Ley 1606 de Modificaciones a la Ley de Reforma Tributaria.* La ley de Modificaciones a la Ley de Reforma Tributaria del 22 de diciembre de 1994, transfiere la autoridad sobre la recolección del impuesto a la propiedad de bienes inmuebles y vehículos (IPB) a los gobiernos municipales creados por la Ley 1551 de Participación Popular y crea el Impuesto Especial a los Hidrocarburos (IEH) que se coparticipa, a partir de la Ley de descentralización administrativa, a las nuevas Prefecturas departamentales.
- *Ley 1654 de Descentralización Administrativa.* La ley de Descentralización Administrativa, promulgada el 28 de julio de 1995, tiene tres objetivos muy claros: i) definir la estructura del Poder Ejecutivo a nivel departamental, ii) delegar

responsabilidades del Gobierno Nacional a las nuevas Prefecturas departamentales, y iii) establecer los recursos económicos a transferirse y los mecanismos de asignación de los mismos.

- *Decreto Supremo 24237 del Nuevo Modelo Sanitario.* Para dar respuesta a la situación de salud en el país y adecuar el sector a las leyes de participación popular y descentralización administrativa, el Decreto Supremo 24237 del 8 de febrero de 1996 crea el Sistema Público de Salud, Descentralizado y Participativo (SPS) o el *nuevo modelo sanitario*. Este nuevo modelo establece las responsabilidades específicas de la salud de todos los actores, existentes y nuevos, en la provisión de servicios y los mecanismos de gestión compartida para el sector.

2. Las características del proceso de descentralización

El proceso de descentralización que se vive en Bolivia a partir de 1994, tiene su origen: i) en una nueva lógica de gestión pública que busca acercar las decisiones sobre la solución de los problemas a la población, ii) en la necesidad de articular mejor el territorio y las instancias de administración del Estado y iii) en antiguas reivindicaciones regionales de carácter económico y político. En consecuencia, el proceso de descentralización en Bolivia, es un proceso global, que sobrepasa las consideraciones estrictamente sectoriales de los sectores sociales sobre los que impacta significativamente. Un primer resultado de esta situación es que la estructura de estos sectores, particularmente educación y salud, ha tenido que adecuarse para acomodar a los nuevos actores involucrados en la provisión de los servicios. Las principales características de la descentralización pueden resumirse en la naturaleza global del proceso; la organización de la estructura de gobierno en tres niveles, cada uno con responsabilidades y fuentes de recursos bien definidas: el gobierno central, las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales; la creación de instancias y mecanismos para la participación de la población en la toma de decisiones y el control social; y la descentralización por factores en los sectores sociales, que implica que cada uno de los diferentes niveles en la estructura de gobierno tiene responsabilidades sobre un conjunto diferente de insumos para la provisión de los servicios. El cuadro 1 caracteriza, desde una perspectiva global, el modelo de descentralización adoptado en Bolivia.

3. La transferencia de responsabilidades

El proceso de descentralización en el país se inicia directamente con la promulgación de la ley de Participación Popular y se extiende con la aprobación de la ley de Descentralización Administrativa. Ambas leyes transfieren a los Gobiernos municipales y a las Prefecturas departamentales, un importante volumen de responsabilidades que estaban anteriormente asignadas, explícita o implícitamente, al Gobierno Central. La ley de Participación Popular transfiere en favor de los nuevos Gobiernos municipales, entre otros, el derecho de propiedad sobre la infraestructura física de los servicios públicos de salud (centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel) y educación (establecimientos educativos de los ciclos pre-escolar, primaria y secundaria). A partir de la promulgación de esta ley, es también responsabilidad de los Gobiernos municipales la administración, equipamiento, operación y mantenimiento de la infraestructura existente y nueva.

Es importante resaltar la peculiaridad del modelo de descentralización boliviano, que además de la transferencia de competencias y recursos a niveles subnacionales se transfiere responsabilidades concretas a organizaciones representativas de la población, estableciendo un espacio para la participación ciudadana. En este sentido, las juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas, las expresiones organizadas de la población boliviana, tienen asignadas responsabilidades en la ley de Participación Popular. Entre otras, se destaca la capacidad de proponer, pedir, identificar y priorizar proyectos de desarrollo

en las áreas de competencia del municipio y participar, cooperar, controlar y fiscalizar su ejecución. El Comité de Vigilancia, conformado por representantes de estas organizaciones de base, es el encargado de articular los deberes y derechos de la población con el Gobierno Municipal, en lo relativo al cumplimiento de sus funciones, el uso correcto de los recursos municipales y la atención equitativa de las demandas urbanas y rurales (cuadro 2).

Cuadro 1
MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN BOLIVIANO

Nivel	Municipal	Departamental
Recursos (Nacionales Transferidos)	Se reorganizaron e incrementaron las transferencias fiscales a los niveles subnacionales.	
	20% de coparticipación tributaria (no incluye el Impuesto Especial a los Hidrocarburos - EIH)	25% de coparticipación del IEH Fondo Compensatorio Departamental (FCD) Transferencias específicas
(Propios)	Se incrementaron las facultades locales para recaudar recursos a través de impuestos locales, patentes, tasas y tarifas	Regalías departamentales (impuesto al volumen de explotación de los recursos naturales no renovables - mineros, hidrocarburiíferos y forestales)
Mecanismos de Transferencia de Recursos	Fórmula, per cápita	IEH - 50% por departamento, 50% per cápita, FCD - Fórmula de compensación en base al promedio de regalías per cápita.
Responsabilidades Transferidas	Desarrollo municipal. Construcción, equipamiento, administración y mantenimiento de la infraestructura social transferida	Desarrollo departamental. Inversión en proyectos sectoriales productivos. Administración, supervisión y control de los recursos humanos en educación y salud.
Criterios de Gasto	No más del 15% de los recursos pueden ser empleados en gastos de administración No existe un direccionamiento sectorial del gasto en el marco de las responsabilidades transferidas.	
	Acceso a recursos de cofinanciamiento de los Fondos condicionados a que el 30% del presupuesto municipal sea asignado al desarrollo humano y el 25% al apoyo a la producción.	No se han impuesto condicionantes ni restricciones para el gasto en las prefecturas departamentales.
Mecanismos de Participación Popular	Reconocimiento jurídico de las organizaciones de los pueblos indígenas, las comunidades campesinas y las juntas vecinales urbanas Comité de Vigilancia Elecciones directas de gobiernos municipales Planificación participativa.	Consejo Departamental con representación elegida con base en la población y el número de provincias en el departamento.

Fuente: Elaboración Propia.

Por otra parte, la ley de Descentralización Administrativa establece la competencias y responsabilidades que se transfieren al Prefecto y al Consejo Departamental. Las principales atribuciones del Prefecto, en el marco de la descentralización administrativa, son la formulación de los planes de desarrollo económico y social del departamento, la ejecución de los programas y proyectos de inversión pública y la administración, supervisión y control de los recursos humanos en salud, educación y asistencia social, y del adecuado funcionamiento de los servicios de asistencia social, deportes, cultura, turismo, agropecuarios y de vialidad. Las competencias y atribuciones del Consejo Departamental son la fiscalización y control de las acciones del Prefecto. Asimismo, la ley de Descentralización Administrativa transfiere a las Prefecturas departamentales las responsabilidades de planificar la prestación de los servicios públicos de educación y de administrar, controlar y supervisar a los recursos humanos del sector en el departamento. La Secretaría Nacional de Educación (SNE), a partir de la promulgación de las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa, tiene únicamente responsabilidades normativas y reguladoras.

4. La transferencia de recursos

La ley de Participación Popular y la ley de Descentralización Administrativa establecen la transferencia de recursos nacionales a los niveles subnacionales conmensurados con la nueva asignación de responsabilidades. Igualmente establecen las nuevas fuentes de recursos que se descentralizan a estos niveles. Así, los gobiernos municipales reciben el 20% de la recaudación efectiva de las rentas nacionales en la forma de co-participación tributaria. Estos recursos se dividen entre los municipios con población mayor a 5,000 habitantes en términos per cápita. Las secciones de provincia que tengan menos de 5,000 habitantes deben formar mancomunidades para poder acceder a los recursos de transferencia. De otra parte, la Ley 1702 de modificaciones a la Ley 1551 de participación popular, establece que el 85% de los recursos de co-participación tributaria deben ser asignados por el gobierno municipal a inversión pública al igual que un techo de 15% para la asignación de gasto corriente con los recursos de generación local. Estos recursos provienen, principalmente, de los ingresos generados por la asignación de patentes, el cobro de tarifas por servicios y la recaudación de impuestos municipales. Finalmente, el Decreto Supremo 24182 de 1995, establece que los Fondos de Desarrollo no acreditarán recursos financieros a los Municipios que no hayan asignado el 30% de sus recursos de coparticipación a actividades relacionadas al desarrollo humano y el 25% a actividades de apoyo a la producción.

Los recursos departamentales son administrados por el Prefecto y están constituidos, según la ley de Descentralización Administrativa por transferencias de recursos nacionales en la forma del Fondo Compensatorio Departamental (FCD), la co-participación del 25% de la recaudación efectiva del Impuesto Especial a los Hidrocarburos (IEH) y las asignaciones consignadas anualmente en el Presupuesto General de la Nación (PGN) para el gasto en la partida de servicios personales para los servicios de salud, educación y asistencia social. Las regalías departamentales, un impuesto al volumen de explotación de los recursos naturales no renovables, son recursos departamentales. Las regalías departamentales se distribuyen entre los departamentos productores de hidrocarburos, minerales y madera, en un porcentaje específico para cada caso, de acuerdo con el valor del producto en el lugar de explotación. Por otro lado, el Fondo Compensatorio Departamental (FCD) es un mecanismo de asignación de recursos para los departamentos que anualmente se encuentren por debajo del promedio nacional de regalías por habitante. La compensación corre por cuenta del Tesoro General de la Nación (TGN) y es igual al monto de recursos que permita a los departamentos afectados alcanzar el promedio nacional. Finalmente, la distribución entre los departamentos de los recursos equivalentes al 25% del IEH se realiza de la siguiente manera: el 50% del total en función de la población de cada departamento

y el 50% en forma igualitaria para los nueve departamentos. Los recursos propios de la Prefectura se generan, principalmente de los servicios que proveen.

Cuadro 2
RESPONSABILIDADES DESCENTRALIZADAS DE LA
PARTICIPACIÓN POPULAR

Autoridad	Responsabilidades descentralizadas
Comité de Vigilancia constituido por representantes de los cantones y/o distritos municipales elegidos por la población.	a) Vigilar que los recursos municipales se inviertan de manera equitativa entre las poblaciones urbana y rural. b) Controlar que no se destinen a gasto corriente más del 15 % de los recursos de participación popular (Ley 1702). c) Pronunciarse sobre el presupuesto de los recursos de participación popular y la rendición de cuentas de gasto e inversión.
Juntas Vecinales, Comunidades Campesinas y Pueblos Indígenas. La ley reconoce a estas instancias organizadas según sus usos y costumbres como representaciones de la población.	a) Proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos a nivel municipal. b) Identificar, priorizar, participar en la ejecución de la inversión municipal. c) Coadyuvar al mantenimiento, resguardo y protección de los bienes públicos, municipales y comunitarios. d) Participar y promover acciones relacionadas a la gestión y preservación del medio ambiente. e) Representar y obtener la modificación de acciones, decisiones, obras o servicios, cuando estos sean contrarios al interés comunitario. f) Proponer el cambio o la ratificación de las autoridades de salud y educación. g) Informar y rendir cuentas a la comunidad de las acciones que se desarrollan en su representación. h) Acceder a información sobre los recursos de participación popular. i) Promover el acceso equitativo de las mujeres y hombres a niveles de representación.

Fuente: Elaboración Propia.

Los ingresos nacionales, a partir de la Ley 1606 de Modificaciones a la Ley de Reforma Tributaria, son: i) el Impuesto al Valor Agregado (IVA), ii) el Régimen Complementario del IVA (RC-IVA), iii) el Impuesto al Consumo Específico (ICE), iv) el Impuesto a las Utilidades (IU), v) el Impuesto a las Transacciones (IT), vi) el Impuesto de Viajes al Exterior (IVE), vii) el Impuesto a la Transferencia Gratuita de Bienes (TGB) y viii) el Gravamen Aduanero Consolidado (GAC). Estos son ingresos nacionales coparticipables. El Impuesto Especial a los Hidrocarburos (IEH) es también un ingreso nacional, que no es coparticipable a los Gobiernos municipales pero si a las Prefecturas departamentales. La transferencia efectiva de recursos se inicia a nivel departamental con la creación de las Corporaciones Regionales de Desarrollo (CORDE) y a nivel municipal con la promulgación de la Ley Orgánica de Municipalidades. La aprobación de la Ley 843 de Reforma Tributaria, el 20 de Mayo de 1986, modifica y amplía los recursos de transferencia destinados tanto a las CORDE como a los gobiernos municipales. Finalmente, la ley de Participación Popular y la ley de Descentralización Administrativa establecen las transferencias vigentes. El cuadro 3 resume los cambios ocurridos entre una y otra disposición legal.

Cuadro 3
TRANSFERENCIAS EFECTIVAS ANTES Y DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Instituciones	Anterior a la Descentralización		Posterior a la Descentralización
	Anterior a la Ley de Reforma Tributaria	Posterior a la Ley de Reforma Tributaria	
Prefecturas Departamentales (CORDE antes de la descentralización)	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencias PGN • Regalías departamentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencias PGN • Regalías departamentales • 10% Coparticipación tributaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencias PGN • Regalías departamentales • FCD • 25% coparticipación IEH
Gobiernos municipales	<ul style="list-style-type: none"> • 0.5% Coparticipación tributaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10% Coparticipación tributaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20% Coparticipación tributaria. • Transferencia IPB

Fuente: Elaboración Propia.

III. LA DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL

El proceso global de descentralización introducido en Bolivia ha tenido un efecto significativo en la provisión de los servicios sociales, particularmente de educación y salud. La incorporación de nuevos actores a nivel departamental y municipal, cada uno con responsabilidades y recursos para la provisión de insumos de estos servicios, ha generado la necesidad de respuestas sectoriales imaginativas para mantener la unidad de los sistemas.

1. La situación del país

Bolivia es un país unitario, multicultural y plurilingüe. De acuerdo con el censo nacional de población y vivienda, de 1992, la población boliviana es de 6,420,792 habitantes, distribuida en un 58% en el área urbana y 42% en el área rural (cuadro 4). La estimación de la población para el año 1996 es de 7,588,381 habitantes. La población está concentrada en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, el eje económico, donde vive el 70% de todos los bolivianos. Las ciudades más importantes en estos departamentos son La Paz, el Alto, Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra, con una población equivalente al 35% del total nacional. La población es joven - 42% es menor de 15 años - y los grupos étnicos predominantes son el aymará y el quechua, existiendo un importante número de grupos minoritarios entre los que se destacan los guaraníes. El número de provincias y municipios por departamento se resume en el cuadro 4. El PIB per cápita, que para 1995 se calcula en \$856 dólares, es uno de los más bajos en América Latina. La pobreza, medida en términos de necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanza al 70% de los hogares bolivianos y al 95% de los hogares en el área rural. Está claro, que la división política es arbitraria y no responde a la extensión territorial o a la población.

Cuadro 4
BOLIVIA: POBLACIÓN URBANA Y RURAL, AÑO 1992

Depto.	Extensión Km ²	No. Prov.	No. M/pios	Población Total	Población Urbana	Población Rural	Índice de NBI
La Paz	133,985	20	75	1,900,786	1,193,821	706,965	70.5
Oruro	53,588	16	34	340,114	222,018	118,096	70.3
Potosí	118,218	16	38	645,889	216,835	429,054	80.0
Cochabamba	55,631	16	44	1,110,205	580,188	530,017	70.8
Chuquisaca	51,524	10	28	453,756	147,401	306,355	76.8
Tarija	37,623	6	11	291,407	159,438	131,969	66.3
Santa Cruz	370,621	15	47	1,364,389	982,396	381,933	58.0
Beni	213,564	8	19	276,174	182,748	93,426	77.4
Pando	63,827	5	15	38,072	10,001	28,071	80.6
Bolivia	1,098,581	112	311	6,420,792	3,694,846	2,725,946	69.8

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992 y Mapa de Pobreza, 1995.

2. Los servicios de educación

Las reformas estructurales introducidas en los últimos tres años han afectado significativamente al sistema educativo nacional (88% público y 12% privado). La reforma educativa estableció nuevos contenidos curriculares y pedagógicos para el aprendizaje de los estudiantes y modificó, en función de requerimientos puramente sectoriales, la organización, administración y funcionamiento del sistema. En contraste, los cambios introducidos por el proceso global de descentralización han sido externos al sector y han tenido profundas implicaciones para el desempeño del sistema educativo. Los principales cambios introducidos por estas leyes están asociados a la creación de nuevos actores dentro del sistema, la relación entre éstos y los existentes y la reasignación de responsabilidades y recursos.

a) La situación del sector

El sector de educación, como los demás sectores del área social, muestra un conjunto de indicadores que son altamente preocupantes para el país. Para apreciar mejor el panorama que presenta el sector, estos indicadores pueden agruparse en indicadores de oferta, que muestran el esfuerzo estatal para proveer servicios de educación y los indicadores de resultado, que miden el desempeño actual del sistema educativo nacional. Algunos indicadores de oferta, presentados en el cuadro 5 permiten derivar las siguientes conclusiones: i) los recursos asignados a educación son escasos, ii) la distribución de recursos por nivel educativo no refleja las prioridades sectoriales, iii) el déficit de infraestructura educativa es elevado y iv) la relación maestro/alumno es ineficiente.

Cuadro 5
INDICADORES DE OFERTA DEL SECTOR SALUD

Relación presupuestaria, 1995	(%)	Déficit de infraestructura, 1993	(%)
Educación/PIB	5.8	Servicios Básicos	71
Educación/PGN	8.1	Construcción	85
Educación/gasto administrativo central	19.8	Establecimientos/ inmuebles	1.14
Salarios/educación	81.0	Urbano	2.12
Salarios/educación gasto	97.9	Rural	1.03
Inversión/educación	17.3	Aulas/inmueble	5.9
Gasto per cápita (\$US)	48.9		
Gasto en educación, 1995	(%)	Relaciones maestro/alumnos, 1995	
Primaria	45	Total	1/18
Secundaria	9	Urbano	1/23
Universidades	26	Rural	1/15
Administración	8		
Otros	12		

Fuente: Secretaría Nacional de Educación, 1996.

Los indicadores de resultado del sistema educativo nacional se presentan en el cuadro 6. Del análisis de esta información se puede concluir que: i) la tasa de analfabetismo

es alta, ii) la tasa neta de matrícula para el ciclo básico es elevada, pero disminuye notoriamente para los ciclos intermedio y medio, y iii) las tasas de finalización y repitencia son altas.

Cuadro 6
INDICADORES DE RESULTADO DEL SECTOR DE EDUCACIÓN

Indicadores sectoriales	Nacional	Urbano	Rural	Hombres		Mujeres	
				Urbano	Rural	Urbano	Rural
Años de escolaridad promedio	6	8	3	9	4	7	2
Tasa de analfabetismo (%)							
Nominal	20	10	37	4	23	16	50
Funcional	35	—	—	—	—	—	—
Tasa neta de matrícula (%)							
Básico	83	92	74	93	77	89	69
Intermedio	47	75	15	79	19	71	12
Medio	30	48	4	49	5	47	5
Tasa de finalización (%)							
Básico	47	72	29	76	30	69	27
Intermedio	26	53	7	60	10	46	5
Medio	14	31	2	33	2	29	1
Tasa de deserción (%)							
Básico	9	5	12	5	12	5	11
Intermedio	11	11	12	12	11	10	12
Medio	12	12	7	12	7	12	7

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992; Mapa Educativo Básico, 1993; UDAPSO, 1995.

b) La reforma educativa

La Ley 1565 de Reforma Educativa introduce importantes cambios al sistema educativo boliviano que se instrumentan alrededor de cuatro estructuras básicas:

La estructura de organización curricular. Define las áreas, niveles, ciclos y modalidades del sistema educativo nacional, establece la educación bilingüe, la asistencia obligatoria y prioriza la atención de la Reforma Educativa al nivel primario. Los principales instrumentos de cambio son el Programa de Transformación, que atiende las deficiencias pedagógico curriculares del sistema educativo, y el Programa de Mejoramiento, que atiende las deficiencias de carácter material, como son la infraestructura, el equipamiento y los insumos escolares.

La estructura de administración. Determina las áreas y niveles de responsabilidad en la administración de las actividades educativas. Su tarea fundamental es planificar, organizar, dirigir y evaluar el proceso educativo para facilitar el logro de los objetivos del sistema. La administración se organiza a partir de los siguientes niveles territoriales. Así, a nivel nacional, a través de la Secretaría Nacional de Educación, con la Subsecretaría de Educación Pre-Escolar, Primaria y Secundaria, encargada de la conducción de la Reforma Educativa, la Subsecretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología y la Subsecretaría de Educación Alternativa; a nivel departamental, a través de la dirección departamental de educación; a nivel municipal, por medio de la dirección distrital de educación; a nivel de

núcleo, a través del director de núcleo educativo; y, a nivel de escuela, por el director del establecimiento educativo.

La Estructura de participación popular. Esta estructura determina los niveles de organización de la comunidad para participar en el proceso educativo. Los mecanismos de participación de la población en la educación son: las juntas escolares, conformadas por los padres de familia, los maestros y los representantes de las organizaciones comunitarias de base; las juntas de núcleo, constituidas por los representantes de las juntas escolares alrededor de un núcleo escolar; las juntas distritales, constituidas por los representantes de las juntas de núcleo en el municipio; los consejos departamentales de educación, constituidos por los representantes de las juntas distritales en el departamento, la organización sindical de los maestros, la universidades públicas y privadas y las organizaciones estudiantiles; los consejos educativos de los pueblos originarios, constituidos a nivel departamental por los representantes de las diferentes grupos étnicos en el departamento; y el Consejo Nacional de Educación, constituido por representantes de todas las instituciones nacionales vinculadas a la educación.

La Estructura de los Servicios Técnico-Pedagógicos y Administración de Recursos. Tiene la finalidad de atender los requerimientos de las anteriores estructuras educativas y organiza las unidades de apoyo administrativo y técnico-pedagógico para las diferentes áreas, niveles y modalidades del sistema.

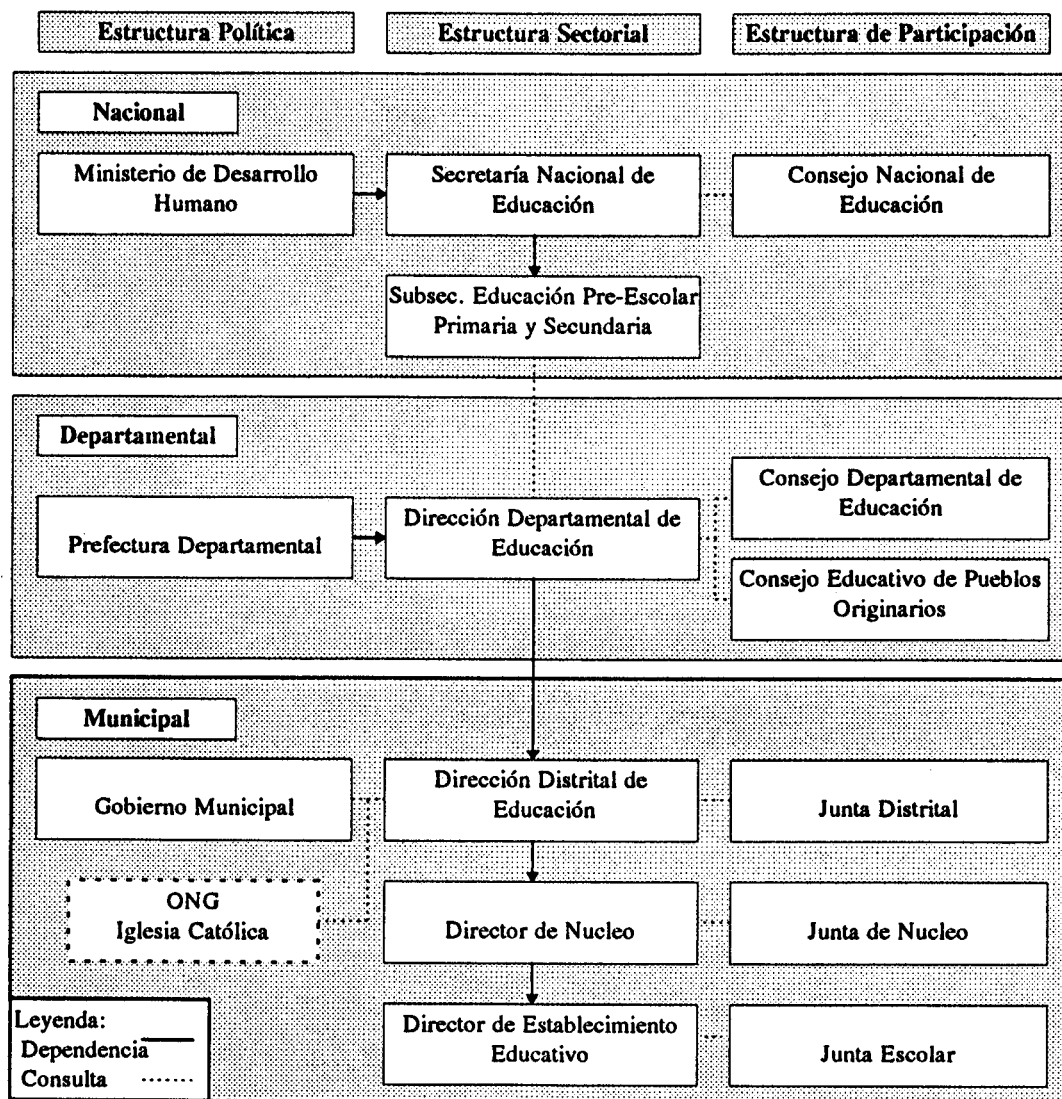
c) *La participación popular y la descentralización administrativa*

La ley de reforma educativa se promulga con posterioridad a la ley de participación popular y, por esta razón, introduce desde su concepción una estructura sectorial que reconoce los nuevos niveles y jurisdicciones territoriales y establece los mecanismos para la participación de la población en las decisiones sobre educación. Por otro lado, la promulgación de la ley de descentralización administrativa modifica las dependencias y relaciones de la nueva estructura sectorial estableciendo el poder ejecutivo a nivel departamental. La organización actual del sector en los tres niveles de gobierno se refleja en el gráfico 2.

La conducción del sector está a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano, a través de la Secretaría Nacional de Educación (SNE). La función principal de la SNE es proponer al Ministro de Desarrollo Humano la política de educación y supervisar y evaluar su cumplimiento. En el área formal, esta función recae sobre la Subsecretaría de Educación Pre-escolar, Primaria y Secundaria (SEPPS), que además tiene directa responsabilidad sobre la ejecución del programa de reforma educativa. La relación de la SEPPS con el resto del sistema es a través del Director General de Educación, quién es la autoridad encargada de hacer cumplir las políticas y prioridades educativas definidas por el gobierno en todo el territorio nacional. El Consejo Nacional de Educación es un órgano deliberante, de carácter consultivo y de asesoramiento de la Secretaría Nacional de Educación.

La ley de Reforma Educativa se promulga con posterioridad a la ley de participación popular y, por esta razón, introduce desde su concepción una estructura sectorial que reconoce los nuevos niveles y jurisdicciones territoriales y establece los mecanismos para la participación de la población en las decisiones sobre educación. Por otro lado, la promulgación de la ley de descentralización administrativa, posterior a la ley de reforma educativa, modifica las dependencias y relaciones de la nueva estructura sectorial estableciendo el poder ejecutivo a nivel departamental. Es decir, todas las instancias territoriales que dependían de la Secretaría Nacional de Educación pasan a depender de la prefectura, así como los directores de núcleo y los directores de establecimientos.

Gráfico 2
ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL SECTOR EDUCATIVO SEGÚN
NIVELES DE GOBIERNO



La responsabilidad sobre la administración y el funcionamiento del sistema educativo nacional le corresponde a las prefecturas departamentales, a través de las direcciones departamentales de educación, los directores distritales de educación, los directores de núcleo y los directores de establecimientos educativos. A nivel departamental, el Director Departamental de Educación está encargado de planificar la gestión educativa, elaborar el presupuesto y dirigir su ejecución. Es también su función supervisar y reforzar

técnicamente a los distritos, núcleos y escuelas. Por otro lado, los consejos departamentales de educación y los consejos educativos de los pueblos originarios son instancias de asesoramiento de la Dirección Departamental de Educación, el primero en relación con el cumplimiento de las normas básicas establecidas para el funcionamiento del sistema educativo nacional, y el segundo con relación al funcionamiento de la educación intercultural y bilingüe.

A nivel local, los directores distritales, los directores de núcleo y los directores de establecimientos educativos son los encargados de la provisión de los servicios de educación. Los Directores Distritales deben además supervisar el adecuado funcionamiento de los núcleos y escuelas, presentar los requerimientos de los establecimientos educativos al municipio para su inscripción en los Programas Anuales Operativos (PAO) municipales y vigilar su ejecución. Los gobiernos municipales, por su parte, son los responsables de asegurar la provisión adecuada de infraestructura educativa, equipamiento, materiales e insumos escolares. En algunos casos, con acuerdo entre el municipio y el Director Distrital, el Estado delega a organizaciones de la Iglesia u organizaciones no gubernamentales (ONG) la administración y el funcionamiento de escuelas públicas, aportando con la remuneración de los maestros. Los órganos de participación popular a nivel local -las juntas escolares, las de núcleo y las distritales- tienen tareas importantes con relación a la identificación de requerimientos de la o las escuelas de su jurisdicción, el control de los recursos y funcionamiento del sistema y la evaluación de la gestión educativa. Las Juntas, en ejercicio de sus atribuciones y utilizando los canales legales para el efecto, podrán pedir la remoción de los maestros, los directores de establecimiento, los directores de núcleo y el director distrital.

d) La estructura del financiamiento y del gasto en educación

Los recursos estatales destinados al sector de educación en Bolivia son insuficientes para atender las necesidades existentes. Adicionalmente, y lo que resulta más preocupante es que estos recursos están distribuidos y utilizados de una forma ineficiente, puesto que no responden a prioridades ni reflejan resultados. Los esfuerzos actuales del gobierno, enmarcados dentro de la reforma educativa, la participación popular y la descentralización administrativa, están dirigidos a modificar esta situación. En el caso de la reforma educativa, garantizando nuevos recursos para transformar el sistema educativo y, en el caso de la participación popular y la descentralización administrativa, acercando las decisiones sobre la utilización de recursos a la población.

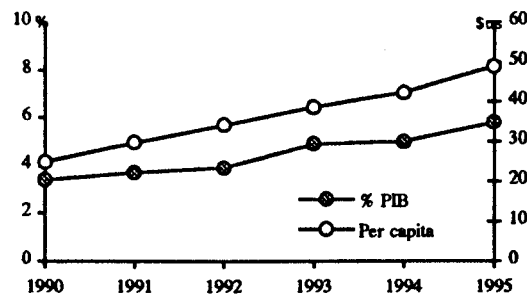
i. La evolución del gasto educativo

El gasto nacional en educación en Bolivia muestra una tendencia de crecimiento en relación al PIB en los últimos seis años, lo que demuestra la mayor prioridad que el gobierno le asigna al sector. El incremento, en términos de dólar, es de 3.4% del PIB en 1990 a 5.8% en 1995, lo que se traduce a una duplicación del monto de recursos asignados al sector de la educación. En 1995 la asignación estatal a la educación equivale a \$48.9 dólares per cápita (gráfico 3).² Este nivel de gasto per cápita es menor al observado en países como la Argentina \$147 dólares, el Brasil \$77 dólares y Chile \$68 dólares, lo que sugiere que el gasto educativo es aún insuficiente para resolver el retraso en el sistema educativo nacional. Al mismo tiempo, la evidencia de que países como Colombia asignan un monto per cápita parecido al de Bolivia sugiere adicionalmente que el gasto educativo se realiza de manera poco efectiva.

El gasto total en educación está compuesto de gasto corriente y gasto de capital o inversión (gráfico 4). En 1995, la ejecución del gasto educativo alcanzó a \$358.8 millones de dólares, de los cuales el 90% eran para gasto corriente y el restante 10% para inversión.

Esta relación muestra un incremento paulatino en favor de los recursos de inversión, habiendo empezado la década prácticamente con cero. La participación de la inversión en el gasto educativo total se ha incrementado significativamente a partir de 1994, año en que se promulgan las leyes de participación popular y reforma educativa. La programación de recursos para el sector en 1996 alcanza a \$418.9 millones de dólares, 84% para gasto corriente y 16% para inversión.

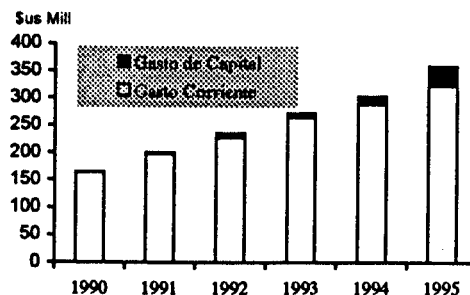
Gráfico 3
GASTO NACIONAL EN EDUCACIÓN



Fuente: INE, SNE

El gasto corriente en educación está compuesto principalmente por el presupuesto de la Secretaría Nacional de Educación (SNE) y las transferencias a las universidades públicas por concepto del 5% de coparticipación tributaria y la subvención estatal por estudiante.³ Las transferencias a las universidades públicas representaban, en promedio, el 25% del total de los recursos asignados al sector o \$80 millones de dólares en 1995. Por otro lado, el gasto de la SNE representa el restante 75%, monto que está destinado en un 99% al pago de salarios del personal docente y administrativo del sistema educativo nacional, equivalente en 1995 a \$240 millones de dólares. El 1% restante, que en 1995 representaba \$1 millón de dólares, está asignado principalmente al financiamiento de gastos de administración nacional.

Gráfico 4
GASTO FISCAL EN EDUCACIÓN



Fuente: SNE, SNH

ii. *Fuentes de financiamiento del gasto educativo*

El financiamiento del gasto corriente, anterior al proceso de reformas en curso estaba constituido principalmente por los aportes estatales que realizaba el tesoro general de la Nación (TGN) al sector, a través de la SNE, para cumplir con las transferencias de recursos a las universidades públicas, el pago de planillas de docentes y administrativos, y los gastos de operación a nivel nacional. Los recursos propios, generados en las escuelas por el pago de la matrícula, financiaban el gasto de operación de las mismas y, por medio de un sistema de co-participación de "abajo hacia arriba", los gastos de operación de los niveles desconcentrados de la administración del sistema educativo. Las otras fuentes de financiamiento, que incluyen las contribuciones de la Iglesia, las ONG y los aportes privados, no se pueden establecer por falta de registros confiables.

El financiamiento del gasto de capital o inversión, en los años anteriores al proceso de descentralización, estaba constituido por el gasto del Consejo Nacional de Edificaciones Escolares (CONES), que recibía recursos del TGN, las corporaciones regionales de desarrollo (CORDE), con recursos departamentales provenientes de las regalías, y el Fondo de Inversión Social (FIS), entidad creada en 1991 específicamente para canalizar recursos externos para el financiamiento de infraestructura en educación, salud y saneamiento básico. Durante este período, la inversión estaba orientada principalmente a la construcción y equipamiento de nuevas escuelas.

El Financiamiento del gasto corriente posterior a la descentralización. El financiamiento del gasto corriente en los años posteriores a la descentralización no sufre cambios significativos. La principal fuente de financiamiento sigue siendo el TGN, que asigna recursos a través de presupuesto a la SNE para el financiamiento de la administración nacional del sistema educativo y realiza transferencias de recursos a las Prefecturas departamentales y las universidades públicas. El presupuesto de gasto corriente de la SNE, que se elabora con base en un presupuesto histórico más un ajuste por la inflación o el crecimiento vegetativo del sistema, es tan reducido en relación a las transferencias que generalmente se aprueba sin mayor discusión.

La transferencia de recursos de educación por parte del TGN a las prefecturas departamentales, que se inicia a partir de 1996, es exclusivamente para el pago de las planillas de salarios del personal docente y administrativo del sistema educativo nacional. Esta transferencia de recursos se realiza -de acuerdo con la ley- directamente al tesoro departamental, para que esta instancia emita los pagos correspondiente a los docentes y administrativos que se encuentran en la planilla de la Dirección Departamental de Educación. El presupuesto de transferencia a las prefecturas departamentales para 1996 alcanzó a \$ 255 millones de dólares. Sin embargo, las planillas departamentales aún se elaboran a nivel central en la SNE y de acuerdo con el sistema vigente. Es decir, no se ha descentralizado efectivamente esta responsabilidad a pesar de que algunas direcciones departamentales de educación tienen la capacidad instalada desde hace varios años. Al margen,⁴ tampoco se han realizado esfuerzos concretos entre el nivel nacional y departamental para preparar la transferencia a fin de establecer nuevos mecanismos y procedimientos de contratación o remoción del personal, que permitan administrar la planilla de forma más adecuada y ligarla de una manera más transparente a las necesidades locales. Finalmente, resulta importante hacer notar que el pago de planillas está todavía centralizado en el TGN.

Los ingresos propios. Con la promulgación de la ley de reforma educativa los ingresos por concepto de pago de matrícula (un promedio de \$177 dólares por escuela al año) desaparecen y la responsabilidad sobre la provisión de éstos ítemes de gasto se transfiere a los gobiernos municipales con la ley de participación popular. La pérdida de los

recursos percibidos por el pago de matrícula ha afectado también a los niveles departamentales y distritales de la administración del sistema educativo nacional. Estos niveles tenían una co-participación de 10% en el total de los recursos recaudados para financiar gastos cotidianos de administración. Con la ley de descentralización administrativa, estas instancias pasan a depender de las prefecturas departamentales, quienes aún no han asumido sus responsabilidades con relación a la provisión de recursos para financiar estos ítemes de gasto.

El financiamiento de los gastos de capital posterior a la descentralización. Los recursos asignados a la inversión en educación han crecido de manera significativa en los últimos años. Es interesante analizar los cambios en la distribución de estos recursos por fuente a partir de la promulgación de las leyes de reforma educativa, participación popular y descentralización administrativa. En 1993, la inversión en el sector alcanzaba a \$7.8 millones de dólares y estaba compuesta de la inversión que realizaba el FIS en un 55% y la inversión del CONES, las CORDE y otras instituciones gubernamentales en un 45%. Para 1995; la inversión en educación, que alcanzó a \$36.8 millones de dólares, tenía otros actores: la Secretaría Nacional de Educación y los nuevos gobiernos municipales. En términos de la participación en la inversión del sector se ubican primero los gobiernos municipales con una inversión de \$14.2 millones de dólares, equivalente al 39% del total, la Secretaría Nacional de Educación, que ejecuta la reforma educativa, sigue con una inversión de \$11.5 millones de dólares (31%) y, posteriormente el FIS con \$10.4 millones de dólares (28%). La participación de los otros actores del sistema entre los que se puede contar a las CORDE en 1995, se redujo a menos del 2% en el total de la inversión en educación. En 1995, los recursos para la inversión municipal provenían en un 45% de la co-participación tributaria y en el restante 55% de la generación de recursos propios y la cooperación internacional, mientras que los recursos de la SNE y el FIS provenían, principalmente, de créditos externos y donaciones. Los aportes del tesoro general de la Nación para estas dos últimas instituciones son marginales, aunque en el caso del FIS los recursos de aportes locales y contrapartes municipales son importantes.

El financiamiento del gasto educativo por los niveles de gobierno. Se divide entre los niveles nacional, departamental y municipal.⁵ Anterior a la descentralización, el gasto nacional se realizaba a través de la SNE con recursos del tesoro general de la Nación y promediaba el 97% del gasto educativo total. El restante 3% estaba financiado principalmente por las corporaciones regionales de desarrollo (CORDE). El gasto educativo de los gobiernos municipales era totalmente marginal. A partir de 1994, con la promulgación de la ley de participación popular, los nuevos gobiernos municipales adquieren una mayor participación en el gasto educativo, alcanzando el 5.1% en 1995. La participación del gobierno central se reduce al 94.6% y la contribución departamental al gasto educativo prácticamente desaparece. Para 1996, año en que entra en vigencia la ley de descentralización administrativa, la programación de las nuevas Prefecturas departamentales significa el 1.5% del gasto educativo total para este año. La participación programada de los gobiernos municipales también se incrementa al 7%, mientras que la participación del gobierno central se reduce al 91.5%.

En términos generales, se podría decir que se ha descentralizado menos del 10% del gasto educativo nacional. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el gasto del gobierno central, que representa más del 90% del gasto total que es básicamente la planilla salarial del sistema educativo. Si bien los recursos para el pago de la planilla son recursos nacionales, la administración, supervisión y control del personal docente y administrativo del sector se transfirió a las prefecturas departamentales

iii. *Uso de los recursos*

Para el análisis del uso de los recursos destinados al gasto educativo es conveniente mantener la división entre gasto corriente e inversión. En términos globales, el gasto corriente está destinado a la administración del sistema y la inversión a la construcción, mejoramiento, mantenimiento y equipamiento de la infraestructura escolar y la provisión de materiales escolares. Con la promulgación de la ley de Reforma Educativa, se destinan también recursos de inversión a la transformación pedagógico/curricular del sistema educativo nacional.

El gasto corriente. La estructura del gasto corriente para el sector educación está fuertemente sesgada hacia el nivel de educación superior en detrimento de los niveles de educación escolar. En términos de una comparación internacional, los recursos asignados a la educación primaria y secundaria son bajos, puesto que, en promedio, los países en vías de desarrollo asignan el 81 % de los recursos destinados al sector para la educación primaria y secundaria (Banco Mundial, 1996), mientras que en Bolivia, este porcentaje llega solamente al 55 %. Esta distribución de recursos ha experimentado una leve mejoría con la aplicación de las reformas estructurales, particularmente la ley de reforma educativa. La participación relativa de las universidades, la administración y otros gastos ha disminuido levemente, permitiendo un mayor aumento en el gasto en educación primaria y secundaria.⁶

La inversión. El mayor impacto de las leyes de reforma educativa, participación popular y descentralización administrativa en el sector se observa en los niveles de inversión pública, la que se ha incrementado significativamente en los años posteriores a 1994. La inversión del FIS y de los gobiernos municipales está orientada hacia la infraestructura y equipamiento educativo, mientras que los recursos de la reforma educativa, que se ejecutan a través de la Secretaría Nacional de Educación, están dirigidos al mejoramiento de las escuelas y a la transformación pedagógica curricular del sistema educativo. El FIS ha invertido en el sector cerca de \$20 millones de dólares entre 1994 y 1995. El 88 % de estos recursos se han invertido en la construcción y equipamiento de 583 escuelas multigrado y 440 escuelas seccionales en el área rural y peri-urbana, equivalente al 8 % del stock actual de infraestructura educativa en el país. El restante 12 % ha sido invertido en proyectos de educación alternativa, como son la educación de adultos y la capacitación productiva. Anterior a la ley de participación popular, los recursos de la contraparte para los proyectos de educación provenían principalmente de las corporaciones regionales de desarrollo (CORDE) y otras instituciones solicitantes como las ONG o la Iglesia. Con la ley de participación popular, los nuevos gobiernos municipales se convierten en los principales co-financiadores del FIS, aportando un promedio de 25 % del costo total de los proyectos de educación.⁷

La Secretaría Nacional de Educación, a través del Programa de Reforma Educativa, esta invirtiendo \$197 millones de dólares para el período 1994-2000. Del total de los recursos de la reforma, el 41 % están destinados a la provisión de equipamiento y material escolar, entre los que se encuentran libros para la biblioteca de aula, mobiliario y materiales escolares, 13 % a la formación y capacitación docente, 11.5 % al fortalecimiento del sistema educativo que incluye la refacción y el equipamiento de las oficinas nacionales, departamentales y distritales, 18 % en desarrollo curricular que especifica el desarrollo de nuevos módulos de aprendizaje en castellano, aymará, quechua y guaraní, y 5 % en el diseño de un sistema nacional de medición de la calidad. El restante 11.5 % está destinado a financiar la administración de la reforma educativa.

Los recursos de inversión de los gobiernos municipales están destinados principalmente a la refacción, ampliación y construcción de infraestructura educativa, por un lado, como contraparte del FIS y, por el otro, como inversión propia. Un porcentaje,

aún muy reducido, está destinado al mantenimiento de las escuelas y la operación de los servicios de educación en los municipios. En la actualidad, la SNE, consciente de este problema, está desarrollando una serie de programas de mejoramiento de la calidad dirigidos, entre otras cosas, a inducir a los gobiernos municipales a incrementar su asignación con relación a estos ítemes de gasto. Finalmente, es todavía muy reciente el proceso de descentralización para hacer un análisis de la inversión de las prefecturas departamentales en el sector.

3. Los servicios de salud

Las reformas asociadas al proceso de descentralización que vive el país tienen un efecto significativo sobre el sistema nacional de salud. La promulgación del Decreto Supremo 24237, del 8 de febrero de 1996, que pone en vigencia el Nuevo Modelo Sanitario (NMS), es una respuesta a los cambios introducidos por un proceso de descentralización que es externo al sector.

a) *La situación del sector*

El sector salud se divide entre la provisión pública y la provisión privada de servicios. El sistema público de salud está compuesto, por un lado, por los servicios de salud que proveen conjuntamente la Secretaría Nacional de Salud Pública (SNSP), las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales y, por el otro, el sistema de Seguridad Social. El subsector privado comprende a la medicina privada, las ONG -que trabajan en el ámbito de acción del sector público- la medicina tradicional y las farmacias. Existe también un importante segmento de la población sin acceso a ningún tipo de servicios formales de salud (cuadro 7). La cobertura del sector público alcanzó en 1992 al 44% de la población boliviana. La cobertura del sistema público, pero principalmente los seguros de salud, está sesgada hacia el área urbana. Las mismas estimaciones sugieren que cerca del 40% de la población en el área rural no tiene acceso a ningún tipo de servicio. El sector privado cubre aproximadamente al 30% de la población.

Cuadro 7
COBERTURA DE LOS SERVICIOS FORMALES DE SALUD, AÑO 1992

Servicios	Cobertura (%)
Público	44
SNSP/prefecturas/municipios	30
Seguridad social	14
Privado	30
Medicina privada	20
ONG	3
Farmacias	7
Medicina tradicional	12
Sin Acceso a servicios	14
Total	100

Fuente: CNPV, 1992.

Los principales indicadores, presentados en el cuadro 8, sugieren que la asignación de recursos nacionales para salud es baja y que la oferta del sistema público de salud es deficiente.

Cuadro 8
ASIGNACIÓN DE RECURSOS NACIONALES Y LA OFERTA DEL SECTOR SALUD

Relación Presupuestaria, 1995	(%)	Relaciones de Oferta , 1993	Por 1000 hab.
Salud/PIB	1.8	Médicos	0.3
Salud/PGN	2.3	Enfermeras	0.15
Salud/gasto administración Central	5.7	Total	1.75
Salarios/salud	47	Médico/enfermeras	2/1
Salarios/salud gasto	85	Población/centro de salud	5,384
Inversión/salud	32		
Gasto per cápita (\$dólares)	16		

Fuente: Secretaría Nacional de Salud Pública, 1996.

Por su parte, los indicadores de resultado en relación a la situación de la salud en el país (cuadro 9) sugieren que: i) las mujeres viven más que los hombres, pero la esperanza de vida es baja, ii) la cobertura de los servicios públicos de salud es baja, iii) la tasa de mortalidad infantil es la más alta de América Latina, iv) la mortalidad materna es inaceptable en términos internacionales, v) la desnutrición infantil es alta, y vi) la incidencia de enfermedades es alta, particularmente el Chagas, la Malaria y la Tuberculosis.

Cuadro 9
INDICADORES DE RESULTADO DEL SECTOR SALUD

Indicadores sectoriales	Nacional	Urbano	Rural	Hombres	Mujeres
Esperanza de Vida (años)	60	--	--	59	63
Coberturas del servicio público de salud (%)					
Parto en servicio	42	62	21	--	--
Atención prenatal	53	68	36	--	--
Planificación familiar	18	25	7	--	--
Vacunación (total)	37	44	28	40	33
Tasas de mortalidad (x nacidos vivos)					
Mortalidad infantil (x1,000)	75	69	106	--	--
Mortalidad de la niñez (x 1,000)	116	104	162	51	51
EDA (%)	20	31	29	30	30
IRA (%)	19	19	17	19	17
Perinatales (%)	18	--	--	--	--
Mortalidad materna (x 100,000)	390	274	524	--	--
Hemorragia (%)	43	--	--	--	--
Tasas de desnutrición (< de 3 años)					
Global (peso/edad)	16	12	20	--	--
Crónica (talla/edad)	28	21	37	--	--
Incidencia de enfermedades					
Chagas (infectados)	1,800,000	--	--	--	--
Cólera (casos/año)	2,718	--	--	--	--
Malaria (x 100,000)	60	--	--	--	--
Tuberculosis (x 1000,000)	16	--	--	--	--

Nota: EDA: Enfermedad diarreica

IRA: Infecciones respiratorias agudas

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1994; CNPV, 1992 .

b) El nuevo modelo sanitario

Para dar respuesta a la situación de salud en el país y adecuar el sector a la participación popular y la descentralización administrativa, se establece el nuevo modelo sanitario (NMS). Este ordena las funciones y competencias de los diferentes actores del sistema público en la provisión de servicios de salud y establece los mecanismos para la coordinación y gestión del sistema. Los actores del sistema público de salud son la Secretaría Nacional de Salud Pública, las prefecturas, los gobiernos municipales y la población organizada.

El mecanismo operativo propuesto para reunir a todos estos actores y asegurar que la atención en salud responda a un objetivo común se conoce como gestión compartida con participación popular. Este mecanismo está institucionalizado a nivel municipal en el Directorio Local de Salud (DILOS), donde los representantes del gobierno municipal, de la Dirección Departamental de Salud y del Comité de Vigilancia, en representación de la población, administran conjuntamente los servicios de salud en el área de su jurisdicción. Las responsabilidades específicas del DILOS son: proponer al gobierno municipal el presupuesto de salud para el municipio; gestionar la suficiente asignación de personal de salud; supervisar y coordinar la elaboración del presupuesto de centros de salud y hospitales de apoyo; compatibilizar la programación operativa con la estratégica para el desarrollo armónico de la red básica de servicios; proponer y gestionar la suscripción de convenios de provisión de servicios de salud; proponer el presupuesto de inversión en salud; y elaborar estatutos y reglamentos para su funcionamiento.

La gestión compartida con participación popular también se implementa para la administración de los hospitales, donde el directorio de hospital está compuesto de manera análoga al DILOS, con la participación adicional del director del hospital. Las ONG, previo reconocimiento de la Secretaría Nacional de Salud Pública, y las instituciones de los seguros de salud pueden coordinar sus acciones a las del sistema público con la firma de convenios de provisión de servicios con el DILOS o el directorio de hospital. La estructura del sector a partir de la promulgación de las leyes de participación popular y de descentralización administrativa y la aprobación del nuevo modelo sanitario se presenta en el gráfico 5.

c) El seguro nacional de maternidad y la niñez

El seguro nacional de maternidad y la niñez se crea el 1 de julio de 1996 mediante el Decreto Supremo 24303 con la finalidad de reducir las altas tasas prevalentes de mortalidad materna e infantil en el país. Esta es la primera acción conjunta entre la Secretaría Nacional de Salud Pública, las prefecturas departamentales y gobiernos municipales que se enmarca en el esquema establecido por el nuevo modelo sanitario. A este esfuerzo también se suman el sistema de seguros de salud, a través de la Caja Nacional de Salud (CNS), y las ONG. El Seguro ofrece atención gratuita en todos los establecimientos del sistema público de salud, la CNS y los establecimientos de las ONG participantes. Los servicios provistos están dirigidos a las mujeres gestantes y niños menores de 5 años. En el primer caso, incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de laboratorio durante el embarazo (4 consultas prenatales), parto (parto normal y cesárea), el puerperio (1 consulta) y las emergencias obstétricas. Para los niños menores de 5 años se ofrece atención del recién nacido y asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria para los casos de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

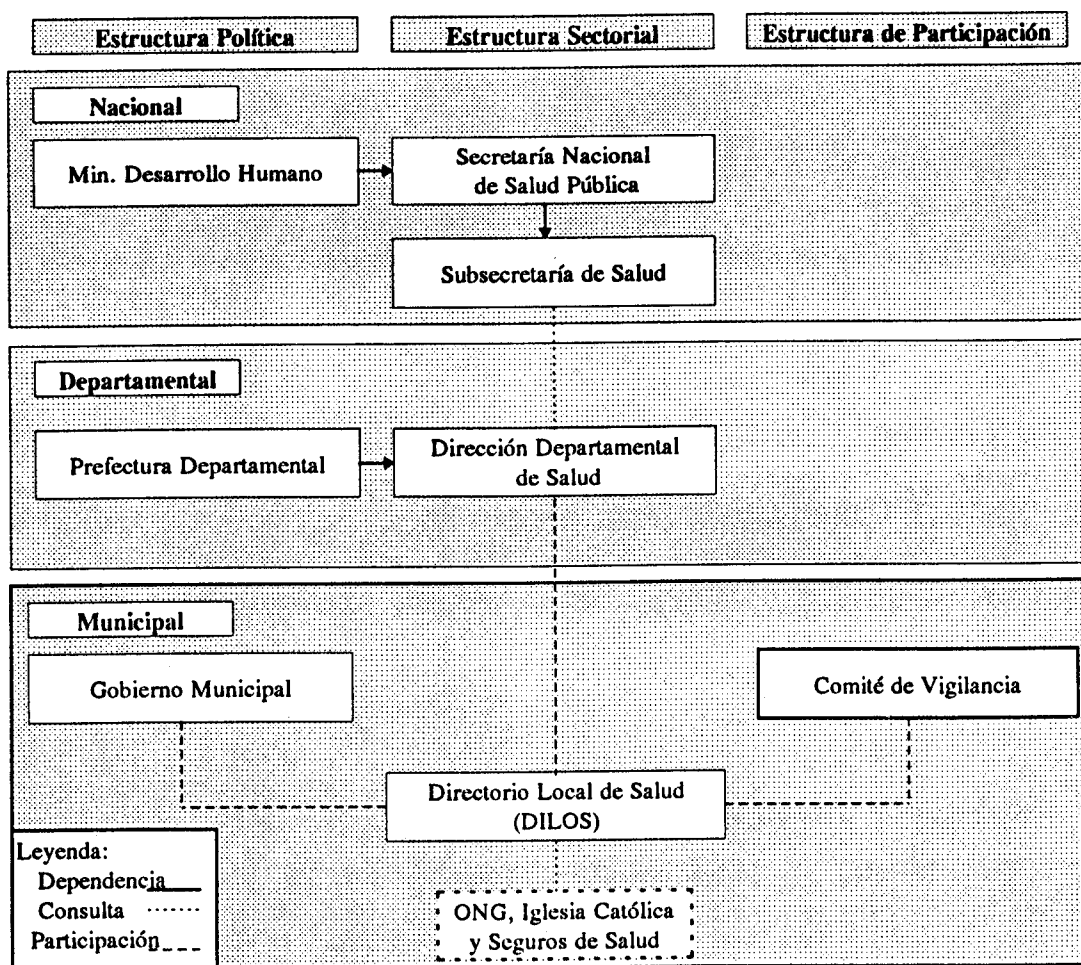
El financiamiento del seguro está dividido entre el TGN, que financia al personal ligado a la provisión de los servicios, y los gobiernos municipales participantes. Estos últimos aportan el 3 % de sus recursos de coparticipación tributaria para financiar la compra de insumos, suministros y medicamentos necesarios para cada intervención. La Secretaría Nacional de Salud Pública reglamenta las cantidades y valor de los insumos, suministros y

medicamentos que se ofrecen a través del Seguro. Los recursos municipales son depositados en una cuenta fiscal y su uso es autorizado por el DILOS.

d) *La estructura del financiamiento y del gasto en salud*

Los recursos asignados a salud en el país no solo son escasos sino que están distribuidos en una forma que no responde a las prioridades y son utilizados de una manera que logra escasos resultados. En la actualidad, en Bolivia existe una concentración de recursos, físicos, humanos y monetarios, en los niveles de atención de mayor complejidad en desmedro de atención primaria y preventiva. Los esfuerzos actuales del gobierno, enmarcados dentro de i) las reformas sectoriales, como son el nuevo modelo sanitario y el seguro de maternidad y la niñez, y ii) la participación popular y la descentralización administrativa, están dirigidos a modificar esta situación. En el primer caso, priorizando el primer nivel de atención y, en el segundo, acercando las decisiones sobre la utilización de recursos a la población.

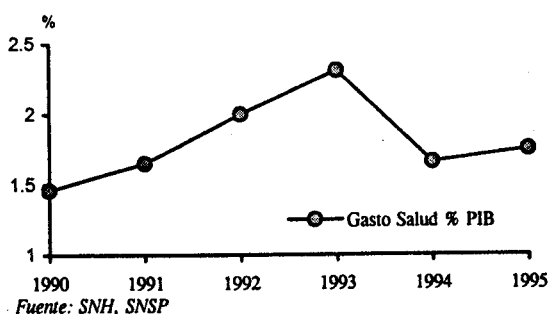
Gráfico 5
LA ESTRUCTURA ACTUAL DEL SECTOR SALUD



i. *La evolución del gasto en salud*

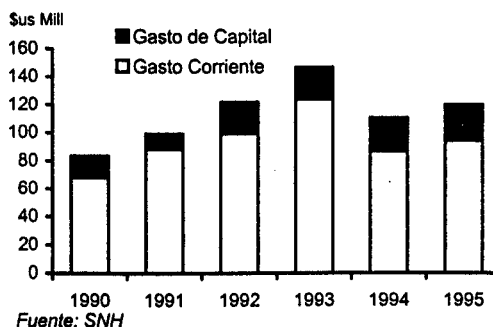
El gasto público en salud alcanzó en 1995 el 1.8% del PIB (\$ 16 dólares per cápita). Se estima, puesto que no existe información oficial al respecto, que el gasto total del sector equivale a 6% del PIB o (\$53 dólares por habitante, UDAPSO, 1995). Estos últimos indicadores incluyen, además del gasto público, el gasto de la seguridad social, la cooperación internacional a través de ONG y el gasto de los hogares.

Gráfico 6
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN
SALUD, 1990-1993



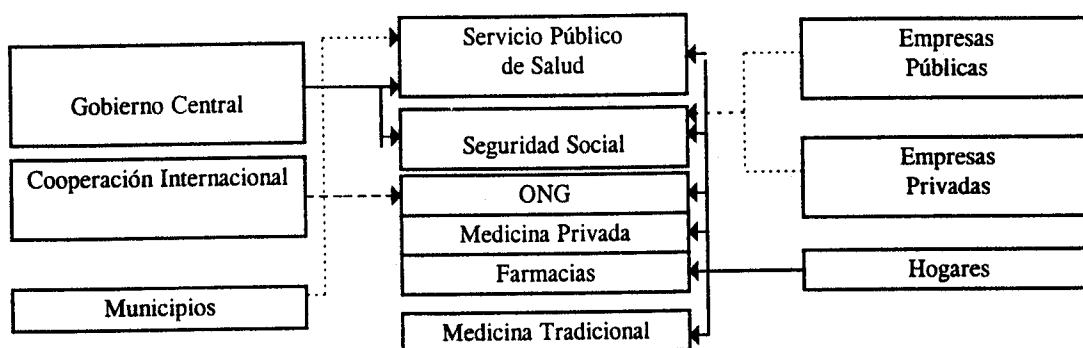
La evolución del gasto público entre 1990 y 1995 se observa en el gráfico 6. Está claro que entre 1990 y 1993, el gasto público en salud experimentó un importante crecimiento con relación al PIB, alcanzando en este último año un 2.3%. A partir de 1993, el gasto del sector salud experimenta una caída importante, producto principalmente de la reducción en las transferencias destinadas a los fondos de pensiones y las becas alimenticias a los hospitales y centros de salud. En 1995, se experimenta un ligero incremento en el gasto en salud alcanzando el 1.8% del PIB. Esta asignación es considerablemente inferior a las asignaciones del Brasil (4.6%), Colombia (3.8%), Chile (2.5%), y la Argentina (2%).

Gráfico 7
RELACIÓN GASTO CORRIENTE E
INVERSIÓN



La relación entre el gasto corriente y el gasto de capital se ilustra en el gráfico 7. En 1995, el gasto corriente era de \$94 millones de dólares, que representaba el 78% del gasto total, mientras que el gasto de capital alcanzaba a \$26 millones de dólares, equivalente al 22% restante. Esta relación no ha sufrido mayores alteraciones durante el período de análisis, exceptuando 1991, cuando el gasto de capital disminuyó a \$11 millones de dólares, lo que solo representaba el 12% del gasto total en salud. La programación de recursos para 1996 alcanza a \$122 millones de dólares, de los cuales \$36 millones de dólares están asignados a inversión.

Gráfico 8
RELACIONES ENTRE LOS FINANCIADORES Y LOS PROVEEDORES
DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Cardenas y Darras (1994)

ii. Fuentes de financiamiento del gasto en salud

En Bolivia es posible identificar cinco fuentes de financiamiento para el sector salud: el TGN, los gobiernos municipales, la cooperación internacional, las empresas públicas y privadas, y los hogares. Este financiamiento se ejecuta por intermedio de tres categorías de prestadores de servicios de salud, que son el sector público, la seguridad social y el sector privado. Este último se divide entre la medicina privada, las farmacias, las ONG y la medicina tradicional. El gráfico 8 describe las relaciones entre los financiadores y los proveedores de salud.

El gobierno central a través del tesoro general de la Nación. Anterior al proceso de descentralización, el TGN financiaba todos los componentes de los servicios que eran provistos a través de la Secretaría Nacional de Salud Pública (SNSP). En la actualidad el TGN financia, a través de una transferencia a las prefecturas departamentales, solamente la planilla de recursos humanos del sector -el personal médico, paramédico y administrativo- y los gastos de operación de la Secretaría Nacional de Salud Pública. En 1996, el presupuesto de gasto por concepto de planillas fue de \$43 millones de dólares, mientras que los gastos de operación de la Secretaría Nacional de Salud Pública se programaron en \$ 8

millones de dólares. Las transferencias a otras instituciones, que figuran en el presupuesto de la SNSP y entre las que se encuentra la seguridad social, fueron de \$35 millones de dólares.

El gobierno central a través de los recursos de la cooperación internacional. Los recursos de la cooperación internacional están destinados a apoyar y fortalecer el sistema público de salud y provienen, principalmente, de la cooperación multilateral en la forma de créditos y donaciones. En 1995, los registros de la inversión pública mostraban una ejecución de recursos de fuentes externas de \$17 millones de dólares, que estaban asignados casi en su totalidad al FIS y los programas de fortalecimiento sectorial como son el proyecto integral de servicios de salud (PROISS), financiado por el Banco Mundial; el proyecto integrado de servicios básicos de salud (PSF), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo; y el proyecto de salud infantil y comunitaria (CCH) financiado por USAID. Los recursos invertidos por estos programas en el período 1991-1996 han sido un poco inferiores a los \$100 millones de dólares.

Los municipios. A partir de la promulgación de la ley de participación popular en 1994, los gobiernos municipales tienen la responsabilidad de construir, mejorar, mantener y equipar la infraestructura de todos los centros de salud de su jurisdicción, además de proveer los insumos necesarios para la adecuada operación de los servicios. En 1996, el presupuesto de inversión pública consigna una asignación municipal para el sector de \$18 millones de dólares, que es superior a la inversión programada en 1995 en casi \$10 millones de dólares. Sin embargo, la ejecución en 1995 no alcanzó ni al 50% de la programación realizada. El gasto municipal en salud se clasifica desde 1994 como inversión.

La cooperación internacional. Los recursos de la cooperación internacional destinados a las ONG no están registrados por el Estado y, en consecuencia, no se tiene una cifra oficial de los recursos que manejan. Sin embargo, estimaciones realizadas por diversos investigadores sugieren que los recursos recibidos por las ONG de salud podrían estar alrededor de los \$40 millones de dólares anuales.

Las empresas. Las empresas públicas y privadas afiliadas a las instituciones de la seguridad social aportan por ley el 10% del total de sus planillas de haberes. Se estima que en 1995, los aportes de las empresas al financiamiento del sector salud fueron mayores a los \$100 millones de dólares.

Los hogares. El gasto en salud de los hogares bolivianos son la principal fuente de financiamiento de la medicina privada, las farmacias y la medicina tradicional y una fuente menor en el caso del sector público, la seguridad social y las ONG. En la actualidad, no existe información sobre el gasto de los hogares en salud, mas allá de algunas estimaciones que son poco confiables. Sin embargo, las reformas estructurales introducidas a partir de 1993 han tenido un impacto significativo sobre esta fuente de financiamiento en el caso del sector público de salud.

Anterior a la descentralización, todos los establecimientos públicos de salud en el país, independientemente de su nivel de complejidad, recaudaban recursos mediante el cobro de tarifas por consulta, servicios médicos y medicamentos. Estos recursos, que se generaban al interior de cada unidad prestadora de servicios, eran administrados por el establecimiento y estaban destinados a solventar gastos de funcionamiento, la contratación de personal de apoyo o la compra de ambulancias o equipo para el centro. Con la promulgación de la ley de participación popular, los recursos de recaudación en los establecimientos de salud se transfieren a los gobiernos municipales para su administración.

iii. El uso de los recursos

La prioridad nacional de salud, en el discurso de la Secretaría Nacional de Salud, es la atención primaria orientada a la prevención de la mortalidad infantil y materna. Sin embargo, esta prioridad no se ve reflejada en la asignación de recursos. La apertura programática del presupuesto general de la Nación (PGN), para el caso de salud es institucional, lo que no permite establecer las asignaciones entre los diferentes niveles de atención. La percepción generalizada es que las asignaciones de recursos no corresponden con el discurso de prioridades.

La planilla de salud, que en 1996 alcanzó a \$43 millones de dólares, representa el 84% del presupuesto total para el sector público, excluyendo las transferencias a otras instituciones. Esta planilla está compuesta, de acuerdo con los registros de la Secretaría Nacional de Salud Pública para 1995, de 1,926 médicos y 11,920 personas entre médicos, paramédicos y personal administrativo. El 50% de los ítemes médicos y el 47% de todo el personal de salud se encuentran en las cuatro ciudades más pobladas del país: La Paz, Santa Cruz de la Sierra, Cochabamba y El Alto, las cuales representan solamente el 35% de la población total. De la misma manera, si se descuentan de la planilla de médicos los ítemes asignados a estas cuatro ciudades, el promedio de médicos por jurisdicción municipal es de 3.1.

La estructura de incentivos salariales de la Secretaría Nacional de Salud, también apunta en la dirección contraria al discurso sobre prioridades. Tanto el bono salarial por categoría, premio a la especialidad, como el escalafón médico, premio a la actualización permanente y la investigación, incentivan la sobre-especialización del personal médico en un país que necesita de más médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería. En este sentido, se hace necesario revisar las estructuras de incentivos salariales para poder atender mejor el nivel de atención primaria y el área rural. Solo de esta manera, se podrá unir el discurso con la realidad. Por su parte, la seguridad social, que tiene esencialmente servicios en las áreas urbanas del país, ha concentrado también su capacidad en la atención de problemas de salud de mayor complejidad para la población asegurada.

Finalmente, la inversión en salud que se realiza a través del FIS, los programas de fortalecimiento de la SNSP (PROISS, PSF y CCH), y los gobiernos municipales está orientada principalmente a la construcción de infraestructura y el equipamiento de la misma. La construcción y equipamiento de postas sanitarias, centros de salud y hospitales de distrito ha sido la prioridad en los últimos años. Se debe hacer notar que, en muchos casos, dicha infraestructura no está siendo utilizada por falta de asignación de ítemes.

IV. LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

A la fecha, una evaluación del impacto del proceso de descentralización en los sectores de educación y salud está limitada por dos factores: el corto tiempo de implementación y la reducida información cuantitativa existente. En el primer caso, se debe reconocer que el tiempo transcurrido desde la promulgación de las leyes de participación popular y descentralización administrativa no es suficiente para esperar resultados en la provisión de servicios. Esto hace necesario reorientar la evaluación hacia: i) las condiciones existentes para el avance del proceso de descentralización y ii) la dirección que éste está tomando con base en las tendencias iniciales. En el segundo caso, las limitaciones de información cuantitativa, confiable y sistemática, a nivel de las diferentes jurisdicciones territoriales, como son los municipios y los departamentos, dificultan una evaluación cuantitativa y limitan el tipo de preguntas que se pueden contestar. Esto ha determinado que el trabajo se apoye, por necesidad, en evaluaciones cualitativas. Las evaluaciones presentadas en esta sección se basan en el trabajo de campo descrito en la introducción.

1. Condiciones existentes para el avance de la descentralización

Para ser exitosa, la implantación de un proceso de descentralización requiere de un conjunto de condiciones. Varios autores, como Winkler (1989) y Prawda (1992) entre otros, que han evaluado los procesos de descentralización en distintos países del mundo, han identificado una serie de factores como condicionantes del grado de implantación de los mismos. En forma resumida se podría afirmar que para que el proceso de descentralización avance de manera satisfactoria son necesarias, entre otras, las siguientes condiciones: i) un compromiso político de apoyar el proceso, ii) que la asignación de funciones esté bien definida, iii) que las actitudes y la cultura de la población sean conducentes a la toma de decisiones de manera descentralizada, iv) que exista la capacitación, el fortalecimiento y el apoyo necesario para asegurar que los nuevos actores puedan desempeñar sus papeles adecuadamente, y v) que exista un esfuerzo sistemático de seguimiento que permita identificar las acciones preventivas o correctivas necesarias y que posibilite la evaluación del impacto del proceso de descentralización.

La presente sección evalúa la medida en que las condiciones favorables para el avance del proceso de descentralización existen y se concentra en cinco de estas condiciones las cuales, en la experiencia de varios otros países, tienen una importancia especial. La situación actual con relación a cada una de estas condiciones, especialmente pertinentes para el caso boliviano,⁸ es evaluada desde la perspectiva de la descentralización de los servicios de educación y salud.

a) *El compromiso político*

La descentralización involucra una redistribución del poder político y económico hacia los niveles subnacionales de gobierno. Desde la perspectiva de las instituciones tradicionales, esta redistribución se presenta como una pérdida de poder que muchas veces crea resistencia a las transformaciones necesarias para que las mismas se adapten a su nueva función. Solo en la medida en la que exista una clara voluntad política esta resistencia puede ser superada. En consecuencia, el avance del proceso de descentralización está fuertemente influenciado por el grado de compromiso de los principales actores en los niveles central, departamental

y local. La descentralización se facilita en la medida en que existe la voluntad y la capacidad de los actores tradicionales de facilitar y apoyar el desarrollo de actividades en forma descentralizada y de los nuevos actores, y para asumir efectivamente las funciones que les han sido asignadas.

La evidencia inicial con relación al grado de compromiso que existe en el país con el proceso de descentralización sugiere que:

La descentralización está bien afianzada entre la población. El proceso de descentralización se ha construido sobre una sólida base legal y cuenta con el respaldo de la población. No es exagerado decir que existe un consenso nacional sobre la necesidad y la pertinencia de la descentralización. Asimismo, tampoco es arriesgado afirmar que la percepción generalizada de la población y de los partidos políticos de oposición es que las medidas son irreversibles. La diferencia de opiniones que aún se observa está centrada, casi exclusivamente, en aspectos de forma y refleja, principalmente, el reconocimiento de que el proceso es complejo y que su implementación requerirá de ajustes en el tiempo. Al momento de la discusión y aprobación de las leyes que introdujeron la descentralización y los cambios en el sector de educación⁹ hubo una resistencia significativa, cuya motivación central radica en la defensa del *status quo*. La oposición más marcada estuvo encabezada por instituciones o grupos de interés que habían llegado a desempeñar una función de intermediación representando a los segmentos de la población ante el Estado. Estos grupos veían a la descentralización, en general, y a la participación popular junto con el fortalecimiento de las instancias territoriales en particular, como una amenaza para sus intereses.

El grado de compromiso con la descentralización sectorial varía entre los diferentes niveles de gobierno. Esta situación parece reflejar, en general, dos tipos de posiciones. La primera, que reconoce que el proceso de descentralización representa nuevas oportunidades; esta posición se observa, principalmente en el nivel municipal. La segunda, más prevalente en los niveles central y departamental, muestra un compromiso más limitado, lo que parece ser el reflejo de la incertidumbre y la percepción de pérdida de poder asociada con los cambios.

El compromiso con la descentralización a nivel del gobierno central es diferente en los sectores de educación y salud. El grado de compromiso con el proceso de la Secretaría Nacional de Educación (SNE) y la Secretaría Nacional de Salud Pública (SNSP) puede ser evaluado a partir de las siguientes acciones adoptadas por: i) el esfuerzo por readecuar la estructura institucional a la descentralización, ii) el esfuerzo por adaptar los programas sectoriales al nuevo esquema descentralizado, iii) el desarrollo e implantación de mecanismos de coordinación con los niveles descentralizados y iv) el apoyo que se brinda a las instancias departamentales y municipales. El cuadro 10 resume la situación global para ambas instituciones. Como se sugiere en el cuadro 10, ninguno de los dos sectores parece estar totalmente comprometido con el proceso de descentralización, aunque se reconoce un mayor esfuerzo en el caso del sector de educación que en el sector salud. Es importante hacer notar que esto último se debe en parte a la reforma educativa, que se ha constituido para la SNE en un vehículo para introducir cambios consistentes con la descentralización.¹⁰

Es todavía temprano para evaluar el grado de compromiso del nivel departamental. El proceso de descentralización a nivel departamental es relativamente reciente y en consecuencia es algo difícil establecer el compromiso de este nivel con el proceso de descentralización. En esta etapa inicial, el énfasis ha sido en la constitución de los equipos en las prefecturas y en el fortalecimiento de los mismos. Un hecho positivo es que se hayan constituido las direcciones departamentales de educación y salud como parte de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano en las Prefecturas.¹¹ Por otro lado, las secretarías

departamentales de participación popular están desempeñando, en algunos casos, un papel importante en la relación con los municipios otorgando capacitación y apoyo.

Cuadro 10
SITUACIÓN DE LA SNE Y LA SNSP

Adecuación Sectorial	Educación			Salud		
	E	D	A	E	D	A
Programa de Readecuación Institucional	x					x
Adaptación de Programas Sectoriales		x				x
Mecanismos de Coordinación Sectorial	x			x		
Apoyo a Instancias Departamentales y Municipales			x			x

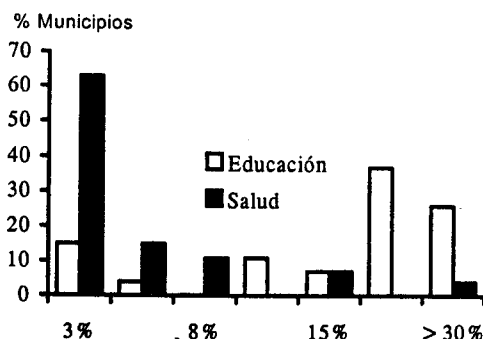
E-en ejecución, D-en diseño o estudio, A-acciones aisladas

Fuente: Elaboración Propia.

El compromiso del nivel municipal con el proceso es alentador. Si bien se puede decir que existe un compromiso de los municipios con el proceso de descentralización, en la práctica este compromiso varía entre ellos. Los municipios están asumiendo las responsabilidades que les transfiere la ley de acuerdo con sus posibilidades. Es alentador observar que incluso en el marco de severas limitaciones que enfrentan algunos municipios, todos están elaborando y ejecutando programas anuales operativos (PAO) y, en muchos casos, planes de desarrollo municipal (PDM) con la participación de la población. Se puede también observar que la mayoría de las instancias de participación popular han sido constituidas, en particular los consejos de vigilancia, aunque todas estas instancias, conjuntamente con los alcaldes, los miembros del Concejo Municipal y la población en general, están todavía en una etapa de aprendizaje que no les permite desenvolverse adecuadamente. El compromiso de los gobiernos municipales con los sectores de educación y salud se puede evaluar con el uso de tres indicadores: i) la cantidad de recursos asignados a estos sectores, ii) el esfuerzo realizado para establecer una capacidad dentro del municipio para atender a ambos sectores y coordinar con otras instancias responsables, y iii) el grado en el que los gobiernos municipales han desarrollado una visión clara de lo que se persigue en educación y salud.

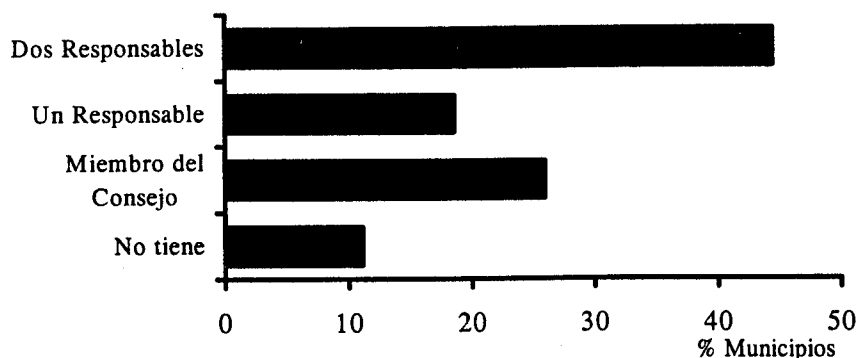
La asignación de recursos municipales muestra una diferencia significativa entre educación y salud. A nivel nacional, el sector de educación tiene una asignación municipal promedio cercana al 15% y ocupa el segundo lugar en importancia después de urbanismo, mientras que salud con aproximadamente el 5%, ocupa el quinto. Se debe mencionar que, en gran medida, esta relación parece reflejar la importancia relativa asignada por la población a los dos sectores. Esta tendencia se evidencia también en la muestra de municipios utilizada para el trabajo de campo. El gráfico 9 muestra la prioridad que los municipios visitados asignan a educación y salud. El 78% de la muestra tiene una asignación para salud igual o menor al 5% del PAO, mientras que la asignación a educación supera el 15% del mismo en el 70% de los municipios. Un indicador interesante, que ilustra la intención de los municipios de asumir las responsabilidades transferidas en educación y salud es el esfuerzo que están realizando para captar recursos que complementen los de la participación popular. El 67% de los municipios visitados ha realizado algún tipo de gestión para captar recursos para inversiones en estos dos sectores, particularmente del FIS.

Gráfico 9
ASIGNACIÓN SECTORIAL MUNICIPAL,
1996



Los esfuerzos para establecer una capacidad en los municipios para atender a los sectores de educación y salud son variados. Al igual que en el caso de la asignación de recursos, se pueden observar diferencias marcadas entre los municipios grandes y los pequeños (en términos de población) en lo referente al esfuerzo por establecer una capacidad para atender ambos sectores (gráfico 10). Sólo en el 11% de los municipios visitados no se ha nombrado responsable de educación y salud. En el 63% de los casos se ha nombrado por lo menos un responsable para estos sectores. La tendencia observada muestra que en los municipios grandes se tiende a designar responsables de educación y salud, mientras que en los pequeños, principalmente debido a limitaciones de recursos, esta responsabilidad recae en la mayoría de los casos en los miembros del Consejo Municipal. Debido al reducido número de Concejales que existen en los municipios de menor población, los mismos deben asumir responsabilidades por más de un sector a la vez.

Gráfico 10
RESPONSABLES MUNICIPALES DE SALUD Y EDUCACIÓN

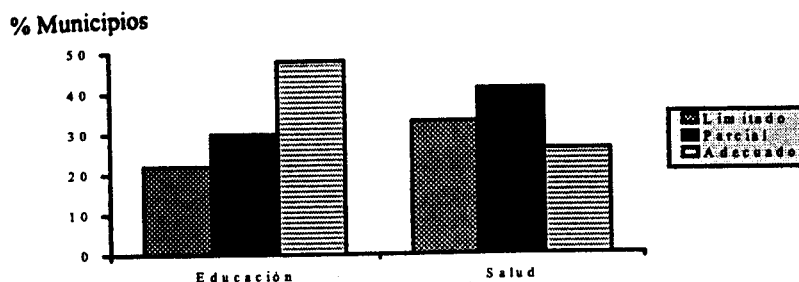


Existen importantes diferencias en el contacto que mantienen los gobiernos municipales con las escuelas y los centros de salud de su jurisdicción. En los municipios visitados se observaron casos en los que el contacto era muy limitado así como casos en los

que existe un contacto más fluido. En términos generales, los casos en los que existía un contacto adecuado superaban a aquellos en los que no existía ningún esfuerzo organizado por mantener una relación fluida con las escuelas o los centros de salud (gráfico 11). Es interesante notar que, de manera consistente con las prioridades en la asignación de recursos, se puede observar una diferencia en el contacto que los municipios mantienen con los dos sectores.

Los municipios no han desarrollado una visión clara de cómo deben operar los sectores de educación y salud. Es interesante notar que los municipios no se consideran actores centrales en la provisión de los servicios. En su mayoría, se ven solamente como proveedores de infraestructura y de equipamiento. Una muestra de esto último, es el hecho de que casi la totalidad de los esfuerzos de los municipios en estos dos sectores está dirigido a la inversión en infraestructura. Los municipios están alejados de la operación de los servicios y no se sienten corresponsables de su provisión. La provisión de insumos es todavía muy limitada y no se mantiene información con relación a la situación educacional o de salud de la población, ni se han definido objetivos con relación a la cobertura y la calidad de ambos servicios. El compromiso municipal con los sectores de educación y salud no se ha plasmado en una visión clara de cómo participar en la provisión de los servicios.

Gráfico 11
NATURALEZA DEL CONTACTO DEL MUNICIPIO CON
ESCUELAS Y CENTROS DE SALUD



b) Actitudes y cultura

El avance del proceso de descentralización depende, entre otros factores, de las actitudes y las tradiciones culturales de la población. Cuando éstas son conducentes a la toma de decisiones de manera descentralizada, el proceso de descentralización puede ser más efectivo y su implementación más rápida. Por el contrario, condiciones culturales poco favorables y actitudes opuestas a la descentralización pueden limitar significativamente su implementación.

Bolivia, como muchos países con una herencia colonial española, se caracteriza por tener una práctica administrativa centralizada, jerárquica y paternalista. La legislación y la regulación estaban basadas en reglas de conducta ideales, poco realistas y que no reconocían las diferencias en las características regionales de la población ni las condiciones locales. Tradicionalmente, el gobierno central ha sido quién define qué y cómo se deben hacer las cosas a través de relaciones jerárquicas rígidas. No obstante, simultáneamente se han mantenido en el país costumbres ancestrales de participación comunitaria y de toma de decisiones a nivel local, al margen de las acciones del gobierno. Los municipios, restringidos a las ciudades, no tenían presencia sobre grandes extensiones territoriales en las que era prácticamente imperceptible la presencia del Estado. Por otra parte, las formas de organización de la sociedad civil en su relación con el Estado han sido

predominantemente de carácter funcional, es decir por tipo de ocupación, lo que excluye a una porción significativa de la ciudadanía. Tomando estos factores en cuenta, los desafíos para el proceso de descentralización en el país son: i) romper con el hábito de dependencia que tiene la sociedad con el nivel central de gobierno, y ii) fortalecer las nuevas estructuras y mecanismos de participación popular que rescatan la tradición participativa de las culturas originarias. Las principales observaciones del estudio son las siguientes:

En el país persiste una actitud centralista a nivel del gobierno central. La implementación del proceso de descentralización en el país refleja todavía una persistente tradición centralista, aunque se debe destacar que hay evidencia de algunos avances en este sentido. En el nivel central de gobierno predomina todavía la cultura institucional centralista y se observa cierta resistencia al cambio. En general, la actitud predominante en este nivel puede ser descrita como *business as usual*. Esta actitud se reconoce en el deseo permanente de querer orientar las acciones de los gobiernos municipales. Si bien esta voluntad puede tener cierta validez, sobre todo en el caso de educación y salud, los instrumentos propuestos para ello atentan contra una descentralización efectiva. El predefinir los porcentajes de recursos municipales que deben ser asignados a uno u otro sector, a través de condicionamientos para el acceso a fuentes de recursos adicionales, no sólo limita la capacidad de decidir y priorizar en el nivel local, sino que introduce distorsiones que posteriormente son difíciles de subsanar.¹²

Como resultado de esta actitud centralista, la adecuación sectorial en lo operativo es lenta y se caracteriza por una timidez en la transferencia de decisiones a otros niveles.¹³ La SNSP no ha realizado esfuerzos significativos para adecuarse a sus nuevas responsabilidades y transferir competencias a los niveles departamental y local. Por su parte, la SNE, que en el marco de la reforma educativa está fortaleciendo las estructuras descentralizadas de administración del sistema educativo nacional, tampoco ha traspasado a estas instancias todo el peso de sus nuevas responsabilidades. Hay que destacar, sin embargo, que existen avances que, aunque muy puntuales, son alentadores. Por ejemplo, la transferencia de la capacidad de decisión sobre el movimiento de personal al director distrital de educación (dentro de techos pre-establecidos) refleja un cambio en la mentalidad centralista de la SNE.

La tradición centralista también está presente en el nivel local. Esta se refleja principalmente en la forma en que la población percibe al nuevo gobierno municipal. En muchos casos, pese a las obvias diferencias existentes, la población percibe al gobierno municipal como la «autoridad» en un sentido distante similar al que se tenía con el gobierno central. Esto se traduce en desconfianza, timidez para cuestionar y exigir transparencia y en la percepción de que es obligación del alcalde el solucionar todos los problemas. En la mayoría de los municipios, se observa que la cultura del Estado paternalista se mantiene vigente, con la diferencia que ahora es el gobierno municipal quién debe proveer soluciones a los problemas. En la práctica, estas percepciones y actitudes se traducen en una relación tímida de las organizaciones territoriales de base y las instancias sectoriales locales con el gobierno municipal y se manifiestan, en forma concreta, en un limitado esfuerzo para gestionar recursos adicionales, en la poca participación en las definiciones municipales, en el desconocimiento sobre la asignación de recursos y, por esta misma razón, en el desencanto cuando las expectativas no son satisfechas.

Los mecanismos de participación popular están siendo constituidos. La ley de participación popular extiende la presencia del Estado y, al mismo tiempo, establece mecanismos para relacionar a la sociedad civil con los municipios urbano/rurales, posibilitando de esta manera la participación de toda la población en las decisiones que afectan directamente su bienestar y desarrollo. Uno de los grandes méritos de la ley es que en vez de inventar nuevas instancias para lograr la participación ciudadana, reconoce

legalmente a la existentes, como son las juntas vecinales, las comunidades campesinas y las organizaciones de los pueblos indígenas.

La participación formal de las organizaciones de la participación popular no se traduce aún en una participación efectiva. En general, los mecanismos definidos por la ley de participación popular están permitiendo que la población tenga una participación formal en el proceso de decisiones a nivel local. Sin embargo, esta participación no refleja el espíritu de la descentralización, que es lograr que la población pueda expresar sus preferencias y exigir, a través de una fiscalización, determinados niveles de eficiencia, cobertura y calidad en los servicios. Mientras que se observan señales alentadoras de una mayor participación de la población, todavía existen limitaciones en la forma en la que la población percibe sus derechos y obligaciones. En particular, la participación popular todavía no está haciendo uso de todas las instancias y recursos legales que ha establecido la ley.

Existen diferentes grados de participación de la población en la definición de las prioridades de inversión y la elaboración de los PAO municipales. Si bien la población ha comenzado a participar en la definición de prioridades, ésta participación varía significativamente entre municipios (gráfico 12). Aunque todavía no en el grado en el que se esperaría, existen ejemplos alentadores de participación de las comunidades en la definición de prioridades de inversión a nivel municipal. Al mismo tiempo, existen casos en los que la participación de la población es mínima. En la muestra de municipios visitados no se ha encontrado una correlación entre el grado de participación y las características particulares de los municipios. El trabajo de campo, sugiere que las diferencias en el grado de participación de las comunidades y la población en general parece estar ligado, predominantemente, a las actitudes de las autoridades: el alcalde y los miembros del concejo municipal.

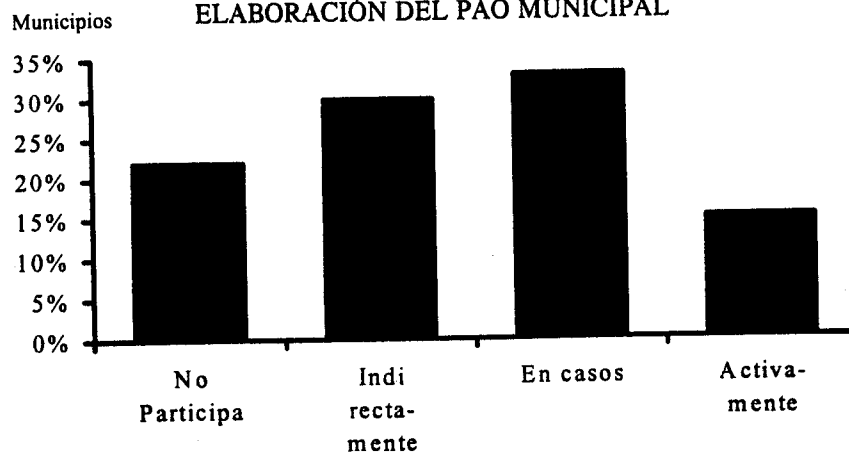
La participación sectorial en la definición de las prioridades de inversión es todavía limitada. Al igual que en el caso de la participación de la población en la elaboración del PAO, la propensión con que las escuelas y los centros de salud participan en la elaboración del PAO no parece estar relacionada con ninguna otra característica de los municipios, sino más bien con las actitudes de los responsables de los dos sectores a nivel municipal. Vale la pena resaltar que las actitudes que limitan los espacios para la participación en la definición de prioridades también limitan la difusión de información sobre la ejecución presupuestaria. En el 63 % de los municipios visitados, las escuelas no tenían conocimiento de la ejecución del PAO municipal, mientras que en el 52 % de los municipios, los centros de salud no tenían acceso a dicha información.

c) *Asignación de funciones*

Una asignación de funciones bien definida y clara, basada en criterios de gestión que reflejen las peculiaridades de cada sector, es una precondition para que la descentralización pueda ser implementada efectivamente. Cuando la asignación de funciones es incompleta, complicada o confusa, dificulta el que cada instancia asuma las responsabilidades a ellas asignadas. Asimismo, cuando la asignación de funciones no es conducente a una buena coordinación entre las distintas instituciones involucradas en la provisión de servicios, o a una clara identificación de las responsabilidades (en el sentido de *accountability*) por parte de la población, la provisión de los servicios en forma descentralizada tiende a mostrar deficiencias. Finalmente, cuando la asignación de funciones no reconoce las funciones centrales en la provisión de los servicios y no refleja una visión clara de cómo debe operar el sector, las posibilidades de mejorar la provisión de servicios son limitadas sólo a través del proceso de descentralización.

En Bolivia, la descentralización de los servicios de educación y salud constituye parte de un proceso más amplio que involucra la inversión y provisión de servicios en varios sectores. En consecuencia, las medidas más importantes que asignan competencias y funciones a niveles subnacionales tienen un carácter general. Por esta razón, la descentralización de los servicios de educación y salud, en particular, no puede considerarse como completa. Las leyes de participación popular y descentralización administrativa presentan grandes oportunidades y desafíos para ambos sectores. La tarea de afinar la estructura descentralizada, incorporando las peculiaridades de cada sector ha quedado pendiente. Es responsabilidad de cada sector la de complementar las disposiciones legales y operativas y realizar los ajustes necesarios, en el marco de las reglas generales, para asegurar que el servicio sea eficiente y efectivo.

Gráfico 12
PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA
ELABORACIÓN DEL PAO MUNICIPAL



La nueva asignación de funciones presenta importantes desafíos para los sectores. Desde la perspectiva sectorial de educación o salud, la descentralización, para ser efectiva, debe ser algo más que la transferencia indiscriminada de funciones relacionadas a la provisión de servicios a los niveles subnacionales. Es necesario que la definición de las funciones que se transfieren, y la resultante distribución de funciones entre los distintos niveles, esté basada en ciertos criterios que: i) definan una visión clara de cómo debe operar el sector, asegurando que no existan contradicciones y que la asignación sea conducente a una operación adecuada del sistema, ii) aseguren que todas las funciones involucradas en la provisión del servicio han sido asignadas en forma explícita y que no existan vacíos o ambigüedades con la relación a las competencias asignadas, y iii) permitan establecer, desde la perspectiva del usuario, la responsabilidad (*accountability*) sobre la provisión de los servicios. Adicionalmente, para facilitar el funcionamiento de los servicios con base en la nueva asignación de funciones, es necesario que: i) las diferentes instancias asuman de manera efectiva las funciones que les competen, ii) las estructuras y procedimientos utilizados para descentralizar sean simples y claros, iii) los mecanismos de coordinación existan y faciliten el trabajo conjunto de los actores en los diferentes niveles de la provisión del servicio y iv) los servicios que se provean sean definidos de manera explícita. En el cuadro 11 se resume la medida en la cual los sectores de educación y salud han realizado avances en la asignación sectorial de funciones.

La operación de los sistemas de educación y salud con base en la nueva asignación de funciones sugiere que todavía es necesario un importante esfuerzo por parte de los

sectores para complementar las medidas de descentralización. La situación actual se resume en el gráfico 13.

Los sectores de educación y salud no han terminado de definir cómo debe operar cada sector. En la práctica se observan tanto similitudes como diferencias significativas en la forma en la que los dos sectores están encarando la tarea de complementar la asignación de funciones definida por las leyes de participación popular y descentralización administrativa. En el sector de educación existen avances importantes en la definición de cómo debe operar el sector en el nuevo contexto descentralizado, mientras que en el sector salud esta definición es menos clara.¹⁴ En ninguno de los dos sectores se ha transmitido una visión clara al alcalde de cómo debe operar el sector ni de cuál es el papel del municipio dentro del sistema de salud o de educación. Entre otras cosas una visión clara del sector permitiría definir mejor el papel del nivel central. Esto facilitaría las transformaciones necesarias en este nivel.

Cuadro 11
AVANCES EN LA DEFINICIÓN DE FUNCIONES

	Educación	Salud
Desarrollo de una visión de cómo debe operar el sector	+	-
Asignación completa y detallada de funciones y explicación clara de lo que la misma significa.	+	-
Identificación de la responsabilidad de la provisión del servicio (<i>accountability</i>).	----	----
Desempeño de funciones en su totalidad por parte de cada una de las instancias responsables.	+	+
Adopción de estructuras y procedimientos claros y simples.	++	-
Definición y funcionamiento de instancias y de mecanismos de coordinación.	+	+
Definición de oferta en base a costos y demandas.	----	+

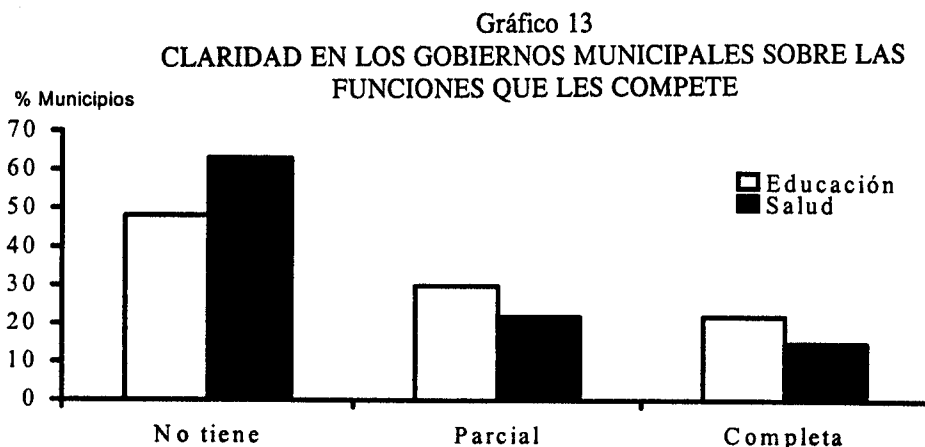
Esfuerzo: ++ significativo, + moderado, - pobre, ---- inexistente

Fuente: *Elaboración Propia.*

La asignación de funciones, en lo que respecta a la provisión de servicios de educación y salud, no está completa ni lo suficientemente detallada. Existen funciones que no están asignadas de forma explícita y clara. En particular, no está establecido quién define qué servicios deben ser provistos y cuál es el mecanismo para hacerlo. Este punto es de particular importancia cuando se tienen varias instancias involucradas en el financiamiento y la provisión de los servicios. Por otra parte, se puede observar que la asignación de funciones no está totalmente clara y presenta algunas dificultades en la práctica. Así, de los municipios visitados solamente en el 44% de los casos se podría considerar que existe una comprensión clara de las funciones que competen a las diferentes instancias. En varios casos ciertas ambigüedades, producto de la naturaleza general de las medidas de descentralización, se están definiendo con base a las iniciativas de distintas personas y a la capacidad de los municipios de contar con el personal adecuado. La iniciativas personales, si bien en general son positivas, muchas veces se traducen en un cruce de funciones.

En la práctica existe también cierta confusión con relación a la responsabilidad sobre ciertas funciones. Esto se observa sobre todo en el caso de los comités de vigilancia, que muchas veces están involucrados en funciones mas allá de la fiscalización que les compete. Su participación activa en tareas como la definición del PAO municipal no sólo excede su

mandato sino que interfiere con las funciones y responsabilidades de otras instancias. Este tipo de confusiones se hizo evidente en el trabajo de campo donde se estableció que cerca del 52% de los casos ha tenido dificultades con otras instancias en relación a sus competencias y funciones.



Todavía no existe la suficiente claridad con relación a las nuevas estructuras y procedimientos para la provisión de servicios. En el caso de la educación, la descentralización ha implicado la readecuación de las estructuras sectoriales y la redefinición de varios procesos y procedimientos. La SNE, a través de la reforma educativa, ha buscado establecer una estructura jerárquica sectorial ordenada y consistente en los diferentes niveles. En algunos casos existen cargos pero todavía no están bien especificadas las funciones que les corresponden. Lo que parece ser un acierto dentro de la nueva estructura es la correspondencia territorial entre los distritos educativos y los municipios. Esto ha permitido que los directores distritales de educación se constituyan en un interlocutor permanente por el sector educativo ante el gobierno municipal. La distribución de funciones dentro de la estructura jerárquica del sector salud no parece obedecer a un solo diseño. La estructura del sector a partir del nivel departamental es desordenada. El nuevo modelo sanitario, cuya función es facilitar la coordinación entre los varios actores, no ha llegado a cumplir su propósito.¹⁵ En el caso de la salud, no existe, como norma, una instancia con responsabilidad sobre el territorio municipal. El resultado de no tener una distribución sectorial que corresponda al territorio municipal limita la capacidad de gestión del sector ante el gobierno municipal.

No existe una clara identificación de la responsabilidad de la provisión del servicio (accountability). La mayor dificultad que crea la descentralización por factores, al involucrar a distintas instancias de forma parcial en la provisión de los servicios, es la dilución de la responsabilidad sobre la provisión de los servicios. En Bolivia, a partir de la descentralización, no existe una clara identificación de quién o qué instancia es responsable (accountable) ante la población por la provisión de los servicios de educación y salud. La limitada o inexistente autonomía de gestión a nivel de las unidades de servicios (escuelas y centros de salud) implica que esas instancias difícilmente pueden considerarse responsables. La idea de la gestión compartida es atractiva y útil para resolver el desafío de la coordinación, pero no responde a la pregunta de quién es el responsable final.

La figura del directorio local (ya sea de salud o de educación) no presenta una solución al problema de *accountability*, ya que el mismo es sólo una instancia de coordinación que no tiene facultades para decidir.¹⁶ Esto significa que la responsabilidad por

la provisión del servicio sigue diluida y que no existe una instancia claramente *accountable* ante la población por la cobertura, calidad y pertinencia de los servicios. Este hecho ha generado una falta de propiedad en la provisión de los servicios de educación y salud por parte de las instancias involucradas, fenómeno que ya se observa en el terreno. El gobierno municipal y, en menor medida la prefectura, no se consideran proveedores de servicios de educación y salud, ni responsables por la cobertura o calidad de los mismos servicios.

Todavía no se ha establecido de una manera clara la definición del conjunto de los servicios que se proveen. La asignación de funciones no contempla de manera explícita la función de compra, la cual queda consolidada de manera implícita, y ambigua, con las funciones de financiamiento y de provisión de servicios. En consecuencia, esta función se encuentra asignada en forma diluida a varias instancias: el nivel central vía el financiamiento, el departamental a través de la administración de personal, los municipios a través del financiamiento y la administración de infraestructura y las unidades de servicios. La falta de una consideración explícita de la función de compra no permite establecer claramente el tipo y la cantidad de servicios de salud que deberán ser provistos. Esto, a su vez, resulta en una débil relación entre el financiamiento y la oferta (en magnitud y calidad) de servicios así como entre la oferta y las necesidades. El caso del Seguro Nacional de Maternidad y la Niñez, introducido por la SNSP, puede considerarse un primer intento de definir un conjunto de servicios y al mismo tiempo de desarrollar un mecanismo a través del cual el nivel central puede jugar un papel importante en la definición de la oferta.¹⁷

d) Capacitación, fortalecimiento y apoyo

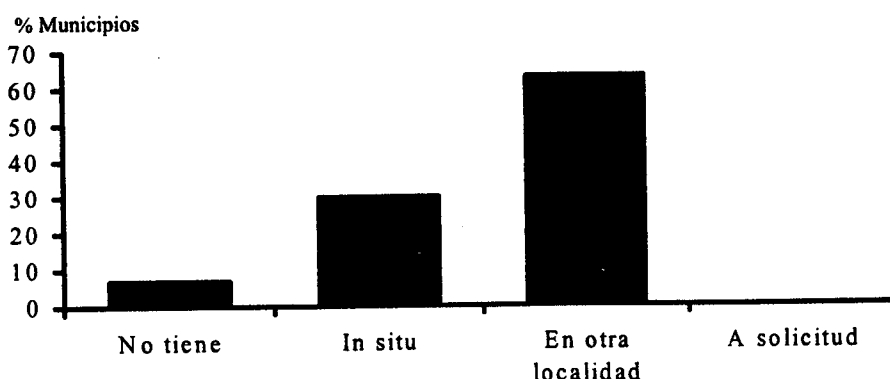
La descentralización involucra la reasignación de funciones. Esto requiere, por una lado, que ciertas instituciones establecidas específicamente con este propósito asuman nuevas responsabilidades y, por el otro, que las instituciones tradicionales se adecuen a un nuevo mandato. En ambos casos es necesario que las instituciones desarrollen las capacidades necesarias que les permitan asumir sus responsabilidades y desempeñar los papeles que les han sido asignados adecuadamente. Como fue reconocido desde que se promulgó la ley de participación popular, la capacitación de los nuevos actores es crítica para que el proceso de descentralización y participación sea exitoso. Sólo en la medida, en la que estos actores tengan las capacidades necesarias podrán asumir de manera efectiva las funciones que les competen. Los programas de capacitación y fortalecimiento facilitan la transición a un esquema descentralizado al dotar a las instituciones de las capacidades necesarias. Asimismo, la elaboración y distribución de manuales operativos u otra documentación explicativa, así como la difusión de información sobre alternativas de acción, apoyan a los nuevos actores en el desempeño de sus tareas y, en consecuencia, contribuyen de manera significativa a facilitar el avance del proceso.

La capacidad existente en el país, tanto en las instituciones públicas como en las privadas, para apoyar y fortalecer a todos los actores involucrados en el proceso de descentralización es limitada. Esto hace necesario que, para tener el mayor impacto, se establezcan claramente las prioridades de capacitación y fortalecimiento así como los mecanismos para hacerlo, esto es, quiénes deben ser capacitados, en qué y cómo se realizará la capacitación. Los esfuerzos de capacitación deben también inicialmente estar dirigidos a todas las instancias involucradas en dos grandes áreas: la nueva asignación de funciones y el desarrollo de instrumentos apropiados. En el primer caso, es necesario que cada instancia tenga un claro conocimiento de su función, sus responsabilidades y sus derechos, así como de las funciones, responsabilidades y derechos de las otras instancias existentes y de cuál es la relación entre ambos. En el segundo caso, se debe apoyar el desarrollo de los instrumentos y las capacidades necesarias para que cada una de las instancias existentes desempeñe su papel asignado de manera eficaz y eficiente.

La Secretaría Nacional de Participación Popular tiene un ambicioso plan de capacitación. La capacitación municipal es una responsabilidad asignada por la ley de descentralización administrativa a las secretarías departamentales de participación popular, con el apoyo de la Secretaría Nacional de Participación Popular (SNPP), el Ministerio de Hacienda y la Contraloría General de la República. Otras instancias involucradas en la capacitación municipal, que no necesariamente coordinan sus esfuerzos con la SNPP, son los Fondos de Inversión, algunos proyectos de inversión y las ONG.

La capacitación está concentrada en las áreas de gestión y administración, y planificación y programación participativa. Si bien el programa de capacitación identifica una serie de prioridades de manera clara, en la práctica este esfuerzo está concentrado en dos áreas: gestión/administración y planificación y programación participativa. La capacitación en otras áreas tiende a ser más escasa y menos sistemática. Además de estar concentrada en ciertos temas la capacitación muestra cierto patrón con relación a como está siendo ofrecida (gráfico 14). La mayoría de los municipios grandes ha recibido capacitación *in situ* mientras que los pequeños, y los municipios de difícil acceso, han requerido ir a otra localidad para tener acceso a talleres de fortalecimiento y capacitación. En muchos casos, comunicaciones tardías o dificultades de transporte han determinado que los funcionarios de municipios pequeños no hayan podido aprovechar seminarios o talleres.

Gráfico 14
ACCESO A CAPACITACIÓN MUNICIPAL



Es necesaria una mayor difusión y explicación de las funciones de las diferentes instancias, en particular de la población. El esfuerzo de capacitación y fortalecimiento no está incorporando en la actualidad a las instancias de participación popular. En la mayoría de los municipios la población y las distintas instancias representativas tienen una limitada capacidad para utilizar los canales y mecanismos establecidos por la participación popular para opinar, gestionar o exigir a sus alcaldes. En parte, esto se debe a que no tienen claros sus derechos o cómo ejercerlos. Para lograr la dinámica que se busca a nivel local es necesario fortalecer los mecanismos de participación local asegurando, como primer paso, que la población comprende plenamente cómo deben funcionar y cuáles son sus derechos. Cabe mencionar, que en muchos lugares, la población reclama no tener acceso a copias de las leyes. El impacto de una mayor difusión, preferiblemente en la forma de versiones explicativas de lo que la ley significa para cada actor, puede ser muy significativo. Es importante realizar un esfuerzo para concientizar a los gobiernos municipales y a la población sobre la importancia de la disseminación de información, del debate y de la participación activa de la población. Un apoyo a los gobiernos locales y a la población en el uso de foros podría ser muy efectivo.

Asimismo, es necesario un esfuerzo de difusión que dé a conocer a las juntas vecinales, comunidades campesinas y organizaciones de los pueblos indígenas las acciones de los sectores de educación y salud en su jurisdicción, el tipo de acciones que pueden tener impacto en la población, la participación necesaria de la misma y sus derechos y obligaciones con relación a la provisión de servicios. En el caso de educación, es necesario un esfuerzo de capacitación que involucre a las juntas escolares, dando énfasis a la difusión y explicación de sus derechos y obligaciones con relación a las escuelas, los directores de escuela y de núcleo, los maestros y los gobiernos municipales.

El acceso a la capacitación y el fortalecimiento por parte de los municipios no es uniforme. Gran parte de la capacitación administrativa se da en la forma de cursos estandarizados que se realizan en la forma de seminarios o talleres en centros urbanos. Esto permite una mayor cobertura, pero limita en cierta forma el aprovechamiento de los mismos. La capacitación en planificación y programación participativa, tanto para la elaboración de los PAO o de los PDM, tiende a involucrar más al gobierno municipal y a la comunidad. No obstante, debido a que es intensiva en personal y en ejercicios participativos que requieren tiempo, la cobertura es más limitada. Pese al esfuerzo por tener una cobertura amplia con los cursos y talleres, algunos municipios han recibido muy poca o ninguna capacitación. Lamentablemente, los municipios más alejados parecen ser los que tienen menor acceso. La necesidad de capacitación es ampliamente reconocida por los municipios. Como lo ilustra el cuadro 12, sólo el 7% de los municipios visitados estima que no requiere de fortalecimiento. Más de la mitad de los mismos estima que requiere mayor capacitación, tanto en los temas ya cubiertos como en otras áreas. Los municipios que solicitan capacitación en ambas áreas son predominantemente los pequeños. El 86% de los casos que solicita capacitación en ambos sectores corresponde a municipios menores de 25,000 habitantes.

Cuadro 12
REQUERIMIENTO DE FORTALECIMIENTO IDENTIFICADOS POR LOS
GOBIERNOS MUNICIPALES

No Tiene	En otras áreas	Mas de lo mismo	En ambos
7%	37%	4%	52%

Fuente: Elaboración propia.

Muchos municipios están identificando e invirtiendo recursos alternativos en capacitación que es más adecuada a sus necesidades. En muchos casos, ONG o instituciones privadas son contratadas para temas puntuales, como, por ejemplo, apoyar la elaboración de los PAO o prestar asistencia técnica en temas de catastro. Se debe destacar, asimismo, que el apoyo de las secretarías departamentales de participación popular no es uniforme. Mientras que en algunos departamentos estas secretarías han desempeñado un papel importante apoyando la elaboración de los PAO o en otro tipo de acciones, en otros casos, el apoyo que se brinda es muy reducido. Estas diferencias entre los principales agentes de capacitación pueden tener un impacto en la rapidez con la que se fortalecen algunos municipios con relación a otros.

En la práctica, las características de los programas de capacitación todavía no son las ideales. Varios factores, entre ellos la capacidad de las instituciones del Estado y la limitada disponibilidad de instituciones privadas calificadas, limitan los esfuerzos de fortalecimiento y capacitación. El cuadro 13 resume las características de la capacitación

programada para las cinco áreas descritas. La última fila establece la percepción del esfuerzo de capacitación desde el ámbito local.

Cuadro 13
CARACTERÍSTICAS DE LA CAPACITACIÓN POR AREA

	GA	PP	GS	R	FNA
Prioriza instituciones beneficiarias	no	si	no hay	no	no
Se ofrece en base a demanda	no	no	no hay	algo	algo
Adapta a necesidades individuales	no	si	no	si	si
In situ	no	si	no	si	si
Da instrumentos concretos	si	si	no	si	no
<i>Percepción Local</i>	<i>distante</i>	<i>útil</i>	<i>no hay</i>	<i>útil, escaso</i>	<i>escaso</i>

GA-Gestión/Administración, PP-Planificación y Programación Participativa, GS-Gestión Sectorial (educación y salud), R-Recursos, FNA-Fortalecimiento de Nuevos Actores y Difusión.

Es necesario un esfuerzo sistemático para fortalecer la capacidad de gestión sectorial. Una capacidad de gestión sectorial es vital para la correcta administración de los servicios de educación y salud. En la actualidad no existen esfuerzos sistemáticos por parte de las secretarías nacionales de educación o salud para capacitar a los nuevos actores en la provisión de estos servicios. Tanto en educación como en salud, alrededor del 60% de los municipios manifiestan no haber recibido capacitación en gestión sectorial. En cerca de un tercio de los municipios las instancias sectoriales han recibido algún tipo de capacitación aunque ésta no ha sido extendida a las instancias de los gobiernos municipales. Adicionalmente, la orientación normativa recibida por los municipios es predominantemente *ad hoc* y contribuye relativamente poco a la gestión sectorial a nivel municipal.

En estos sectores los esfuerzos de capacitación están dirigidos al personal sectorial y no buscan complementar los actuales programas de capacitación municipal con elementos de gestión sectorial. Mas aún, la capacitación sectorial se realiza de acuerdo con los antiguos patrones, es desordenada y no responde a las necesidades de la descentralización. En este sentido, urge un esfuerzo orientado a fortalecer las capacidades de las nuevas instancias involucradas en la provisión de servicios.

e) *Seguimiento y evaluación*

Las actividades de seguimiento a la descentralización y participación popular son importantes porque permiten sistematizar las experiencias y retroalimentar el proceso. Un esfuerzo de seguimiento al proceso en los distintos niveles, sistematizando y evaluando información, permite a los responsables identificar oportunamente las acciones preventivas o correctivas que fuesen necesarias. Esto posibilita también, en el mediano plazo, diseñar y ejecutar una evaluación del impacto del proceso de descentralización.

La Secretaría Nacional de Participación Popular está realizando un seguimiento al proceso. Este, sin embargo, no llega al detalle específico en cada sector, pues este es un trabajo que le corresponde a las Secretarías Nacionales de Educación y Salud Pública. No obstante, ninguna de las dos secretarías ha empezado con la tarea de seguimiento al proceso de descentralización sectorial, sistematizando y evaluando información que permita a los responsables identificar y aplicar oportunamente las acciones, preventivas, correctivas o de apoyo que fuesen necesarias.

2. Tendencias iniciales

Desde la perspectiva de la provisión de servicios de educación y salud, la descentralización será positiva en la medida en que contribuya a: incrementar la eficiencia social, mejorar la eficiencia técnica en la provisión de los servicios, lograr mayor equidad en la provisión de los servicios, extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.

Los cuatro puntos anteriores son los criterios básicos para evaluar el impacto de un proceso de descentralización. Si bien es todavía temprano para realizar esta evaluación en forma definitiva en Bolivia, en algunos casos se puede obtener apreciaciones preliminares que nos proporcionan una idea de la dirección que está tomando el proceso de descentralización. En consecuencia, para establecer la misma, a continuación se identifican los principales factores condicionantes de los cuatro aspectos mencionados y se evalúa la medida en la que la descentralización está contribuyendo a modificar estos factores de manera que se pueda lograr mejoras en la provisión de servicios de educación y salud.

a) Eficiencia social

La eficiencia social mide el grado en el que la combinación de bienes y servicios públicos provistos corresponden a las preferencias de la población. La eficiencia en la asignación de recursos se logra cuando la combinación de bienes y servicios seleccionada refleja las preferencias de la comunidad, tomando en cuenta los costos involucrados. Desde la perspectiva de educación y salud, esto significa que la población debe tener mecanismos para expresar el tipo y la cantidad de servicios que desea y que éstos estén estrechamente relacionados a la cantidad de impuestos que está dispuesta a pagar.

Existe cierto consenso sobre el hecho que la descentralización, al acercar las decisiones a la población y posibilitar una mayor correspondencia entre preferencias y el tipo y la cantidad de servicios provistos, puede contribuir a mejorar la eficiencia social. En términos generales, este argumento es válido, sin embargo, para darle utilidad práctica es conveniente calificarlo y complementarlo. Primero, debe quedar claro que acercar las decisiones a la población requiere más que traspasarlas del nivel central al nivel local. Es necesario que la población cuente con mecanismos efectivos para expresar sus preferencias a quienes toman las decisiones a nivel local. Segundo, es necesario que la población tenga el conjunto de información adecuado sobre el cual basar sus decisiones. Este último punto es importante debido a que la población debe expresar, en principio, no solamente sus deseos, sino sus preferencias con relación a diferentes opciones. Para esto, es necesario que se incorpore en las decisiones aspectos relacionados a los costos relativos, las formas de financiamiento y las características de los servicios.

En la práctica, la asignación de recursos puede ser más eficiente si: i) existen los mecanismos para facilitar la expresión de preferencias y para recoger las preferencias de la población, ii) la asignación de funciones es tal que cada actor enfrenta todos los costos, iniciales y recurrentes, que son consecuencia de sus decisiones, es decir, las decisiones toman en cuenta los costos reales, iii) el ámbito territorial de las decisiones es el más adecuado desde la perspectiva de la provisión de los servicios, y iv) no existen discrepancias entre quienes pagan por los servicios y quienes reciben los beneficios de los mismos. El cuadro 14 resume la situación existente con relación a estos cuatro aspectos desde la perspectiva de la provisión de servicios de educación y salud en Bolivia.

i. Mecanismos para la expresión de preferencias

Para que las preferencias de la población sean recogidas y se expresen en la programación municipal, es necesario que el alcalde tenga la voluntad y la capacidad de recogerlas. Dos

aspectos determinan la medida en que esto puede suceder de manera efectiva: i) el papel que desempeña el alcalde en la percepción de la población, y ii) los canales que emplea para recoger las preferencias de la población.

Cuadro 14
CONDICIONES PARA LOGRAR MAYOR EFICIENCIA SOCIAL

	Educación	Salud
Existencia de mecanismos para que la población exprese sus preferencias.	Si Todavía no operan con fluidez	
Incorporación de todos los costos en las decisiones de inversión: - costos recurrentes - financiamiento con impuestos locales - financiamiento con tarifas al servicio.	No Poco (depende del municipio)	
	No	Muy poco
Correspondencia de las unidades territoriales con características espaciales de los servicios.	Si	No
Mecanismos para corregir externalidades.	No	En algunos casos

Fuente: Elaboración Propia

El alcalde como agente de la población

En sistemas descentralizados en los que se elige representantes a nivel local, las elecciones tradicionalmente son un mecanismo a través del cual la población revela sus preferencias, dando autoridad a la persona elegida en términos de un mandato.¹⁹ Este mecanismo funciona cuando existe una comprensión clara, por parte de la población, sobre cuál es el papel del alcalde y cuándo existen los mecanismos para que éste sea un agente que refleja preferencias de forma efectiva. Uno de los factores determinantes para esto, es una tradición democrática a nivel local. El trabajo de campo realizado sugiere que, en la práctica, el alcalde es percibido como un administrador más que como un agente con un mandato.

La elección de alcalde no parece ser interpretada por la población como una manera de revelar sus preferencias, lo que se debe en parte a la escasa tradición de elecciones a nivel local y, ligado a esto, a la ausencia de alternativas en la forma de ofertas programáticas concretas en el proceso electoral. En consecuencia, a través de sus votos la población no expresa sus preferencias con relación a las propuestas y planes alternativos, sino más bien preferencias con relación a las personas o partidos.

Como resultado de lo anterior, se observa que en la mayoría de los casos el proceso de elección sirve para determinar quién será responsable de la institución que ofrece servicios y no sobre cuál debe ser el conjunto de servicios. Aún cuando los alcaldes no tienen mandatos claros, y la percepción es que son principalmente administradores, los mismos pueden llegar a ser agentes efectivos de la población si los mecanismos establecidos para que la población pueda señalar sus preferencias, y premiar o castigar su desempeño se desarrollan adecuadamente. Como lo ilustra el cuadro 15, el modelo de descentralización boliviano ha incorporado varios mecanismos orientados a inducir a los alcaldes a responder a las demandas de la población. En la práctica, todavía se observa mucha timidez en el empleo de estos mecanismos, lo que puede atribuirse, principalmente al aprendizaje necesario por parte de la población y las autoridades. En consecuencia, es previsible que estos mecanismos se tornen más efectivos con el paso del tiempo.

La identificación de preferencias

Las preferencias de la población se pueden ver mejor reflejadas en la programación municipal en la medida en que existan mecanismos directos a través de los cuales la población puede hacer conocer sus preferencias de manera explícita. Pese a que existen diversos mecanismos de consulta a través de los cuales el gobierno municipal puede recoger las demandas de la población, en la práctica se observa que los criterios de las autoridades, principalmente los del alcalde, son los que predominan en la definición final de prioridades.²¹

Cuadro 15
MECANISMOS PARA INDUCIR A LOS ALCALDES
A RESPONDER A LA POBLACIÓN

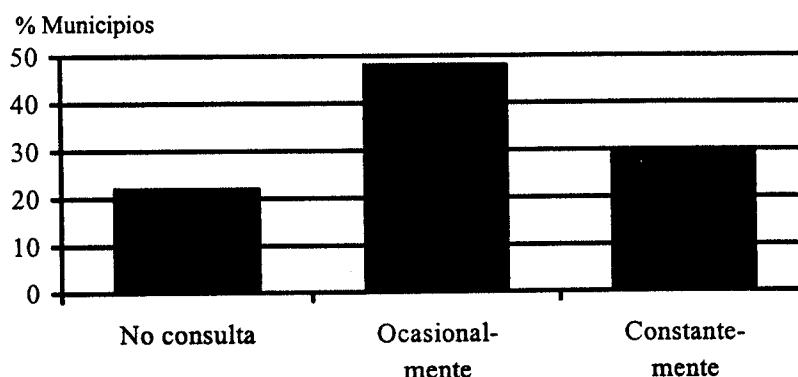
	Situación
Elección directa de Alcaldes por voto popular.	Si, por un periodo de 4 años (5 años a partir del año 2000)
Oferta de alternativas competitivas en la forma de propuestas programáticas de candidatos.	Todavía no en la práctica
Mecanismos de retroalimentación a Alcalde: - posibilidad de reelección - mecanismos de remoción	Si Si
Planes de Desarrollo Municipal (PDMs) son de cumplimiento obligatorio.	En principio si. Todavía no en la práctica.
Rendición de cuentas: - nacional - local	Todavía poco efectivo en la práctica Si, a la Secretaría de Hacienda. Si, a los Comités de Vigilancia.

Fuente: Elaboración Propia.

La experiencia actual muestra que una porción significativa de los PAO se basa en la percepción de las autoridades municipales. Es interesante notar que, en algunos casos, cuando está apoyada en instrumentos técnicos como estudios, la percepción de las autoridades permite introducir ciertos criterios de política que no siempre son posibles de recoger a través de las consultas directas. En cierta forma, la percepción de las autoridades puede ser un mecanismo para interpretar las preferencias de la población a través de un lente estratégico, permitiendo así introducir una visión de mediano plazo. Si bien las percepciones de las autoridades podrían constituirse en una forma de introducir un elemento estratégico a la programación municipal, es importante destacar que, al mismo tiempo, existen incentivos que pueden llevar a que este mecanismo introduzca distorsiones en la programación. Las percepciones de las autoridades pueden tomar un alto grado de subjetividad para asignar recursos a infraestructura más vistosa sin pesar apropiadamente las distintas alternativas ni tomar en cuenta los costos de operación que aparecen después. Si bien son las autoridades municipales quienes en la mayoría de los casos definen las prioridades,²² estas definiciones generalmente se apoyan en consultas realizadas a través de distintos mecanismos. Como lo ilustra el gráfico 15, aproximadamente la mitad de los municipios visitados consulta ocasionalmente con la población, mientras que el 30% realiza consultas permanentes. El número de casos en los que no se realizan consultas alcanza el 22%, lo que constituye un alto porcentaje dados los objetivos de la participación popular.

El cuadro 16 resume la situación observada con relación al uso de cinco mecanismos. Los dos primeros, ligados a la programación global, abarcan todas las áreas de competencia del municipio, mientras que los tres restantes son más específicos y pueden tener una orientación sectorial.

Gráfico 15
FRECUENCIA DE CONSULTAS DE LA POBLACIÓN



Las visitas realizadas a los municipios seleccionados revelan que la planificación participativa se constituye en el principal mecanismo para determinar prioridades en aproximadamente el 7% de los casos. Por su parte, las consultas con las comunidades son el principal mecanismo para identificar necesidades en el 56% de los municipios visitados. Para los sectores de educación y salud, los requerimientos de las unidades de servicio, escuelas o centros de salud, constituyen el principal mecanismo para identificar demandas en el 22% de los casos.

Cuadro 16
USO DE MECANISMOS DE CONSULTA

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

Fuente: Elaboración Propia.

La situación desde una óptica global

La discusión anterior se refiere al grado en el que la programación municipal puede reflejar adecuadamente las preferencias de la población. Es importante destacar que la descentralización por factores limita, desde el punto de vista de la provisión de servicios de educación y salud, el papel que tienen las preferencias de la población en la definición de los servicios. Los recursos para el personal de educación y salud (que son un alto porcentaje de los recursos asignados a estos dos sectores) se asignan desde el nivel nacional. El monto de estos recursos as' como la contratación de personal, todavía se definen de la manera tradicional. Esto significa que no hay mecanismos efectivos para que la población exprese sus preferencias con relación a la asignación de recursos a nivel nacional o departamental.

ii) La incorporación de todos los costos en las decisiones de inversión

La eficiencia social requiere que el tipo y la cantidad de bienes y servicio públicos provistos refleje las preferencias de la población. Para esto, es necesario que existan mecanismos para que la población exprese sus preferencias tanto con relación al tipo y la cantidad de servicios públicos, como con relación a la forma en la que los mismos serán financiados. Asimismo, es necesario que estas decisiones reflejen adecuadamente todos los costos involucrados. Dicho de otra manera, el concepto de preferencias locales involucra dos decisiones interrelacionadas: ¿cuál es la presión impositiva sobre la cual vota la población (que determina en parte la cantidad de recursos con los que se cuenta) y a qué se asignan estos recursos? Estas decisiones deben incorporar todos los costos asociados con las alternativas seleccionadas. Desde el punto de vista de la provisión de servicios de educación y salud, la medida en la que todos los costos estén incorporados en las decisiones depende de la asignación de funciones y las responsabilidades de financiamiento.

La asignación de responsabilidades dificulta la incorporación de todos los costos en las decisiones municipales. La asignación de competencias en lo que respecta a la provisión de servicios de educación y salud se caracteriza por ser una descentralización por factores. Esto significa que, en vez de haberse descentralizado la responsabilidad de la provisión del servicio a un nivel subnacional, se ha descentralizado la responsabilidad de financiar y/o administrar un subconjunto de insumos para la provisión del servicio a los distintos niveles subnacionales (prefecturas departamentales y los gobiernos municipales). La descentralización por factores, al involucrar a distintas instancias de forma parcial en el financiamiento y la provisión de los servicios, dificulta el que las decisiones de cada una de estas instancias incorpore todos los costos de la provisión de los servicios.

Las demandas por los servicios de educación y salud son recogidas a nivel local por las autoridades municipales, pero al municipio le corresponde solamente una parte de los costos totales de los servicios: la ligada a la infraestructura, equipamiento y gastos de funcionamiento. Esto significa que en las decisiones de prioridades a nivel municipal no se incorporan todos los costos relacionados con determinados niveles de provisión de los servicios. Debido a esto, las decisiones a nivel local, que determinan el programa de inversión municipal, no incorporan los costos corrientes asociados con el personal. En consecuencia, existe un incentivo para asignar más recursos a infraestructura (con relación a una decisión que toma en cuenta todos los costos) y que la misma sea subutilizada debido a que no se asigna el correspondiente personal desde el nivel departamental.

Todo lo anterior significa que la actual asignación de funciones dificulta la incorporación de todos los costos en las decisiones de inversión municipal. El impacto de estas dificultades se puede observar en la práctica. Existen algunos casos de inversiones en infraestructura que se realizaron sin considerar la asignación de personal y que ahora están subutilizados. Aun cuando es el mismo municipio el que debe asumir ciertos costos de

operación de la infraestructura, gran parte de las decisiones respecto a dicha inversión no toman en cuenta los costos recurrentes que se generarán. Como lo muestra el cuadro 17, sólo en el 7% de los casos los municipios tomaron en cuenta un estimado de los costos recurrentes de la inversión al momento de tomar la decisión. En contraste, en el 71% de los casos las implicaciones de una inversión con relación a requerimientos financieros futuros son ignoradas.

Cuadro 17
CONSIDERACIÓN DE LOS COSTOS RECURRENTE EN LAS
DECISIONES DE INVERSIÓN

No	En forma aproximada	Si
71 %	22 %	7 %

Fuente: elaboración propia

A nivel municipal las decisiones de gasto no están relacionadas a las decisiones impositivas o de tarifas por servicios. Un segundo factor que limita la medida en la que las decisiones a nivel local incorporan adecuadamente los costos tiene que ver con el origen de los recursos municipales. La conexión entre demandas y recursos es todavía débil debido a que las transferencias del gobierno central por coparticipación representan, en la mayor'a de los casos, un alto porcentaje de los recursos municipales.²³ En consecuencia, la población no asume en forma directa el costo de los servicios que solicita y, por consiguiente, tiende a demandar niveles de servicio más allá de los que está dispuesta a financiar. Cuando estas demandas no son satisfechas se culpa a los alcaldes. Se debe resaltar que en muchas comunidades no existe una cultura de pagar impuestos. Debido a esto, en algunos casos, como en Chimoré, los esfuerzos de la alcaldía por recaudar impuestos son muy tímidos. Un caso peculiar es el de Laja, donde no se cobran impuestos a los residentes del centro urbano donde está ubicada la sede del gobierno municipal, pero si a otras comunidades.

iii) *Jurisdicción territorial y externalidades*

Para lograr eficiencia social, los servicios públicos deberían ser provistos de acuerdo con las preferencias de la población. Más específicamente, la cantidad de servicios debería ser elegida y pagada por los beneficiarios de los servicios.^{24,25} Esto sugiere, como se vio en las secciones anteriores, que es necesaria la existencia de mecanismos que permitan a la población expresar sus preferencias y que el financiamiento de los servicios sea a través de la estructura impositiva y tarifaria local. Estas condiciones contienen una dimensión territorial que es conveniente hacer explícita. Para que la provisión de servicios sea eficiente es necesario que la jurisdicción territorial en la que se proveen los servicios corresponda: i) a la jurisdicción territorial en la que se generan los ingresos para financiarlos, ii) al ámbito territorial en el que se hacen efectivos los beneficios y iii) al tamaño territorial óptimo para la provisión de tales servicios.

La participación popular, al descentralizar ciertas responsabilidades de la provisión de servicios de educación y salud al nivel municipal, define al territorio municipal como la jurisdicción territorial en la que se proveen los servicios y en la que se generan (parcialmente) los ingresos para financiarlos. Si se toma en cuenta que las jurisdicciones municipales obedecen a criterios político-históricos,²⁶ surgen dos preguntas: ¿En qué medida son los municipios jurisdicciones que permiten internalizar los beneficios de los servicios que proveen? ¿En qué medida corresponden los municipios con el tamaño óptimo (en términos territoriales y poblacionales) para la provisión de los servicios con base en las características espaciales de cada sector?

El tamaño óptimo para una jurisdicción que provee servicios está también relacionado a la naturaleza de la red de servicios. Así, los niveles de los servicios de educación escolar y los servicios médicos generales son ofrecidos a través de redes de servicios que agrupan a escuelas o centros de salud de distintos niveles.²⁷ En el caso de la educación tiene sentido que cada municipio desarrolle una o más redes educativas agrupando escuelas que cubren distintos años o niveles. En el caso de salud, por el contrario, el tamaño de la población no justifica en muchos casos que cada municipio establezca redes primarias de salud con postas sanitarias y centros de salud de primer nivel y hospitales de segundo nivel. Más específicamente no se justifica desde el punto de vista de asignación de recursos que cada municipio tenga un hospital de segundo nivel. El ámbito territorial apropiado para las redes básicas es, en muchos casos, mayor al municipio. Este hecho fue reconocido en la propuesta original del nuevo modelo sanitario donde se propone establecer las direcciones territoriales de salud como instancias que coordinen las redes básicas de salud en aquellos casos donde las mismas se extiendan mas allá de un municipio. En la versión final se excluyó esta instancia con el propósito de simplificar el modelo sanitario.

Este punto tiene una importancia especial con relación a la eficiencia en la asignación de recursos. Aquellos municipios que no cuentan con hospitales de segundo nivel están considerando invertir en construirlos. Si bien esto tiene sentido desde la óptica municipal, desde la global es ineficiente porque representa una duplicación de infraestructura que no será utilizada plenamente y requerirá mayores recursos humanos. Debe reconocerse que para lograr un mejor aprovechamiento de los hospitales de segundo nivel es necesario facilitar el acceso a los mismos a la población de aquellos municipios donde no se justifica tal inversión. Para esto, es necesario establecer mecanismos que permitan que los municipios que cuentan con estos hospitales, y prestan servicios a habitantes de otras jurisdicciones, reciban la compensación apropiada por los servicios que proveen. Las visitas de campo han permitido establecer que, en algunos casos, existen externalidades entre jurisdicciones municipales. Una fracción significativa de los municipios visitados proveen servicios a habitantes de otras jurisdicciones o tienen habitantes que reciben servicios en otros municipios (gráfico 16). El 22% de los municipios, en el caso de educación, y el 48%, en el caso de salud, están conscientes de que los servicios provistos no están limitados a las jurisdicciones. Este fenómeno es mayor en el caso de salud por las razones anotadas anteriormente.

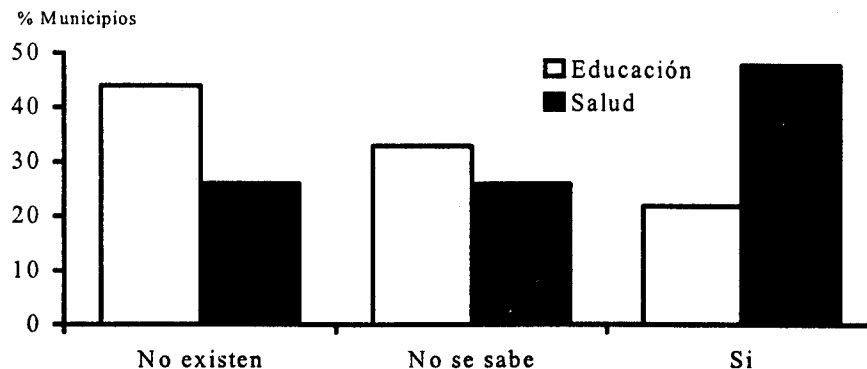
Es interesante notar que pese a que no se diseñó un mecanismo para atender estos casos, algunos municipios han establecido, de común acuerdo, procedimientos para compensar este tipo de externalidades. De esta forma, 19% de los municipios visitados había adoptado algún mecanismo para cobrar por servicios prestados a habitantes de otros municipios. Estos mecanismos abarcan exclusivamente los servicios de salud.

b) Eficiencia técnica

La eficiencia técnica mide el costo de producir los servicios seleccionados. Se logra eficiencia técnica (operar en la frontera de las posibilidades productivas) cuando, dados los precios, se utiliza la combinación de insumos que minimiza los costos y se transforma estos insumos en servicios sin desperdicio. En general, no se puede establecer ex-ante si la descentralización aumenta o disminuye la eficiencia técnica en la provisión de servicios de educación y salud. Este impacto depende mucho de las condiciones imperantes en cada país y, en consecuencia, es un tema para un análisis empírico. Si una administración local de los servicios es más eficiente técnicamente que una administración centralizada, dependerá de la estructura de costos en ambos casos y de los mecanismos de retroalimentación y de fiscalización que existan. Estos últimos son los que contribuyen a reducir el desperdicio. Existen algunas razones, como las economías de escala presentes en un manejo centralizado, que sugieren que los costos de la provisión del servicio tiendan a ser mayores cuando la

provisión de los servicios es descentralizada. Al mismo tiempo, la posibilidad de una retroalimentación más efectiva y la presencia de mejores mecanismos de fiscalización podrían, en principio, conducir a un menor desperdicio en el caso de una administración descentralizada.

Gráfico 16
CASOS EN LOS QUE SE PROVEE SERVICIOS A
HABITANTES DE OTRAS JURISDICCIONES



La provisión de servicios de educación y salud en Bolivia ha sido tradicionalmente ineficiente. Si bien la asignación per cápita a estos dos sectores es relativamente baja, los indicadores de educación y salud sugieren que los resultados están por debajo de lo que se podría esperar y que los recursos no han sido aprovechados adecuadamente. Entre los factores que han incidido para que la provisión de los servicios de educación y salud sea ineficiente se puede destacar la ausencia de criterios técnicos en la asignación de recursos, la debilidad institucional de las instancias sectoriales, la limitada autonomía de gestión de las unidades proveedoras de los servicios, y la ausencia de una capacidad fiscalizadora por parte de los usuarios. En lo que va del proceso, no hay evidencia de que las medidas de descentralización hayan tenido un impacto, negativo o positivo, en la eficiencia técnica de la provisión de servicios de educación y salud. La realidad boliviana con muchos municipios aislados, con numerosas poblaciones sin acceso a servicios de apoyo -sistemas de transporte o servicios financieros-, o a proveedores -en algunos lugares la oferta de insumos es prácticamente inexistente- ser'a razón suficiente para esperar economías de escala en las adquisiciones a nivel nacional y, en consecuencia, mayores costos asociados con una administración descentralizada.

Por el momento, no se observan mayores diferencias entre la situación actual y la anterior a la descentralización con relación al costo de los insumos. Esto se debe a que la estructura de compras de insumos para la provisión de ambos servicios no ha sido alterada significativamente. En particular: i) los costos más significativos en la provisión de ambos servicios -los de la planilla- se siguen determinando a nivel central de la manera tradicional, ii) persisten las compras centralizadas, como los medicamentos en el caso de salud o los libros en el caso de educación, y iii) el gasto a nivel local corresponde principalmente a los servicios básicos o construcción, factores cuyos costos dependen de las condiciones locales independientemente del nivel que compra. El impacto de costos locales más altos podría evidenciarse en la medida en que los municipios asuman un papel más preponderante en el financiamiento de estos servicios. De suceder esto, el efecto principal sería un aumento en el financiamiento, con el consecuente aumento en la disponibilidad de insumos, lo que tendría implicaciones en la calidad de los servicios. Esto haría que la comparación de la eficiencia técnica entre una administración centralizada y una descentralizada sea más complicada.

Es interesante preguntarse si existen, o se están desarrollando, las condiciones conducentes a lograr eficiencia técnica en el esquema descentralizado de provisión de servicios. En general, la provisión de servicios es técnicamente más eficiente cuando existen mecanismos que permitan reducir el desperdicio. En el esquema descentralizado de provisión de servicios adoptado en Bolivia, para que la transformación de insumos en servicios de educación o salud involucre menos desperdicio es necesario que: i) los recursos se asignen con base en los servicios prestados, ii) las instancias involucradas tengan la capacidad institucional adecuada, iii) exista la necesaria coordinación entre las instancias involucradas en la provisión del servicio, iv) las unidades de servicio (escuelas y centros de salud) tengan cierta autonomía de gestión, v) existan mecanismos de fiscalización y retroalimentación, y vi) exista algún grado de competencia. El cuadro 18 resume la situación existente con relación a estos cinco aspectos desde la perspectiva de la provisión de servicios de educación y salud.

i. Asignación de recursos

La manera en la que se asignan recursos a las unidades que proveen servicios, las escuelas o centros de salud, tiene un impacto importante en la eficiencia técnica asociada con la provisión de los servicios. Para lograr que éstos sean provistos de manera eficiente es necesario que las escuelas o centros de salud reciban recursos con base en los costos unitarios de los servicios que proveen. Cuando los recursos son asignados con base en la disponibilidad de los mismos, o a la capacidad de negociación de las escuelas o de los centros de salud, sin tomar en cuenta la cantidad y el tipo de servicios provistos, se crean las condiciones para que existan ineficiencias en la provisión de los mismos. Por ejemplo, la asignación de personal médico especializado a un centro de salud que debido a las condiciones de demanda no ofrece servicios especializados implica incurrir en costos innecesarios.

Cuadro 18
CONDICIONES PARA LOGRAR UNA MAYOR EFICIENCIA TÉCNICA

	Educación	Salud
Asignación de recursos en base a: - Cantidad y tipo de servicios prestados - Costos unitarios	indirectamente No	No parcialmente
Capacidad institucional adecuada.	Limitada	Limitada
Coordinación adecuada entre instituciones involucradas.	Limitada	Limitada
Autonomía de decisión a nivel de unidades de servicio.	Mínima	Varia
Fiscalización y retroalimentación	Juntas Escolares	Poca
Posibilidad de competencia	Ninguna	Mínima

Fuente: Elaboración Propia.

La descentralización ha modificado la estructura de financiamiento de los servicios de educación y salud. Estos servicios, financiados anteriormente exclusivamente por el nivel central, ahora son responsabilidad de los tres niveles de gobierno. Una de las condiciones para que la descentralización contribuya a mejorar la eficiencia técnica en la provisión de los servicios es que las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales asignen recursos tomando en cuenta los servicios que se proveen.

La asignación de recursos no responde a criterios técnicos. En el caso del sector educación, el personal docente es asignado, en principio, con base en la matrícula. No obstante, en la práctica se observan diferencias entre departamentos en la relación alumno/maestro y en la relación planilla docente/alumno.²⁸ Si bien es cierto que estas razones reflejan en gran medida las decisiones pasadas, no se observa, por el momento, ningún esfuerzo a nivel de las prefecturas departamentales por mejorar los criterios de asignación de este personal. En términos de recursos para el pago al personal docente, los incrementos salariales se negocian en forma global. Es interesante notar que en los últimos tres años la masa salarial ha sido incrementada en un 26% sin que esto se refleje en cambios en la provisión del servicio. A nivel local, se observa que más del 90% de los municipios visitados no tiene criterios establecidos para asignar recursos a las escuelas (gráfico 17). Al mismo tiempo, es interesante notar que en los municipios de Viacha y Tarata los gobiernos municipales asignan recursos de operación a las escuelas en base al número de alumnos.

De manera similar, la asignación de recursos para el sector salud no está basada en la cantidad de servicios provistos (gráfico 19). El personal de salud no es asignado con base en la población y al tipo de atención que se ofrece, sino con base en la capacidad de presión que pueda ejercer determinada localidad. Los municipios, por su parte, no han adoptado criterios técnicos que les permita asignar los recursos que destinan al sector salud de una manera que tome en cuenta los servicios que proveen los diferentes centros. En la mayor'a de los casos, la cantidad de recursos con los que cuenta un centro de salud depende de los recursos propios²⁹ que genera y de los recursos que logre obtener del alcalde con base en gestiones personales. La asignación de recursos municipales al seguro nacional de maternidad y la niñez para la provisión de servicios de salud, obliga a los municipios a asignar la misma cantidad de recursos per cápita para financiar los servicios cubiertos por tal seguro. Este tipo de asignación, sin embargo, no necesariamente corresponde con la cantidad de servicios prestados y, en consecuencia, no induce a una mayor eficiencia.

En forma general, se observa que en ambos sectores sigue predominando un enfoque de subsidiar la oferta sin que existan mayores esfuerzos por relacionarla con la demanda. Este último factor, ligado al desconocimiento de los costos unitarios de los diferentes servicios, influye en que los costos efectivos sean determinados en gran medida por la disponibilidad de recursos.

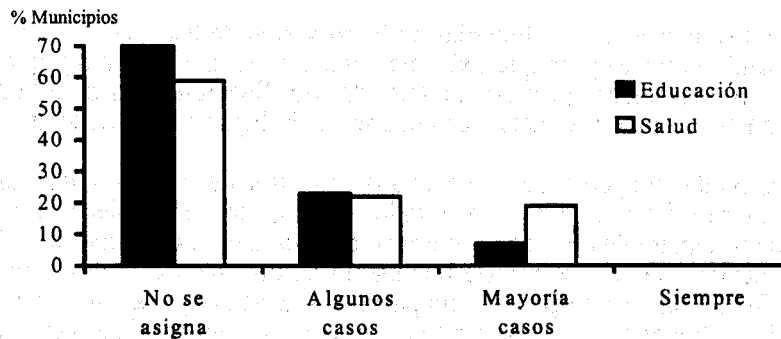
ii. La Capacidad institucional

Una capacidad institucional adecuada es imprescindible para que la provisión de los servicios de educación y salud sea eficiente. Deficiencias en la capacidad institucional de las instancias involucradas en la provisión de los servicios se traducen, generalmente, en menores resultados y mayores costos. En Bolivia, las instituciones públicas involucradas en la provisión de servicios de educación y salud han sido tradicionalmente débiles. En el contexto de la descentralización no sólo es necesario fortalecer a las instituciones tradicionales sino que también que las nuevas instituciones estén en condiciones de cumplir el papel que les compete. Las nuevas instancias, tanto en el nivel municipal como departamental, tienen un enorme desafío por delante para desarrollar la capacidad institucional adecuada.

Las instancias del gobierno central y las departamentales de ambos sectores tienen actualmente limitaciones para desempeñar los nuevos roles que les corresponden. Estas limitaciones están asociadas principalmente con: las estructuras institucionales inadecuadas para apoyar las funciones que competen a este nivel, el personal poco calificado, los recursos físicos limitados y deficientes, y los procesos de gestión y sistemas en su mayor'a inexistentes. Mientras que en el caso del sector educación, con el apoyo de la reforma educativa, se están atendiendo estas debilidades y desarrollando los sistemas necesarios, en

el caso del nivel central del sector salud no existen esfuerzos sistemáticos significativos por mejorar la capacidad de la Secretaría Nacional de Salud Pública.

Gráfico 17
ASIGNACIÓN DE RECURSOS MUNICIPALES
CON BASE EN LA CANTIDAD Y TIPO DE SERVICIO



En el nivel local también se observan limitaciones con relación a los recursos humanos. Más de la mitad de los municipios visitados no ha establecido las calificaciones del personal que requiere para atender sus responsabilidades con relación a la educación y la salud. Se observa también que en gran medida las restricciones presupuestarias no permiten atraer y mantener el personal más calificado.³⁰ Salvo en contadas excepciones, los municipios no cuentan con personal experimentado en los sectores de educación y salud. En el caso de las instancias sectoriales a nivel local, se observan diferencias significativas entre los dos sectores. Las direcciones distritales de educación cuentan con personal adecuado y bien remunerado que desempeña un papel de apoyo técnico y administrativo. Si se logran definir claramente las funciones de estos equipos, y la forma en la que deben relacionarse con otras instancias, las direcciones distritales pueden llegar a jugar un papel muy importante en la provisión de servicios educativos.

Por su parte, el sector salud cuenta con una estructura sectorial limitada en la que las funciones de provisión de servicios y las administrativas y de apoyo recaen en las mismas personas. Esto significa que los responsables de la administración del servicio, a nivel municipal, son principalmente médicos haciendo su a-o de provincia, sin un entrenamiento en gestión administrativa y con poca experiencia práctica. Más aún, en el sector salud no se observa, en general, un compromiso del personal con el municipio ya que la asignación de personal es temporal y es vista por parte del personal médico como un paso necesario dentro de la carrera.

Salvo en algunas excepciones, las instalaciones físicas en el nivel local, tanto en las alcaldías como en las instancias sectoriales, muestran deficiencias. La infraestructura se caracteriza por las limitaciones de espacio y por su mal estado. Asimismo, prácticamente en todos los casos existen deficiencias con relación al equipamiento. Por otro lado, tanto en el caso de las alcaldías como en el de las instancias sectoriales a nivel local, no existen, ni se están desarrollando, instrumentos de gestión como sistemas de información o procedimientos para la toma de decisiones. Esto crea un espacio para la improvisación y la subjetividad, limitando la toma de decisiones basadas en criterios técnicos que buscan la eficiencia y la efectividad.

Todas estas restricciones se traducen en instituciones débiles con una limitada capacidad para apoyar la gestión de la provisión de servicios de educación y salud. Esto, a su vez, se traduce en serias limitaciones para una gestión eficiente en la provisión de los servicios. Por ejemplo, las limitaciones institucionales han resultado en que, en la mayoría de los municipios visitados, los recursos para el seguro de maternidad y niñez no se estaban desembolsando sino acumulando en las cuentas municipales correspondientes.

iii. La coordinación entre las entidades proveedoras de los servicios

Cuando son varias las instancias involucradas en la provisión de los servicios, es necesaria una buena coordinación que asegure que todas persiguen el mismo objetivo y que cada una cumple sus tareas en el momento preciso. La falta de coordinación, ya sea en la definición de prioridades o en la ejecución de acciones concretas, da lugar a ineficiencias.

La asignación de competencias respecto a la provisión de servicios tiene un carácter de descentralización por factores. Como resultado de esto, tanto el gobierno central como las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales están involucrados en la provisión de los mismos, la cual se realiza por medio de una gestión compartida entre los distintos niveles. Si bien la idea de gestión compartida es atractiva y necesaria debido al tipo de descentralización adoptada, la misma presenta un desafío significativo con relación a la coordinación de la provisión de los servicios. Así, es necesaria una coordinación vertical entre los distintos niveles para que se establezca, de manera conjunta, la combinación de insumos, en particular la combinación de inversión y gasto corriente, que asegure que dicha provisión de servicios es la más adecuada.³¹ Debido a que las decisiones sobre la inversión y la parte más significativa del gasto corriente están en diferentes manos, la falta de coordinación puede fácilmente resultar en una relación ineficiente entre la inversión y el gasto tanto a nivel global como a nivel de cada unidad de servicio.³²

Para lograr una coordinación adecuada, es necesario que cada sector desarrolle una visión clara de cómo debe operar y que cuente con mecanismos e instrumentos que faciliten las decisiones y acciones conjuntas. Una visión claramente articulada, que establezca cómo cada uno de los actores con sus respectivas responsabilidades es parte de un esfuerzo conjunto con un objetivo común, sirve para orientar las acciones de los actores en distintos niveles. Asimismo, los mecanismos e instrumentos orientados a facilitar la coordinación permiten que la misma esté basada en estructuras institucionales y no dependa de la voluntad o iniciativa de personas exclusivamente.

En el caso de educación, la reforma ha contribuido a dar pasos importantes en la definición de cómo debe operar el sector. Actualmente existen esfuerzos desde el nivel central por definir con mayor detalle la operación del sistema, ampliando los espacios a las decisiones en el ámbito local. La nueva estructura sectorial ha sido definida de manera que el sector tenga presencia en los distintos niveles de gobierno. El contar con un representante sectorial en el ámbito territorial del municipio contribuye a establecer un diálogo permanente entre el sector (con su relación vertical con la prefectura y la SNE) y el municipio. Esta relación tiene un potencial para contribuir a la coordinación vertical entre el nivel central y las prefecturas con los municipios. Sin embargo, todavía no han logrado tener un impacto en la relación inversión-gasto corriente a nivel de las escuelas. La necesidad de establecer una instancia de programación conjunta en la forma de un directorio local de educación, basado en la experiencia de salud con los DILOS, ha sido discutida en el último tiempo y se da por descontado que estas instancias serán creadas.

El nuevo modelo sanitario introdujo los directorios locales de salud (DILOS) como una instancia de coordinación en la que representantes de la prefectura, del municipio y del comité de vigilancia realizan una programación conjunta y un seguimiento a la ejecución en

el sector que oriente las acciones de los actores en los distintos niveles. En la mayor parte de los municipios, los DILOS han sido conformados y están operando aunque todavía no han asumido todas las funciones que se les ha asignado, en particular la de programación. Pese a esto, todo indica que los DILOS podrían contribuir significativamente a la coordinación vertical y, por lo tanto, a mejorar la relación entre inversión y gasto corriente. Debe destacarse, sin embargo, que ni los DILOS ni el nuevo modelo sanitario reflejan una visión global de cómo debería funcionar el sector. Los mecanismos o instancias para facilitar la coordinación horizontal, un aspecto crítico en el caso de salud debido a que el ámbito territorial de las redes básicas de servicio no necesariamente coincide con el territorio municipal, no han sido establecidos. En el caso de la salud, en contraste con la educación, no hay una estructura sectorial uniforme que facilite la articulación de las acciones de los diferentes actores.

Pese a que para lograr una eficiencia en la provisión de los servicios es necesario que todos los involucrados actúen de manera coordinada, en la práctica no se observan esfuerzos organizados, ni en educación ni en salud, para desarrollar instrumentos que apoyen la coordinación entre los distintos actores. A nivel municipal esto se traduce en decisiones de inversión aisladas y en un contacto limitado con las otras instancias involucradas en la provisión de los servicios. Sólo la tercera parte de los municipios ha establecido mecanismos para coordinar con otras instancias con relativa frecuencia. El 66 % de los casos no coordina la provisión de servicios o lo hace solamente en ocasiones.

iv) La capacidad de decisión a nivel de las unidades de servicio

La eficiencia técnica está relacionada con el grado de decisión que disponen las unidades de servicios: la escuela, en el caso de educación y el centro de salud u hospital en el caso de salud. Cuando las decisiones son tomadas lejos de la unidad en la que se provee el servicio es difícil que se reconozcan las necesidades y oportunidades y, en consecuencia, surgen ineficiencias ligadas a la inadecuada combinación de insumos para los servicios que se proveen. Adicionalmente, cuando las unidades de servicio no tienen discreción para decidir sobre la combinación de insumos (falta de autonomía de gestión) no hay posibilidad de realizar ajustes para adaptarse a las condiciones que se presentan ni de innovar. Actualmente el espacio de acción que tienen las unidades de servicios es muy limitado debido a que: i) el principal ítem de gasto, la planilla, se define y administra a nivel central,³³ ii) en la mayoría de los casos la ejecución del presupuesto asignado a educación y salud por los municipios corre por parte del municipio y se rige por criterios distintos a los de la búsqueda de una eficiencia de gestión en la provisión de los servicios,³⁴ y iii) los recursos propios de las unidades de servicios se han reducido drásticamente.

El personal de las escuelas o centros de salud es asignado por el nivel departamental. El responsable de cada unidad de servicio no tiene potestad para realizar cambios o ajustes con relación al personal ni a la asignación de sus tareas. En forma similar, cuando un municipio presupuesta recursos para educación y salud lo hace sin discriminar por unidad educativa o centro médico, salvo en el caso de compras especiales o contraparte para inversión. Esto significa que las escuelas o centros de salud no cuentan con un presupuesto individual, asignado por el municipio. La ejecución está a cargo del municipio, lo que significa que cada escuela o centro de salud recibe lo que el alcalde considera pertinente cuando lo considera pertinente.³⁵ Vale la pena destacar que, en el caso del sector de educación, un número reducido de municipios está experimentando con diversas formas de ejecución del presupuesto asignado a educación para que éste responda mejor a las necesidades de las escuelas.

Otro elemento que restringe las decisiones a nivel de las unidades de servicios, además de las restricciones asociadas con los recursos nacionales y municipales, es la

reducción de los ingresos propios.³⁶ Los recursos que antes se generaban por el pago parcial por servicios eran administrados por escuelas o centros de salud y permitían cubrir las necesidades más apremiantes con cierto grado de flexibilidad. Pese a que los recursos municipales deben, en principio, sustituir los recursos propios que se recolectaban en el pasado, debido a las restricciones en la ejecución que fueron comentadas anteriormente, el cambio parece haber tenido un impacto negativo en gran parte de las escuelas y centros de salud. Como lo ilustra el cuadro 19, en muy pocos municipios se ha otorgado total autonomía de gestión a escuelas o centros de salud sobre los recursos que les asigna el presupuesto municipal. Debe destacarse que se observa una mayor autonomía de gestión en los centros de salud debido a que estos todavía generan sus recursos propios. Pese a que estos recursos son de carácter municipal, en gran parte de los casos son los centros de salud quienes los administran, sujetos a realizar los descargos correspondientes ante el gobierno municipal.

Cuadro 19
GRADO DE AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LAS UNIDADES
PROVEEDORAS DE SERVICIO CON RELACIÓN A LOS RECURSOS
MUNICIPALES PARA OPERACIÓN

Sector	Ninguno	Para algunas gestiones	Total
Educación	63 %	30 %	7 %
Salud	26 %	59 %	15 %

Fuente: Elaboración propia.

v. *La fiscalización y retroalimentación*

La eficiencia no sólo depende de las características de la oferta sino también de la forma en la que se manifiesta la demanda. En general, la provisión de servicios es eficiente cuando los usuarios están en posición de exigir. Es por esto que los mecanismos efectivos de fiscalización y de retroalimentación son indispensables para lograr eficiencia en la provisión de servicios, ya que posibilitan que los usuarios comuniquen a los proveedores la existencia de ineficiencias y exijan su corrección. Los servicios de educación y salud son provistos principalmente por el Estado dentro de un esquema que no utiliza los mecanismos de mercado para señalar la satisfacción o insatisfacción de los usuarios, ni para penalizar las ineficiencias. Para subsanar esto, la descentralización a nivel local no sólo reasigna recursos y competencias sino que también busca establecer mecanismos que faciliten su fiscalización por parte de la población.

El marco legal que establece la descentralización crea instancias para facilitar la participación de la población asignándole un papel fiscalizador. Los comités de vigilancia, las organizaciones territoriales de base y otras instancias sectoriales como las juntas escolares y de núcleo son instancias representativas con acceso a las autoridades del gobierno municipal. Al mismo tiempo, por las características de la descentralización por factores, el marco legal presenta desafíos significativos para el control social en la provisión de los servicios en su conjunto. Las instancias representativas de la población tienen llegada predominantemente a nivel municipal al cual corresponden sólo ciertos aspectos de la provisión de los servicios.

Todos los comités de vigilancia han sido conformados, aunque en la práctica su funcionamiento con relación a su papel fiscalizador es todav'a tímido. En la mayoría de los casos los comités de vigilancia están desempeñando un papel todavía superficial. En parte esto se debe a la poca experiencia y a la falta de claridad sobre su función, y en parte a la

falta de recursos lo que limita su acceso a las comunidades. Es importante destacar que aún en los casos en los que los comités de vigilancia consideran a los sectores de educación y salud, lo hacen exclusivamente con relación a las competencias municipales. Esto se debe a que el mandato de fiscalizar el buen uso de los recursos municipales de estos comités no implica asegurar la eficiencia en la provisión de los servicios.

En el caso de educación, las Juntas Escolares son las instancias que, a través de los mecanismos establecidos por la ley de reforma educativa deben representar a la población y a los usuarios ante los proveedores de servicios. Mientras las juntas escolares han sido conformadas en prácticamente todas las escuelas, se han establecido muy pocas juntas de núcleo y juntas distritales (cuadro 20). Las juntas escolares han empezado a jugar un papel importante sobre todo en el control de asistencia de los maestros, aunque todavía no están haciendo uso de todas las atribuciones que les confiere la ley y su relación con el alcalde es tímida. Es interesante notar que, gracias a la presencia de los directores distritales de educación, las juntas escolares tienen la posibilidad de retroalimentar las acciones del nivel departamental con relación a la administración de personal docente. Se puede esperar que a medida que las distintas juntas hagan mayor uso de sus atribuciones, la eficiencia en la provisión de servicios educativos se verá mejorada.

En el caso de la provisión de servicios de salud, la capacidad de la población de retroalimentar a las instancias correspondientes es más limitada debido a que el sector no cuenta con una estructura participativa propia. Adicionalmente, debido a que no existe una autoridad sectorial dedicada exclusivamente a los aspectos administrativos de la provisión de los servicios de salud, los canales para retroalimentar las decisiones tomadas en los niveles departamental y central son más limitados.

Cuadro 20
CONFORMACIÓN DE JUNTAS ESCOLARES

Ninguna	Escuela	Todas
7%	86%	7%

Fuente: Elaboración propia

En muy pocos casos se ha podido observar esfuerzos concretos a nivel del municipio por establecer mecanismos especializados que permitan recoger las opiniones de los usuarios sobre los servicios de educación y salud (cuadro 21). Esto en gran medida refleja el hecho que los municipios no se sienten responsables por los servicios de educación y salud sino exclusivamente por la dotación de infraestructura, equipamiento y suministros.

Cuadro 21
MECANISMOS PARA RECOGER LA OPINIONES
DE LOS USUARIOS A NIVEL MUNICIPAL

No existen	Ad hoc	Si
78%	11%	11%

Fuente: Elaboración propia

vi. El grado de competencia

Un mecanismo efectivo para inducir la eficiencia en la provisión de los servicios es la competencia. Cuando existe la posibilidad de competencia, por limitada que ésta sea, se puede establecer una dinámica que conduzca a una provisión de servicios más eficiente. La

existencia de diferentes opciones en la provisión de un servicio, al permitir la opción de salida a los usuarios,³⁷ representa un mecanismo efectivo para señalar ineficiencias en los proveedores.

Una forma práctica de introducir cierto grado de competencia en la provisión de los servicios de educación y salud es otorgando opciones a la población a través de la asignación de recursos estatales a los usuarios. Esto requiere financiar los servicios vía la demanda en vez de oferta. Debido a las características poblacionales y territoriales de la mayoría de los municipios, es muy costoso garantizar alternativas de proveedores a la población. El tamaño del mercado no justifica, salvo en los centros urbanos, más de un proveedor, y en consecuencia, no atrae proveedores privados.

Pese a lo anterior, existen distintas maneras de introducir cierto grado de competencia en la provisión de los servicios de educación y salud como en la subcontratación de servicios a proveedores privados a través de concursos. Esto permite cierta competencia entre proveedores privados bajo supervisión pública. Este mecanismo está siendo utilizado por los municipios para la provisión de infraestructura y equipamiento. Adicionalmente, en centros relativamente poblados se puede inducir una competencia entre proveedores públicos a través de los criterios de asignación de recursos.

En el caso de educación, la actual estructura del sistema no se apoya en un mecanismo de competencia para estimular la eficiencia técnica. Los alumnos tienen la posibilidad de matricularse en cualquier escuela pública pero, dado que los recursos no siguen a los alumnos, no existe una dinámica de competencia que dé señales sobre su desempeño relativo a las escuelas. La asignación de ítemes para maestros con base en la matrícula es un mecanismo muy indirecto y, debido a la mala información, no tiene mayor impacto.

En el caso de salud, el sistema público no está integrado. La separación de los servicios provistos por la SNSP y la seguridad social resulta muchas veces en el mal aprovechamiento de la infraestructura existente y en la inadecuada asignación del personal médico. Asimismo, esta separación y el funcionamiento aislado de cada una de las instituciones de la seguridad social limita las opciones disponibles a la población y no aprovecha la posible competencia regulada que estimularía la eficiencia técnica. Es interesante notar que el seguro de maternidad y la niñez, al proveer atención gratuita, ha reducido la competencia que antes existía entre las SNSP y proveedores privados como las ONG.

c) Equidad

La equidad requiere especial atención en un proceso de descentralización debido a que es un aspecto que difícilmente puede ser incorporado en la toma de decisiones. A continuación se presenta la situación con relación al gasto público en educación y salud desde la perspectiva departamental y municipal.

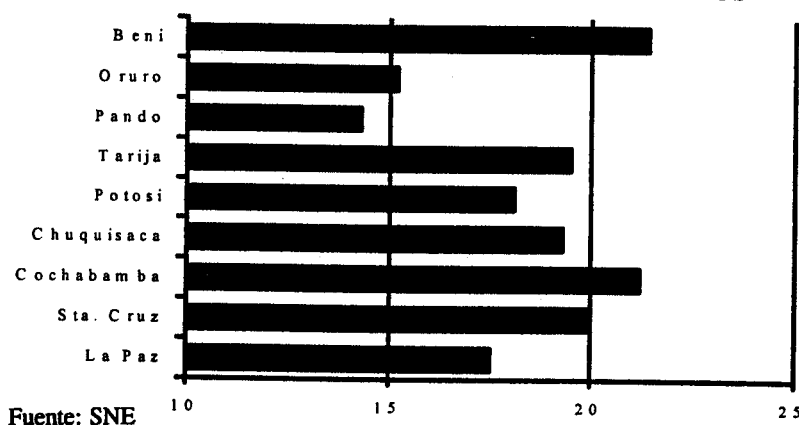
i. La perspectiva departamental

Las comparaciones a nivel departamental del gasto público y de la dotación de infraestructura en educación y en salud revelan diferencias significativas.

El gráfico 18 compara la relación alumno/maestro para los nueve departamentos. Como se puede observar existen variaciones significativas que van desde el caso de Pando con solo 14.3 alumnos por maestro, equivalente al 75% del promedio nacional, hasta el caso de Beni, que, con 21.4 alumnos por maestro, supera el promedio nacional en 13%.

Estas diferencias se expresan en la relación de la planilla de educación por alumno. En 1996, el monto de recursos destinado a pagar salarios de los maestros y del personal administrativo promediaba los \$150 dólares por alumno matriculado al año. A nivel departamental se observan variaciones significativas alrededor de este promedio. Mientras Pando tiene un gasto en personal de \$223 dólares por alumno, el de Beni es \$127 dólares por alumno. La asignación de maestros en términos de su entrenamiento es también reveladora. A nivel nacional los maestros normalistas, con estudios y título, sólo alcanzan el 50.4% del total. Cuando se considera esta relación a nivel departamental se observa que la distribución de maestros normalistas también varía significativamente. En el caso de Oruro, se tiene que el 67.3% de los maestros tienen título de una normal, mientras que en el otro extremo está Pando donde sólo el 17.2% de los maestros son titulados.

Gráfico 18
RELACIÓN ALUMNO/MAESTRO EN
DEPARTAMENTOS SELECCIONADOS

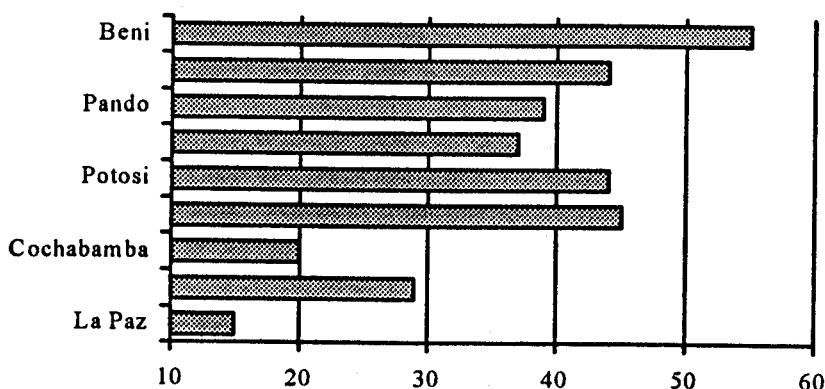


Todos los recursos municipales asignados al sector de educación son registrados como inversión. Por esta razón no es posible discriminar entre los recursos asignados para la operación de las escuelas de aquellos asignados a inversión en infraestructura. Pese a esto, es ilustrativo comparar las asignaciones municipales al sector. El gráfico 19 muestra la asignación municipal promedio, para los años 1995 y 1996, en términos de alumno para nueve departamentos seleccionados. Como se puede observar, existen grandes diferencias entre departamentos. Es interesante notar que solamente los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz se encuentran por debajo del promedio nacional de \$29 dólares por alumno para estos dos años. En el sector salud también se observan diferencias significativas entre departamentos en ciertos indicadores, por ejemplo, en la tasa de mortalidad infantil se presenta un panorama muy diverso para cada caso. Estas diferencias también son evidentes en términos de la disponibilidad de insumos para la provisión de servicios de salud así como en los recursos per cápita dirigidos al sector en cada departamento.

El gráfico 20 ilustra la situación comparativa con relación a la asignación de personal de salud. En el caso de personal médico, donde el promedio nacional es de 3 médicos por 10,000 habitantes, se tienen casos como el de Santa Cruz, donde esta relación es de 2.1 médicos por 10,000 habitantes. En el otro extremo está Pando con una relación de 5.8 médicos por 10,000 habitantes. La distribución de personal paramédico también refleja grandes diferencias. Mientras que en Cochabamba se tiene solamente 6.7 paramédicos por cada 10,000 habitantes, en Pando esta relación alcanza a 26.5, lo que

representa una asignación significativamente más alta que el promedio nacional de 9 paramédicos por 10,000 habitantes. Es interesante notar que cuando se toma en cuenta el personal de la seguridad social, el número de personal médico y paramédico con relación a la población aumenta aunque su distribución entre departamentos no se modifica significativamente. Adicionalmente, se debe notar que la relación entre personal paramédico y personal médico también varía considerablemente entre departamentos. Mientras el promedio nacional es de 3 paramédicos por médico, existen casos como el de La Paz donde se tiene una alta concentración de médicos (2.1 paramédicos por médico), o el de Pando donde hay, en promedio, 4.6 paramédicos por medico.

Gráfico 19
INVERSIÓN PROMEDIO EN DEPARTAMENTOS SELECCIONADOS
(1995-2000)



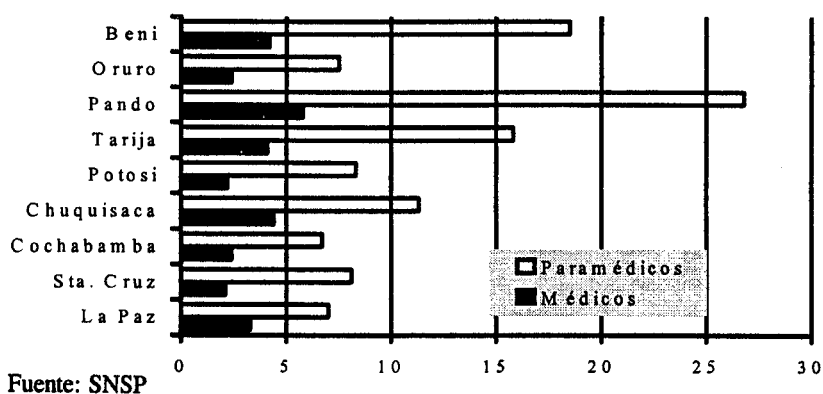
Fuente: SNE, SNH

La comparación de indicadores de infraestructura, tanto de los centros de salud como de los hospitales de apoyo, también revela diferencias entre los departamentos. En el caso de los centros de salud son altas las variaciones departamentales alrededor del promedio nacional de 3,400 habitantes por centro. Como lo ilustra el gráfico 21, el rango de habitantes por centro de salud va desde 1,700 en el caso de Potosí hasta 5,700 para La Paz. Esto significa que, en promedio, en el departamento de La Paz cada centro de salud debe atender a una población tres veces mayor que la que atiende un centro en Potosí. Esta situación no se modifica cuando se toma en cuenta la infraestructura de la seguridad social. En el caso de hospitales de apoyo, donde el promedio nacional es de 271,00 habitantes por hospital, se tiene extremos como el de Pando con 38,000 habitantes por hospital y el de Oruro y Santa Cruz, ambos con 345,000 habitantes por hospital. Esto significa que los hospitales en estos dos últimos departamentos deben atender, en promedio, una población nueve veces mayor a la que atiende un hospital de Pando. Cuando se toman en cuenta los hospitales de la seguridad social, este rango se altera significativamente. Los casos de Pando y Santa Cruz, nuevamente los extremos, son de 13,000 y 63,000 habitantes por hospital respectivamente.

Finalmente, en términos de la asignación de recursos, también existen diferencias marcadas. El gráfico 22 compara la inversión y el gasto corriente de los nueve departamentos en términos per cápita para el año 1995. El gasto corriente, constituido en aproximadamente el 85% por la planilla de salud, difiere de un modo significativo entre departamentos. De igual manera, la inversión per cápita, que incorpora la inversión municipal en el sector, muestra grandes variaciones en términos porcentuales. Es interesante notar que con relación a la inversión per cápita solo los departamentos de La Paz,

Cochabamba y Santa Cruz se encuentran por debajo del promedio nacional de \$3.2 dólares. En el caso de gasto corriente, donde el promedio nacional es de \$5.9 dólares per cápita, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Potosí se encuentran por debajo del promedio.³⁹

Gráfico 20
PERSONAL DE SALUD POR 10.000 HABITANTES



ii) La perspectiva municipal

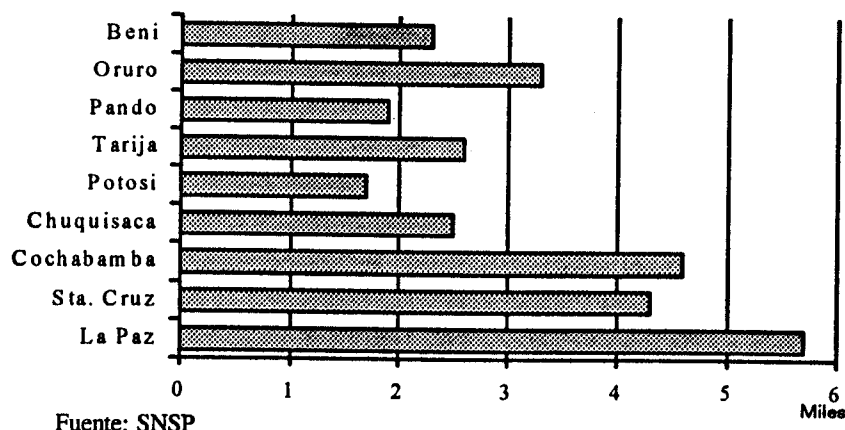
Cuando se consideran los 311 municipios en términos de equidad, surgen inmediatamente algunos elementos que sugieren la necesidad de políticas claras orientadas a atender este tema. Los municipios son muy distintos en términos de población, de extensión y características territoriales y de actividad económica. Estas diferencias se traducen en diferentes necesidades lo que implica diferentes recursos para lograr determinados niveles de satisfacción de las mismas, en particular en la prestación de servicios de educación y salud. Además, estas diferencias se traducen en diferentes capacidades para generar recursos propios que complementen los recursos de la participación popular. La combinación de estos dos factores sugiere que la capacidad de los municipios para atender las competencias que han asumido es muy variada. Como resultado de esto, es previsible que se observen diferencias en el modo en el que se desarrollan los municipios. Es importante recalcar que pese a las diferencias que se observan, y que se pueden prever, como consecuencia del avance del proceso, la descentralización ha constituido un paso de gran importancia en el camino hacia la equidad en Bolivia. No es exagerado decir que la transferencia de recursos de la participación popular cambia el orden de magnitud de la discusión con respecto a la equidad.

Las características poblacionales y territoriales de los municipios son heterogéneas. La jurisdicción municipal está determinada por el territorio de una sección de provincia, cuya delimitación ha sido históricamente arbitraria. El resultado para la descentralización ha sido la existencia de diferencias significativas entre municipios, particularmente en relación a la población y territorio. Por ejemplo, de los 311 municipios que se crean en el proceso de descentralización, 17 no alcanzan a los 1,000 habitantes, mientras que existen 4 municipios con población mayor a los 400,000 habitantes y 14 con más de 50,000 habitantes. Las diferencias territoriales son también abrumadoras. Los municipios de San Ignacio de Moxos en el Beni y Cliza en Cochabamba tienen la misma población, pero el primero es 300 veces más extenso que el segundo.

Las diferencias en la actividad económica entre municipios resulta en distintas capacidades para generar recursos. La mayoría de los municipios recién ha comenzado a realizar esfuerzos por generar recursos propios y se puede esperar que en el futuro la

importancia de los mismos aumente. Sin embargo, en gran parte de los municipios el potencial para generar recursos es limitado y, en consecuencia, es dudoso que se constituyan en un complemento importante a los recursos de la participación popular. Es ilustrativo el caso del conjunto de municipios visitados donde solamente uno de ellos tiene capacidad de generar recursos propios en un monto mayor a \$20 dólares por habitante, una magnitud similar a los recursos de la participación popular (gráfico 23). Así, 8 de los 28 municipios visitados, es decir el 28%, no generan ingresos propios, y más del 75% no genera ni siquiera la cuarta parte de los recursos que reciben de coparticipación tributaria.

Gráfico 21
POBLACIÓN POR CENTRO DE SALUD



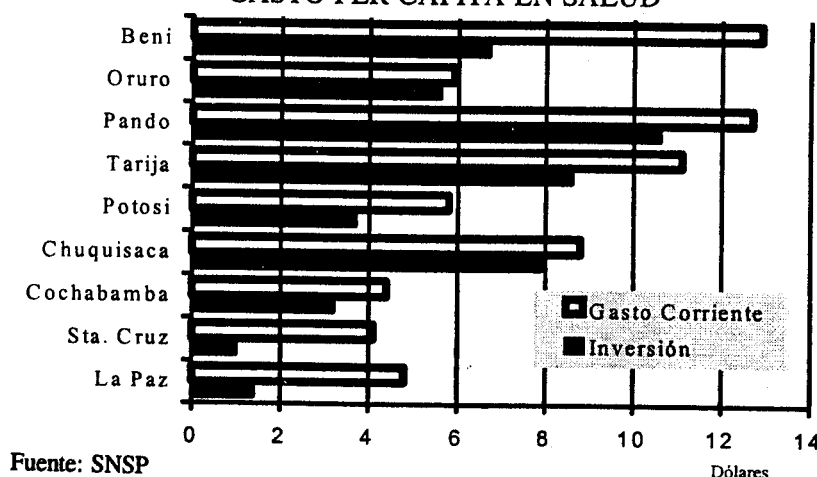
La asignación de recursos nacionales complementarios a través de los fondos de inversión o proyectos nacionales de fortalecimiento sectorial no toma en cuenta criterios de equidad. Los recursos complementarios que canaliza el gobierno central a través de distintos mecanismos son significativos con relación a los recursos de participación popular y los recursos municipales propios. El gráfico 24 ilustra esto para el caso de los 28 municipios visitados. En la práctica, la asignación de estos recursos se basa exclusivamente en criterios ligados a los proyectos específicos. No existe un criterio global que oriente la asignación de estos recursos tomando en cuenta criterios de equidad. Como resultado de esto, pese a los méritos individuales de un proyecto, en muchos casos estos recursos magnifican las diferencias entre municipios.

A nivel municipal la asignación de recursos a educación y salud es muy variada. La mayor parte de los gobiernos municipales, en cumplimiento de sus responsabilidades, están asignando recursos a los sectores de educación y salud. La cantidad de recursos asignados, sin embargo, varía considerablemente, tanto en términos absolutos como con relación al esfuerzo que representa para cada municipio. Adicionalmente, la asignación de personal desde el nivel departamental, también introduce diferencias entre municipios.

En el caso de educación, existen 8 municipios que no han asignado recursos al sector en el presupuesto de 1996, mientras que otros como Tiraque en Cochabamba y San Joaquín en el Beni han asignado prácticamente el 100% de sus recursos al sector. En términos de asignación per cápita, la diferencia se ilustra contrastando los municipios de Filadelfia en Pando, que asigna \$402 dólares por alumno y el municipio de Poopo en Oruro, que invierte \$ 0.40 dólares. Al igual que en el caso departamental, la asignación de personal refleja diferencias significativas entre municipios. Por ejemplo, la relación alumno/maestro alcanza 98.2/1 en el municipio de Samaipata en Santa Cruz y 8.2/1 en San Pedro de Quemes en Potosí.

En el caso de salud son 37 los municipios que no han asignado recursos al sector en el presupuesto de 1996. En contraste, Coipasa en Oruro y Yanacachi en La Paz han asignado cerca del 65% del total de sus recursos al sector. En términos de asignación per cápita, se observan contrastes como el de los municipios de Santa Rosa del Abuná en Pando, que asigna \$49 dólares y el municipio de Yacuiba en Tarija que invierte \$0.17 dólares. Finalmente, la relación médico por habitante también varía considerablemente alcanzando a 1/40,945 en el municipio de Puna en Potosí y 1/496 en el municipio de Huacaya en Chuquisaca.

Gráfico 22
GASTO PER CÁPITA EN SALUD



iii. Las políticas de asignación del gasto

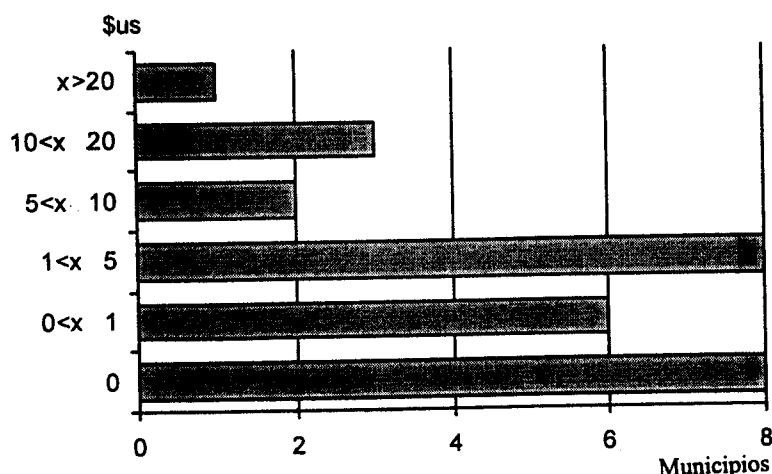
En lo que va del proceso de descentralización no se observa, en ninguno de los tres niveles, esfuerzos para incorporar el concepto de equidad dentro de las políticas de asignación de gasto. Como resultado de esto, gran parte de la asignación de recursos a los dos sectores se realiza todavía con base en los criterios tradicionales.

El nivel central puede contribuir de manera significativa a la equidad. Este cuenta con instrumentos que podrían ser efectivos en la búsqueda de equidad en la provisión de servicios de educación y salud a nivel municipal. El primer instrumento debe ser la transferencia de recursos para personal de estos dos sectores a las prefecturas departamentales. El concepto de equidad en el gasto puede incorporarse a estas transferencias estableciendo criterios técnicos para la asignación entre departamentos que reflejen la población atendida así como peculiaridades que surjan de la distribución espacial de la población. Adicionalmente, el nivel central puede definir, como condicionante a las transferencias de recursos, criterios para guiar la asignación de personal por parte de las prefecturas. El FIS y los proyectos sectoriales que apoyan la inversión constituyen un segundo instrumento que puede incorporar una política de equidad. Tanto el FIS como los proyectos canalizan recursos complementarios a los municipios para financiar la inversión en infraestructura de educación y salud. Por el momento estos recursos se asignan con base en criterios que no toman en cuenta el aspecto de equidad. Adicionalmente, tanto la SNE como la SNSP pueden establecer criterios orientadores con relación a los insumos

La tendencia inicial sugiere que no se están atendiendo las diferencias entre escuelas ni centros de salud. En la actualidad no existen políticas que contribuyan a mejorar el aspecto de equidad. No se han adoptado, ni en los municipios, ni a nivel departamental o nacional, criterios mínimos con relación a los insumos a los que debe tener acceso cada

escuela. Por esta razón, las decisiones de asignación de recursos no se basan en criterios que busquen asegurar que las mismas correspondan a las necesidades y reflejen, en forma general, un tratamiento homogéneo. A nivel departamental se observan tendencias que sugieren que las diferencias podr'an aumentar. Por ejemplo, Tarija, que tiene la relación establecimiento/inmueble más baja y, en principio, requiere la menor inversión en infraestructura, es el departamento con la inversión anual por alumno más alta, mientras que Santa Cruz, con la relación de establecimiento/inmueble más elevada, es uno de los departamentos en los que la inversión anual por alumno es menor.

Gráfico 23
INGRESOS PROPIOS PER CÁPITA:
DISTRIBUCIÓN POR MUNICIPIOS VISITADOS

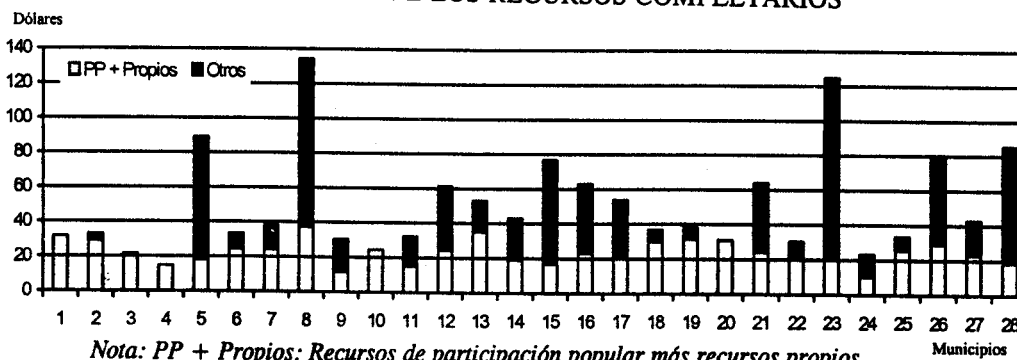


Por el momento es poco lo que los municipios están haciendo para contribuir a la equidad intramunicipal. Las visitas de campo revelan que dentro de los municipios existen diferencias entre escuelas o centros de salud. Así, solamente en la quinta parte de los mismos la infraestructura y el equipamiento de las escuelas era comparable. En el caso de salud, los centros tenían condiciones similares en la cuarta parte de los casos. Pese a lo anterior, los municipios no han establecido ningún criterio mínimo con relación a la infraestructura y el equipamiento a centros de educación o salud, como un objetivo a ser cubierto por el municipio. Solamente en el 11% de los casos los municipios realizan algún tipo de esfuerzo, no definido en forma explícita, por lograr que la infraestructura y el equipamiento de las escuelas, centros de salud, sean equivalentes. Adicionalmente, solo la quinta parte de los municipios visitados asigna insumos a las escuelas con base al número de alumnos y a los centros de salud con base en la población atendida.

Cobertura y calidad. Es todavía muy temprano para esperar un impacto de la descentralización en la cobertura o la calidad de los servicios de educación y salud. Se espera que en el mediano plazo, una vez que todos los mecanismos introducidos por la descentralización estén operando adecuadamente, se observe un impacto positivo de estas medidas en la cobertura como en la calidad. Esta expectativa se basa en dos hechos: la descentralización ha aumentado la cantidad de recursos dirigidos a la inversión y el funcionamiento de estos dos sectores y se han acercado las decisiones al nivel local. El que esta promesa de más y mejores servicios se haga realidad depende, en gran medida, de la forma en que se implementen las reformas. Debe mencionarse que a la fecha no existe la suficiente información, o líneas de base, que permitan establecer el impacto de estas medidas aislando otros factores que puedan afectar la cobertura y la calidad. Los cambios recientes en cobertura y calidad se deben, no a la descentralización sino a otras medidas

adoptadas coincidentemente, la reforma educativa en el caso de educación y el seguro de maternidad y la niñez en el caso de salud. Los efectos inducidos por estas dos medidas en la cobertura y la calidad de los servicios de educación y salud son, en algunos casos, efectos de corto plazo mientras que en otros pueden ser permanentes. Los cambios observados se discuten a continuación para cada uno de los sectores.

Gráfico 24
RECURSOS MUNICIPALES PER CÁPITA:
EL IMPACTO DE LOS RECURSOS COMPLETARIOS



Cobertura. Las observaciones iniciales con relación a cambios en la cobertura en los dos sectores son:

- *No existe evidencia de cambios significativos en la cobertura de educación.* El incremento en el número de personal está asociado al crecimiento vegetativo y muestran la misma tendencia que en el pasado, por lo que difícilmente pueden asociarse con una mayor cobertura ligada a la descentralización. El incremento de la inversión en infraestructura es orientado a remplazar o mejorar las escuelas existentes y no tanto a construir nuevas escuelas que faciliten el acceso de la población a este servicio, y en consecuencia logren expandir la cobertura.
- *El seguro nacional de maternidad y la niñez está incrementando la cobertura.* Este ha aumentado el número consultas de embarazo, de partos atendidos en servicio y de consultas sobre enfermedades diarreicas y respiratorias en niños menores de 5 años. Sin embargo, la respuesta al seguro es mayor en las zonas de los valles y los llanos y poco significativa en el Altiplano, y con mayor impacto en el área urbana que en el área rural. La elasticidad de la demanda por servicios de salud es pequeña debido a factores culturales.

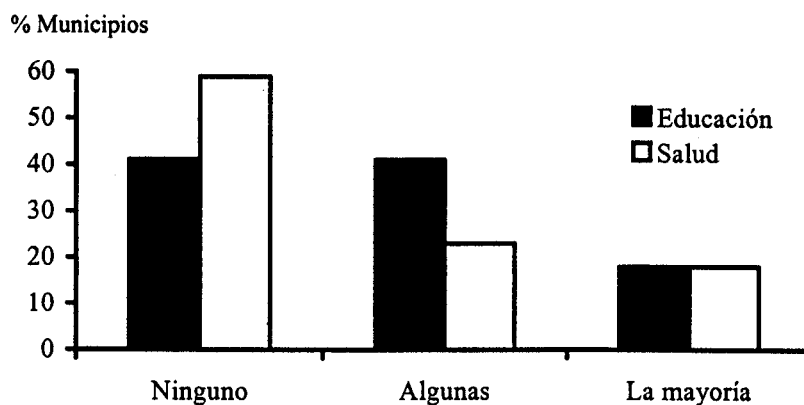
Calidad. Si bien, todavía no se pueden medir los cambios en la calidad de los servicios, existe una serie de factores condicionantes de la calidad que han cambiado recientemente. Las observaciones iniciales con relación a estos factores y el efecto que puedan tener en la calidad de los servicios de educación y salud en el corto y mediano plazo son:

- *Las condiciones que afectan la calidad de los servicios educativos están cambiando.* Los cambios pedagógico/curriculares introducidos por el Programa de Transformación y la distribución de bibliotecas de aula realizada por el Programa de Mejoramiento, en la dinámica del proceso educativo y la dotación de insumos, hacen posible una mayor calidad a mediano plazo. Sin embargo, en el corto plazo la eliminación de los recursos propios de las escuelas por la introducción de la gratuidad en la reforma educativa, limita la capacidad de las mismas para adquirir ciertos insumos básicos, generando un impacto negativo sobre la calidad educativa. Este efecto será superado cuando los recursos municipales sustituyan a los propios.

Otro factor introducido por la reforma educativa que todavía desempeñan un papel tímido pero es previsible que, a medida que hagan mayor uso de sus potestades, contribuyan a través de la supervisión, control y gestiones ante el municipio a mejorar la calidad.

- *El seguro nacional de maternidad y la niñez parece tener un impacto negativo en la calidad de la atención en salud.* La rigidez de las especificaciones sobre el uso de insumos se traduce, en muchos casos, en una insuficiencia de medicamentos e insumos médicos y en otros en una poca pertinencia, todo lo cual estaría afectando negativamente la calidad de estos servicios. Este factor puede corregirse si la SNSP modifica ciertas especificaciones técnicas para incorporar las observaciones que están surgiendo en la práctica. Con el criterio de gratuidad para la atención de la maternidad y de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de 5 años, el financiamiento del tesoro general de la nación y los gobiernos municipales, los recursos propios en los establecimientos de salud han disminuido considerablemente.
- *Los mecanismos para medir y demandar calidad son incipientes.* La falta de mecanismos para medir la calidad de los servicios que se provee es evidente para ambos servicios. En el caso de educación, el 67% de los municipios visitados no tiene forma de medir la calidad de los servicios educativos mientras que el 56% no tiene capacidad de medir la calidad de los servicios de salud. Aquellos casos en los que si se trata de medir la calidad de estos servicios se lo hace de una manera *ad hoc*. Asimismo, a nivel de los usuarios no parece existir una cultura de la calidad que induzca a los mismos a exigir determinadas cualidades en los servicios que reciben.
- *La mejor dotación de insumos puede contribuir a mejorar la calidad de los servicios.* El proceso de descentralización, a través de la participación popular, ha hecho posible que se mejore la infraestructura y la dotación de equipo y suministros. En algunos municipios se observan mejoras en la infraestructura escolar o de salud. Sólo el 15% de los municipios visitados en el caso de educación, y el 26% en el caso de salud no habían invertido en mejoramiento o construcción de infraestructura (gráfico 25). Sin duda existe un potencial para mejorar la calidad de estos dos servicios a través de mejoras en la infraestructura, el equipamiento y la dotación de materiales. Si este potencial es aprovechado dependerá de la medida en la que las estructuras sectoriales se organicen, las acciones de las estructuras participativas, y la capacidad de respuesta que desarrollen los municipios.

Gráfico 25
ASIGNACIÓN MUNICIPAL DE RECURSOS A LA
DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS



Fuente: Elaboración Propia

V.CONCLUSIONES

En Bolivia, el proceso de descentralización desencadenado por las leyes de participación popular y descentralización administrativa constituye un cambio radical para la gestión pública. En términos generales el proceso está avanzando y da lugar a optimismo con relación al futuro del desarrollo local en el país. Desde la perspectiva sectorial de educación y salud, la descentralización enfrenta grandes desafíos como todo proceso complejo que introduce cambios significativos e involucra a nuevos actores. El estudio revela que la descentralización en estos dos sectores no constituye, por sí sola, un esfuerzo suficiente para mejorar la provisión de los servicios de educación y salud. Para lograr esto, es indispensable que ambos sectores definan e implementen las medidas complementarias necesarias. En forma más específica, el estudio identifica algunas dificultades propias de los primeros pasos en un largo camino en el que será necesario hacer ajustes a medida que se avanza y sugiere algunas áreas que requieren especial atención. Estas observaciones se resumen a continuación:

- *Actitudes y Cultura.* En el país persiste una actitud centralista tanto en las instancias del gobierno central como en las instancias a nivel local y en la población. Las organizaciones tradicionales de representación comunitaria han comenzado a hacer uso de los canales de participación popular, aunque con cierta timidez y todavía de manera formal.
- *Asignación de Funciones.* El proceso global de descentralización ha generado desafíos todavía no resueltos en los sectores de educación y salud. En estos dos sectores, la asignación de funciones no está completa ni suficientemente detallada y en muchos casos falta claridad en los procedimientos y en el flujo de información que definen las relaciones entre las nuevas estructuras. Más aún, la asignación de funciones genera ausencia de una sola instancia responsable ante la población (*accountable*) por la calidad de los servicios. Asimismo, los esfuerzos por establecer instancias y mecanismos de coordinación entre las distintas instancias que participan en la provisión de los servicios son todavía limitados y aquellos que han sido establecidos aún no cumplen plenamente su propósito.
- *Capacitación, fortalecimiento y apoyo.* La capacitación y fortalecimiento de las instancias involucradas en el proceso de descentralización es crítica. Sin embargo, el país no cuenta con la capacidad instalada suficiente para cubrir las necesidades en un plazo razonable. La SNPP ha optado por un sistema de capacitación a través de seminarios y talleres con el propósito de lograr una amplia cobertura. Esta capacitación, sin embargo, tiende a ser genérica y requiere ser complementada con acciones por parte de los sectores para asegurar que los municipios y otras instancias estén en condiciones de cumplir adecuadamente con sus responsabilidades en la provisión de los servicios. Lamentablemente, ninguno de los dos sectores ha establecido programas sistemáticas de capacitación en gestión sectorial orientadas a los gobiernos municipales. Adicionalmente, es necesario un mayor esfuerzo por capacitar a la población organizada con relación a su función, sus derechos y sus obligaciones.
- *Seguimiento y evaluación.* No existe un seguimiento sectorial al proceso de descentralización. Es decir no se recolecta, sistematiza y evalúa información, con el propósito de identificar acciones preventivas, correctivas y de apoyo al proceso.

- *Eficiencia social.* Las decisiones relacionadas con la inversión municipal reflejan las preferencias de la población sólo parcialmente. El grado en el que se hace uso de los mecanismos establecidos para recoger las preferencias de la población en general es limitado y depende de la actitud de las autoridades. En muchos casos, las prioridades están siendo definidas por las autoridades municipales. Pese a las limitaciones señaladas es alentador observar que, en general, la población está desarrollando una conciencia de los espacios que tiene que ocupar. Asimismo, y en parte debido a la naturaleza de la descentralización, las decisiones municipales de inversión no incorporan todos los costos asociados con las mismas -ignorándose muchas veces los costos recurrentes-. Adicionalmente, pocas veces se relacionan las decisiones de inversión con aquellas ligadas a la generación de recursos, a través de impuestos locales o tarifas por servicios. Si bien no se han tomado en cuenta las externalidades interjurisdiccionales en la provisión de ambos servicios, en algunos municipios han surgido mecanismos que permiten compensar las mismas.
- *Eficiencia Técnica.* Es aún temprano para determinar el impacto de la descentralización en la eficiencia técnica de la provisión de los servicios de educación y salud. Sin embargo, la consideración de ciertos condicionantes de la eficiencia técnica revela que todavía persisten muchos factores que atentaban contra este tipo de eficiencia en el pasado. Entre los factores que no se han mejorado están, principalmente, los criterios de asignación de recursos que no reflejan el tipo ni la cantidad de los servicios prestados, la débil capacidad institucional de las instancias involucradas en la provisión de servicios, las dificultades en la coordinación entre las mismas, la ausencia de competencia y la limitada autonomía de gestión de las unidades proveedoras de servicios. Es importante destacar que, entre los factores que pueden tener un impacto importante en el incremento de la eficiencia en la provisión de los servicios de educación y salud, se encuentra la fiscalización y retroalimentación del proceso que pueden brindar las instancias sectoriales de participación popular.
- *Equidad.* Tanto a nivel de los departamentos como a nivel municipal, se observan diferencias significativas en ciertos indicadores relacionados con la oferta de ambos servicios. A nivel municipal, resalta el hecho que existen grandes diferencias entre municipios. Por un lado, aspectos como la densidad y dispersión poblacional y las características del territorio dan lugar a diferencias en las necesidades. Por otro lado, las diferencias en actitudes y en el grado de pobreza se traducen en diferentes capacidades de recaudar recursos propios. Estas diferencias no se reflejan en la asignación de recursos de participación popular a los municipios, ni en la manera de canalizar recursos complementarios por parte de los fondos de inversión y programas nacionales de fortalecimiento sectorial. Se observa también que los montos asignados a educación y salud por los municipios muestran grandes diferencias y que prácticamente en ningún caso se han realizado esfuerzos por establecer mínimos con relación a las condiciones de la infraestructura o a la dotación de equipamiento o materiales.
- *Cobertura y Calidad.* En educación, la matrícula escolar no se ha incrementado más allá de lo que podría atribuirse a un crecimiento vegetativo. En salud, el seguro de maternidad y la niñez muestra cierta evidencia de incrementos en la cobertura. Con relación a la calidad de los servicios, se observa que la misma se ha deteriorado en algunos casos. Todo indica que este efecto es temporal y que se explica en la disminución de los ingresos propios de las unidades de servicios que no han sido acompañadas por asignaciones municipales comparables en cantidad y flexibilidad de ejecución. Los municipios tampoco han realizado esfuerzos significativos para establecer mecanismos que permitan medir y demandar calidad en la provisión de servicios.

NOTAS

- 1 El conjunto de estas reformas son denominadas de segunda generación, puesto que a partir de 1985 se promulgó otro importante número de disposiciones legales dirigidas a la estabilización y reactivación de la economía después de un intenso proceso inflacionario. Es también importante hacer notar que el 27 de enero de 1993, el Senado Nacional aprobó un proyecto de Ley de descentralización. Este proyecto, que no fue sancionado por la Cámara de Diputados, tenía características muy diferentes a la Ley 1654 aprobada en 1995.
- 2 Los indicadores presentados han sido desarrollados por la Secretaría Nacional de Educación y, por razones de fuente, pueden tener divergencias con otros indicadores procesados por otras instituciones. El tema de la información es aún muy difícil en Bolivia.
- 3 Estrictamente, los recursos de transferencia a las universidades públicas incluyen recursos de inversión. Sin embargo, las transferencias están registradas en el PGN como presupuesto de gasto bajo el título de partidas no asignables a programas. En todo caso, la inversión que realizan las universidades es poco significativa.
- 4 El esfuerzo de mejorar los sistemas de información tiene su base en el Registro Nacional de Personal Docente y Administrativo (RDA), que ha permitido, por primera vez, conocer quiénes son los docentes en ejercicio y en qué escuela prestan sus servicios.
- 5 Para este cálculo no se incluyen las transferencias a las universidades públicas en los nueve departamentos del país, recursos que provienen del TGN.
- 6 Si bien es cierto que no todos los docentes del sistema educativo están afectados por la implementación gradual de la reforma educativa, técnica y políticamente fue muy difícil para el gobierno diferenciar los incrementos entre los docentes de la reforma y los otros.
- 7 Es posible que en los registros de la ejecución de la inversión pública exista una duplicación de información, relacionada con la contraparte municipal a los proyectos FIS. Tanto los gobiernos municipales, como el FIS reportan esta ejecución independientemente al Sistema Nacional de Inversión (SISIN).
- 8 Otro factor crítico para el éxito de un proceso de descentralización, los recursos humanos, es discutido con relación a la capacidad institucional y la eficiencia técnica en una sección posterior.
- 9 La COB y el Magisterio Nacional mostraron una fuerte resistencia a la participación popular y la reforma educativa, dos de las "tres leyes malditas".
- 10 El nuevo modelo sanitario propone una nueva estructura sectorial, que reconoce el nuevo papel que debe jugar el nivel central de gobierno pero no propone transformaciones concretas para el mismo.
- 11 Las direcciones departamentales de educación y las secretarías regionales de salud existían con anterioridad a la descentralización como instancias regionales de las secretarías nacionales de educación y salud.
- 12 El D.S. 24 182 establece que los gobiernos municipales no tendrán acceso a los recursos de los fondos de inversión (FIS, FDC, FNDR) ni habrá inversión concurrente por parte de las prefecturas, si se asignan al menos el 30% de sus recursos al desarrollo humano y 25% al apoyo a la producción.

- 13 La falta de capacidad a nivel municipal es uno de los argumentos utilizados para justificar la reticencia a la transferencia de funciones, aunque muchas veces el argumento se basa en prejuicios.
- 14 El nuevo modelo sanitario es un instrumento de coordinación y no refleja en sí una visión de cómo debe operar el sector. Recientemente se ha reiniciado un esfuerzo para estudiar una posible reforma del sector salud. Este esfuerzo podría contribuir significativamente a definir una visión clara de cómo debería operar el sector.
- 15 En la última revisión del modelo sanitario antes de su aprobación se eliminaron instancias con el fin de simplificarlo. Ese cambio, al ignorar las características de la red de servicios, ha dejado abierta la definición de instancias al nivel sub-departamental. Estas definiciones están siendo tomadas por cada dirección departamental de salud sin la orientación de la Secretaría Nacional de Salud Pública.
- 16 El alcalde municipal es miembro del DILOS, sin embargo no puede tomar decisiones en esa instancia ya que toda decisión debe ser aprobada por el Consejo Municipal.
- 17 Se debe mencionar que se han detectado varias deficiencias en el funcionamiento del seguro, que requieren ser corregidas.
- 18 Una condición adicional que se la da por cumplida es que la población tenga plena comprensión de los beneficios que conlleva cada una de las alternativas sobre las que decide.
- 19 Gran parte de la literatura técnica relacionada con la descentralización (*local fiscal choice*) presume que éste es el mecanismo a través del cual la población expresa sus preferencias.
- 20 El Art. 201 de la Constitución Política del Estado estipula que cumplido por lo menos un año desde la posesión del alcalde, el Concejo podrá censurarlo y removerlo mediante voto constructivo por tres quintos del total de sus miembros.
- 21 La percepción de las autoridades puede considerarse como una forma indirecta de recoger demandas y prioridades de la población.
- 22 En algunos casos, como por ejemplo el de Achocalla, son las comunidades las que en gran medida definen las prioridades, las cuales son comunicadas al alcalde.
- 23 No se cumple el principio de correspondencia fiscal en el que los gastos locales se financian con impuestos locales.
- 24 Como resultado, de acuerdo al principio de correspondencia fiscal, los costos de los servicios son financiados con impuestos pagados por los residentes del área beneficiada con los servicios. Esta condición permite incorporar todos los costos en las decisiones de los tipos y niveles de servicios que escoge la población.
- 25 Este argumento se abstrae de consideraciones de equidad y de redes de seguridad.
- 26 La sección de provincia sobre la que se basa la jurisdicción municipal no desempeñaba ningún tipo de función específica en la práctica como división territorial y la población no estaba identificada con la misma. En consecuencia, sus delimitaciones fueron realizadas arbitrariamente, resultando en jurisdicciones heterogéneas.
- 27 En general, en Bolivia las redes agrupan a escuelas multigrado (1°-3° de manera concurrente), escuelas seccionales (1°-5°) y escuelas centrales (intermedio y medio).
- 28 Debido a diferencias en los niveles salariales, la asignación en términos de recursos no necesariamente corresponde con la relación alumnos/maestro.
- 29 Estos recursos son municipales y, en principio, deben estar incorporados en el PAO municipal.
- 30 El 78% de los municipios incorporados en el trabajo de campo se ve limitado por las restricciones financieras. En el caso de algunos municipios esto es mayor debido al limitado atractivo que tiene el área rural para personal calificado con mejores opciones en ciudades más pobladas.

- 31 En el caso de salud es necesaria adicionalmente una coordinación horizontal entre municipios que garantice el buen funcionamiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contrareferencia.
- 32 Existe una tendencia a que la inversión esté sobredimensionada con relación al personal disponible.
- 33 La transferencia de la administración de la planilla a las prefecturas que especifica la ley de descentralización administrativa todavía no se ha hecho efectiva.
- 34 La ejecución municipal de los recursos presupuestados para estos sectores refleja principalmente disponibilidad de recursos (ligada a otras necesidades) y criterios políticos.
- 35 En uno de los municipios visitados para el presente estudio el alcalde explicó que una serie de materiales escolares habían sido adquiridos y que estaban almacenados esperando la fecha de creación del municipio (dos meses antes del final del año escolar) para ser distribuidos.
- 36 En el caso de salud no se han eliminado todas las cobranzas. Las cobranzas parciales por aquellos servicios no contemplados en el seguro materno infantil generan recursos para los centros de salud u hospitales.
- 37 Ver A. Hirschman (1970).
- 38 Las implicaciones de esto se discuten mas adelante en la sección de calidad.
- 39 Estos montos no toman en cuenta las transferencias, como becas alimentarias, a otras instituciones que proveen servicios especializados como por ejemplo el Instituto Boliviano de la Ceguera, incluidas en el presupuesto del sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (1992), "Colombia: Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?", Sector Report, Washington DC, USA.
- Banco Mundial (1996), "Bolivia, Poverty, Equity and Income: Expanding Earning Opportunities for the Poor", Washington, USA.
- Campbell T. (1991), "Decentralization to Local Government in Latin American Countries: National Strategies and Local Response in Planning, Spending and Management", LAC Regional Studies Program, Banco Mundial, Washington DC, USA.
- Carciofi R., Cetrángolo O. y Larragaña O. (1996), "Descentralización y Financiamiento de la Educación y la Salud: Las Experiencias de Argentina y Chile", CEPAL-UNICEF, Santiago, Chile.
- Cárdenas M. y Darras Ch. (1994), "El Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud en Diálogos sobre Salud", ILDIS/Iniciativa, La Paz, Bolivia.
- Gaceta Oficial de Bolivia (1993), La Ley 1493 de Ministerios del Poder Ejecutivo, La Paz, Bolivia.
- (1994), La Ley 1551 de Participación Popular, La Paz, Bolivia.
- (1994), La Ley 1565 de Reforma Educativa, La Paz, Bolivia.
- (1994), La Ley 1585 de Reformas a la Constitución Política del Estado, La Paz, Bolivia.
- (1994), Ley 1606 de Modificaciones a la Ley de Reforma Tributaria", La Paz, Bolivia.
- (1995), La Ley 1654 de Descentralización Administrativa, La Paz, Bolivia.
- (1996), Ley 1702 de Modificaciones a la Ley de Participación Popular, La Paz, Bolivia.
- (1996), Decretos Supremo 24237 del Nuevo Modelo Sanitario, La Paz, Bolivia.
- (1996), Decreto Supremo 24303 del Seguro Nacional de Maternidad y la Niñez, La Paz, Bolivia.
- Galindo M. y Molina F. (1995), "Descentralización Fiscal en Bolivia", Serie Política Fiscal N°. 72, CEPAL, Santiago, Chile.
- Hirschman A. (1970), "Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states", Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Instituto Nacional de Estadísticas (1992), "Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992", La Paz Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadísticas (1994), "Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994", La Paz, Bolivia.
- Landa F. y Esquivel A. (1996), "El Gasto Social en Bolivia: Serie 1980-95", mimeo, Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Desarrollo Humano (1995), "El Progreso de Bolivia hacia las Metas de la Cumbre en Favor de la Infancia: Evaluación de Medio Término" La Paz, Bolivia.
- Molina G. (1996), "Financiamiento, Programación y Ejecución de la Inversión Pública Municipal, 1995", mimeo, Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), La Paz, Bolivia.
- Prawda J. (1992), "Educational Decentralization in Latin America: Lessons Learned", Working Paper, Banco Mundial, Washington DC, USA.
- Prud' Homme R. (1994), "On the Dangers of Decentralization", Policy Research Working Paper 1252, Banco Mundial, Washington DC, USA.

- Secretaría Nacional de Educación (1993), "Mapa Educativo Básico", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Información Estadística por Departamentos y Distritos", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Informe Semestral de Ejecución de la Reforma Educativa 1996", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Secretaría Nacional de Hacienda (1995), "Presupuesto General de la Nación", 1995, Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Presupuesto General de la Nación, 1996", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Inversión Pública Municipal", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Informe de Ejecución de la Inversión Pública, 1995", Ministerio de Hacienda, La Paz, Bolivia.
- Secretaría Nacional de Participación Popular (1996), "Bolivia: La Participación Popular en Cifras", Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1996), "Directorio de Alcaldes y Concejales de la Participación Popular", Cuadernos de Análisis N° 3, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- (1995), "Distribución de Personal por Provincia y Municipio", mimeo, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Subsecretaría de Desarrollo Rural (1996), "Los PDM: Resultados del Proceso de Planificación Participativa", Secretaría Nacional de Participación Popular, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Shah A. (1994), "The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies", Policy and Research Series N° 23, Banco Mundial, Washington DC, USA.
- Ruiz-Mier F. (1996), "Desarrollo Humano, Participación Popular y Sostenibilidad en Apre(he)ndiendo la Participación Popular", Secretaría Nacional de Participación Popular, Ministerio de Desarrollo Humano, La Paz, Bolivia.
- Unidad de Análisis de Políticas Económicas, UDAPE (1996), "Evaluación del Sistema de Coparticipación Vinculados con los Gasto de Participación Popular", mimeo, La Paz, Bolivia.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales, UDAPSO (1995), "Mapa de Pobreza: Una Guía para la Acción Social", La Paz, Bolivia.
- (1995), "Acceso a los Servicios Sociales en Bolivia", mimeo, La Paz, Bolivia.
- Winkler D. (1989), "Decentralization in Education: An Economic Perspective", Working Paper, Banco Mundial, Washington DC, USA.
- Winkler D. (1994), "Diseño y Administración de Transferencias Intergubernamentales: Descentralización Fiscal en América Latina", Documento de Discusión, Banco Mundial, Washington DC, USA."

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).
- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczynski y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).
- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).

* Para obtener ejemplares de los documentos de esta Serie, se puede escribir directamente a la División de Documentos y Publicaciones de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).
- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. Julio de 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Graciana del Castillo. January 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma econômica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. Octubre de 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. Agosto de 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).
- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).
- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).
- 45 La reforma estructural en los sectores petrolero y eléctrico en Bolivia. Autor: Gonzalo Chávez. Septiembre de 1996, (LC/L.987).
- 46 Las dimensiones políticas institucionales de las reformas estructurales en América Latina. Autor: Juan Carlos Torres. Agosto de 1997, (LC/L.1048).
- 47 Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Autores: Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo. Noviembre de 1997, (LC/L.1071).
- 48 El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia. Autores: Fernando Ruiz-Mier y Bruno Giussani S. Noviembre de 1997. (LC/L.1072).