



ILPES



MINISTERIO DE  
SALUD - CHILE



OMS/OPS

---

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social  
Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud  
Ministerio de Salud - Chile

---

# LA MUNICIPALIZACION DE SERVICIOS SOCIALES EN CHILE

---

Santiago de Chile

**LA MUNICIPALIZACION  
DE  
SERVICIOS SOCIALES  
EN CHILE**

LC/IP/L.109  
Febrero 1995

Este documento no ha sido sometido a revisión editorial oficial. Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de las Organizaciones reseñadas.

## INDICE GENERAL DE MATERIAS

• <b>Introducción</b>	3
EDUARDO PALMA C.	
• <b>Parte Primera</b>	5
<i>Municipio, Descentralización y Salud.</i>	
BEATRIZ HEYERMANN G.	
• <b>Parte Segunda</b>	163
<i>Municipio y Servicios Sociales</i>	
<i>La Experiencia Chilena.</i>	
JULIO RUIZ FERNÁNDEZ	
• <b>Parte Tercera</b>	253
<i>El Traspaso de la Educación al Municipio</i>	
<i>El Caso Chileno</i>	
PEDRO MONTT LEIVA	



## INDICE

<b>Principales siglas utilizadas</b>	13
<b>Listado de figuras y tablas</b>	15
<i>Tablas</i>	15
<i>Figuras</i>	16
<b>Introducción</b>	17
<b>Capítulo 1: El sistema de salud y la Municipalización</b>	19
I. El Sistema de Salud Chileno antes de las reformas	22
II. Principios de las reformas impulsadas por el Gobierno Militar	24
III. El Sistema de Salud Chileno actualmente	26
1. Subsistema estatal o público	28
2. Sistema municipal (nivel primario)	28
3. Sector privado	29
IV. La Municipalización de la Salud Primaria	29
a) Evolución del Proceso de Municipalización de la Atención Primaria	
b) Establecimientos traspasados	31
c) El traspaso de los servicios primarios de salud a las Municipalidades	32
d) Convenios Servicio de Salud-Municipio	33
e) Funciones asignadas a cada parte	34
f) Estructura Municipal de administración y gestión de servicios de salud municipalizada	36
1. Administración directa (Departamento Municipal de Salud)	36
2. Administración de Servicios de Salud a través de Corporaciones constituidas por las Municipalidades	37

3. Administración delegada a personas jurídicas de Derecho Privado	38
g) Mecanismos de financiamiento del servicio de salud municipalizada	39
h) Fiscalización de gestión que lleva a cabo la Municipalidad de los establecimientos a su cargo	39
V. <i>Estudios y Evaluaciones de la municipalización</i>	40
a) Primera Evaluación: Ministerio de Salud, Mayo 1982	40
b) Colegio Médico 1983	41
c) Evaluación Oficial 1986	42
1. Efectos beneficiosos del traspaso	42
2. Problemas del proceso	43
d) El estudio de Raczynski, Serrano - 1988	43
e) El estudio de Jiménez y Gili, 1990	45
f) Departamento de Atención Primaria MINSAL, 1990	46
g) Comisión de Atención Primaria Subsecretaría de Salud: "Documento de grupo de trabajo sobre principales problemas de Subsistema de Salud Primaria Municipal" (6 de Noviembre 1990)	47
VI. <i>Conclusión</i>	48
<b>Capítulo 2: Evaluación de la municipalización de la salud</b>	49
I. <i>Evaluación de programas y políticas sociales</i>	50
II. <i>Concepto amplio de Evaluación</i>	52
III. <i>Contexto</i>	55
a) Evolución histórica: Rol del Sector Salud, y modelo de atención	56
b) Gobierno Aylwin: Atención Primaria	61
c) Opinión de otros actores - Reforma de Salud	63

<b>IV. Factor Estructura</b>	<b>65</b>
a) Recursos Humanos	66
1. La pertenencia al sector salud	69
2. Cantidad de personal	70
3. Régimen laboral	74
4. Clima organizacional	75
b) Recursos físicos	75
c) Recursos financieros	79
1. Subvención de Salud - FAPEM Tradicional	80
2. Aporte Municipal	84
3. Sistema de inversión Municipal	85
4. Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria	87
<b>V. Factores de Proceso</b>	<b>91</b>
a) Procesos de aplicación	91
1. Actividades de salud	92
2. Accesibilidad y capacidad resolutive	94
3. Coordinación con los otros niveles de salud 2° y 3°	96
4. Supervisión técnica	97
5. Actividades específicas	97
b) Procesos gerenciales	100
c) Sistema de información de salud	103
<b>VI. Factores de Resultado</b>	<b>105</b>
a) Resultados	105
b) Tipos de indicadores de resultado	106
1. Indicadores de salud	107
2. Participación de la comunidad en salud	113
3. Desarrollo de estrategias intersectoriales	114
4. Percepción de calidad de atención por parte del usuario	115
c) Resultados Generales	117

VII. <i>Dos proyectos pendientes: Estatuto de Atención Primaria y Financiamiento per cápita</i>	117
a) Estatuto de Atención Primaria	117
1. Sobre régimen laboral	118
2. Normas de financiamiento	119
3. Normas para la administración	119
VIII. <i>Conclusiones</i>	123
<b>Capítulo 3 Municipalización de la Salud y Descentralización</b>	<b>125</b>
I. <i>¿Por qué ahora?</i>	125
a) La reestructuración política de los Estados	126
b) La privatización de empresas públicas	126
c) Redemocratización de los gobiernos	126
d) Adelantos técnicos	127
II. <i>¿En qué consiste la descentralización?</i>	127
a) El desarrollo local	128
b) Aumentar la participación social a nivel de las comunidades	128
c) La democratización de los procesos sociales	128
d) Reducir la injusticia social	129
III. <i>La descentralización en Chile</i>	129
IV. <i>Descentralización y salud</i>	130
a) ¿Qué entiende salud por descentralización?	131
b) Conflicto descentralización-descentralización	133
V. <i>Municipalización de la salud-descentralización</i>	133
a) Perspectivas de la municipalización	134
b) Amenazas y obstáculos a la municipalización	135
c) Potencialidades	138
d) Oportunidades	138

<i>VI. Estrategias para fortalecer la municipalización</i>	140
Desde salud	140
Desde Gobierno Interior	141
Desde la Región	142
Desde el Municipio	143
Desde la Comunidad	144
<b>Capítulo 4 Municipio y salud</b>	145
<b>Bibliografía</b>	151

## INTRODUCCION

La municipalización de servicios sociales es hoy un tema de gran actualidad. Supone la identificación de un espacio político-administrativo, dentro del ámbito de las administraciones públicas, con prestaciones sociales concretas y determinadas, haciendo responsable al municipio de la gestión de dichos servicios.

Aunque tradicionalmente el municipio latinoamericano ha tenido competencias en materia de políticas sociales y ha asumido funciones, establecidas o no por la Ley, en materia de salud o educación, el proceso de municipalización hoy vigente está atribuyendo a los municipios, incluso como competencia exclusiva, la gestión de determinados servicios relacionados con la salud o la educación. El sector salud ha definido los sistemas locales de salud, la propuesta de la OPS, como los mecanismos descentralizados con los que hacer frente a la meta de salud para todos en el año 2000. Las propuestas de educación de la Unesco y la Cepal también abogan por una educación descentralizada.

Entre las ventajas de la municipalización se señala, por ejemplo, que el espacio municipal permite integrar la acción intersectorial de los distintos sectores sociales. Además, que esta forma de gestión de los servicios permite integrar la participación de la comunidad. La gran promesa de la política social es la posibilidad de recuperar su globalidad real. Ello a través de la intersectorialidad cualitativa. Desde el punto de vista conceptual, la intersectorialidad supera la noción segmentada con la formulación de políticas sociales, la proliferación de instituciones encargadas de prestar los servicios y los mecanismos de asignación de recursos, según la modalidad de items o partidos sectoriales. Asimismo, en el espacio de una comuna, el análisis y las estadísticas sociales pueden ser muy pormenorizados. Así las estrategias sociales de carácter general están sometidas siempre a la exigencia de una selectividad cualitativa.

No obstante, es preciso tener en cuenta que los procesos de municipalización deben ser heterogéneos ya que las capacidades de los municipios son distintas entre si. El marco normativo que permita la municipalización debe ser lo más flexible posible y ello identifica ya importantes problemas de gestión municipal. En efecto el marco de competencias y funciones que pueden ser transferidas a los municipios es muy amplio y abarca desde los aspectos financieros, de gestión administrativa y de gestión sectorial; no obstante, la actuación municipal requiere una íntima coordinación con otras administraciones para la prestación de los servicios.

El trabajo que a continuación presentamos se refiere al caso chileno. La intención de este estudio es entregar una información confiable. En breve, se trata de desmitificar el traspaso de los servicios sociales a los municipios en Chile. El sentido verdadero del desmitificar es analizar el

tema sin perspectivas ya asumidas. Ha habido una literatura abundante de elogio a dichas transferencias presentadas como el punto de partida de un proceso de modernización. Asimismo hay y hubo enconados ataques al proceso de desconcentración, llamado en su época descentralización.

La verdadera contribución a este tema es mostrar sus antecedentes completos sin ocultamientos ni fingimientos ideológicos. Así, se cumplen dos tareas fundamentales: el verdadero conocimiento del proceso en la región latinoamericana, y avanzar en el conocimiento de la próxima etapa de la descentralización de la política pública social en Chile.

Los anteriores son los únicos propósitos de este documento.

**EDUARDO PALMA CARVAJAL**

Parte Primera

MUNICIPIO, DESCENTRALIZACION  
Y SALUD

BEATRIZ HEYERMANN G.

100

100

100

100

100

100

100

100

## PRINCIPALES SIGLAS UTILIZADAS

AID: Agencia Interamericana de Desarrollo  
APS: Atención Primaria de Salud  
AVAD: Años de Vida Asociados a Discapacidad  
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos  
BCG: Bacilio Calmette-Guerin (Vacuna anti Tuberculosis)  
CADEL: Centros de Alimentación y Desarrollo del Lenguaje  
CED: Centro de Estudios del Desarrollo  
CENABAS: Central de Abastecimiento  
CEP: Centro de Estudios Públicos  
CEPAL: Centro de Estudios para América Latina  
CONAPRAM: Corporación Nacional Programa del adulto Mayor  
CPU: Corporación de Promoción Universitaria  
DAP: Departamento de Atención Primaria  
DAP-MINSAL: Departamento de Atención Primaria Ministerio de Salud  
DISAL: Diagnóstico del Sistema Nacional de Servicios de Salud  
DPA: Departamento de Programas del Ambiente  
DPP: Departamento de Programas de las Personas  
FAPEM: Facturación por Atención Prestada Establecimientos Municipales  
FCM: Fondo Común Municipal  
FNDR: Fondo Nacional de Desarrollo Regional  
FONASA: Fondo Nacional de Salud  
ILPES: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social  
ISAPRE: Institución de Salud Previsional  
ISP: Instituto de Salud Pública  
MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Coordinación  
MINSAL: Ministerio de Salud  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
ONG: Organización No Gubernamental  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones  
PNAC: Programa Nacional de Alimentación Complementaria  
PAP: Papanicolau (Técnica de detección del Cáncer cervicouterino)  
PEP: Programa de Estudios Prospectivos  
PROTINFA: Dirección de Protección a la Maternidad, Infancia y Adolescencia  
RMC: Registro Mensual Consolidado  
S. DE S: Servicio de Salud  
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia

**SEREMI: Secretaría Regional Ministerial**  
**SERPLAC: Secretaría Regional de Planificación y Coordinación**  
**SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida**  
**SILOS: Sistemas Locales de Salud**  
**SNS: Servicio Nacional de Salud**  
**SPT/2000: Salud para Todos para el año 2000**  
**SUBDERE: Subsecretaría de Desarrollo Regional**  
**TBC: Tuberculosis**  
**UNICEF: Unión Mundial para Ayuda de la Infancia**

## LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

1. Características principales del Sistema de Atención Médica Chilena (1970)
2. Principales aspectos del sistema de salud chileno y de sus subsistemas (1994)
3. Establecimientos traspasados a Municipalidades (1981 - 1988)
4. Algunos indicadores de actividades y recursos según grupos poblacionales
5. Consolidado nacional de personal de salud traspasado a las municipalidades 1981 - 1988
6. Recursos Humanos sector público de salud. Tasa de disponibilidad sector público y municipal, 1991
7. Recurso humano sector público de salud. Tasa disponibilidad sector público por mil beneficiarios, Tasa de disponibilidad en el área municipal, 1989, 1990, 1991.
8. Distribución Porcentual del personal según tipo, en Servicio de Salud y Municipalidades (Coquimbo - 1992)
9. Establecimientos de nivel primario municipalizados dependientes de los servicios de salud, 1984 - 1990 - 1992
10. Número de SAPUS, consultas e incremento, 1990 - 1993
11. Techo FAPEM Nacional 1988 - 1991, y su variación porcentual anual (Miles \$ de 1991)
12. Deficiencias del sistema de financiamiento de la salud municipal
13. Diferencias Gastos-Ingresos, Salud Municipal (Millones)
14. Valores de población y recursos financieros en el sector municipalizado de salud 1989-1992
15. Tasas de consultas en el nivel primario, SNSS y Municipal, 1° y 2° trimestre 1992
16. Tasa de actividades totales realizadas, según instrumento y tipo de establecimiento Coquimbo, año 1991
17. Principales problemas de los modelos de gestión de la atención primaria de salud
18. Tipología de resultados
19. Algunos indicadores de salud
20. Alimentos distribuidos al año, Totales y Niños bajo control

## **Figuras**

1. Organización y Estructura del sistema de salud Chileno 1970
2. Organización del sistema de salud chileno actual (1994)
3. Elementos para una evaluación
4. Cambios en la disponibilidad de medicamentos en el último año, según lugar de atención (1993)
5. Evolución de la Unidad Arancelaria 1983-1990
6. Inversión Efectiva en Salud del FNDR. Total y % del total de inversiones
7. Población total y asignada a municipios, agrupadas por quintiles de ingreso - 1992
8. Evolución de los recursos asignados por persona, al sector municipalizado de la salud según quintiles de ingreso 1989 - 1992
9. Capacidad resolutive de los Establecimientos primarios, Agosto - Septiembre 1990
10. Cobertura de vacunaciones polio, triple y BCG, y % de consistencia. 1978 - 1991
11. Funcionamiento Municipal y de establecimientos asistenciales traspasado según convenios tipos, entre servicios de salud y municipalidades.
12. Diez grupos de causas de muertes. Chile 1975 - 1990
13. Tasas de mortalidad y Morbilidad. Sarampión - Difteria - Coqueluche. Chile 1975 - 1990
14. Principales preocupaciones de los encuestados. 1989 - Mar 1994.

## INTRODUCCIÓN

La descentralización y la municipalización están de moda. Los municipios latinoamericanos existen desde la época colonial, pero en general han permanecido estancados, abandonados. El actual proceso de descentralización de los Estados, ve en los municipios la posible estructura institucional que pueda recibir las competencias, los recursos y los poderes que se quieren entregar. El proceso de municipalización de la salud y la educación llevado a cabo en Chile, cobra entonces una especial importancia en estos momentos en que numerosos países de Latinoamérica buscan realizar un camino similar.

Por otra parte, es importante valorar la estrategia de la descentralización y la municipalización, en su justa medida, desideologizándolos. Estas son herramientas que buscan finalmente, mejorar las condiciones de vida de la población, con costos razonables para el ingreso del país. Por eso, la aplicación de estas estrategias debe hacerse en un marco científico, que busque evaluar los resultados y los cambios que se van produciendo, y que facilite posteriormente la corrección de los errores cometidos.

Tradicionalmente, la descentralización de la salud se ha realizado desde dentro del propio sistema de salud, y basado en un Modelo de Atención de Salud, a diferencia de la propuesta actual, que busca, a partir de la estructura administrativa del Estado, entregar nuevas competencias a los municipios para que estos se conviertan en reales elementos del desarrollo.

El trabajo que se presenta en las siguientes páginas intenta acercar estos dos paradigmas: el de salud y el de la descentralización administrativa, a fin de producir un entendimiento entre los actores de uno y otro sector. Sólo con un impulso concertado se podrán realizar los cambios esperados.

El primer capítulo de este trabajo analiza como se realizó el proceso de municipalización de la salud en la década de los 80, y revisa algunas de las evaluaciones realizadas entre los años 1982 y 1990.

En el segundo capítulo se analizan datos empíricos referidos a los cambios en los ámbitos de los recursos (humanos, físicos, financieros), los procesos y sus resultados. También se muestran algunos elementos del entorno, que incidieron en la evolución de la municipalización en el país. Así, este capítulo incluye un resumen de la evolución histórica del sistema de salud chileno, y la percepción que tienen de la municipalización de la salud algunos de los actores del sistema.

En el tercer capítulo se analiza la municipalización en el contexto actual, enmarcado en el

impulso a la descentralización en que se encuentra abocado el país. En este marco se analizan las perspectivas, oportunidades y amenazas que enfrenta la municipalización, y algunos lineamientos estratégicos que podrían favorecer el proceso.

Finalmente, en el cuarto capítulo se replantea el rol del municipio en la salud entendida en su concepción integral.

La municipalización de la salud es un desafío aún pendiente, y requiere del impulso concertado de muchos sectores para hacerse realmente efectiva.

## **CAPÍTULO 1: EL SISTEMA DE SALUD Y LA MUNICIPALIZACIÓN**

En este Primer Capítulo se analizará la situación del sistema de salud antes y después del traspaso de los establecimientos de salud a la administración municipal; los principios que determinaron estas reformas; la evolución del proceso de traspaso; y la modalidad empleada para su realización.

### **I. El Sistema de Salud Chileno antes de las reformas**

El proceso de municipalización de la salud en Chile se produjo en un momento en que las decisiones eran tomadas por un sector de la sociedad con un poder importante y sin contrapesos. Esta corriente se encontraba inmersa en una concepción de la sociedad inspirada por la escuela Friedmanniana, también llamada «de Chicago» (Nohlen, 1985). El sistema de salud existente en Chile era hasta ese momento un sistema nacional, unitario, centralizado desde el punto de vista político y normativo, con la ejecución de las actividades a cargo de los diferentes tipos de establecimientos de salud.

La tabla siguiente resume las características principales del Sistema de Atención Médica Chileno y sus diferentes subsistemas a mediados de los años setenta.

**Tabla Nº 1**  
**Características Principales del Sistema de Atención Médica Chilena (1970)**

Beneficios de salud	Sistema Nacional de Salud	SERMENA	Mutuales de Seguridad y accidentes del trabajo
<b>Beneficios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento y protección a toda la población.</li> <li>• Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios.</li> <li>• Subsidios por incapacidad laboral derivados de enfermedades comunes y embarazo y puerperio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina preventiva</li> <li>• Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de Fomento, Protección, Recuperación. Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo</li> </ul>
<b>Población Beneficiaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obreros y trabajadores dependientes activos y pasivos y sus cargas familiares</li> <li>• Indigentes y censantes y sus grupos familiares.</li> </ul>	Empleados afiliados a las distintas cajas de previsión, tanto estatales como privadas, activos o pasivos, y sus cargas familiares.	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas en Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo en una Mutual.
<b>Marco Jurídico</b>	Ley Nº 10.383 de 1952	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Nº 6.174 de Medicina Preventiva de 1938.</li> <li>• Ley 16.174 de Medicina Curativa de 1968</li> </ul>	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de 1968.
<b>Monto y Origen del Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte Fiscal, de impuestos generales</li> <li>• Aportes previsionales empleadores y trabajadores</li> <li>• Pago directo de los beneficiarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportes previsionales del empleador y trabajador</li> <li>• Pago directo de los beneficiarios</li> </ul>	Aportes previsionales de empleadores con mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.
<b>Administración del Financiamiento</b>	Estatal	Autónomo, Semestrales	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo. Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las mutuales
<b>Otorgamiento de las prestaciones</b>	Estatal a través de establecimientos Públicos del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1968 predominantemente en instalaciones y con personal propio.</li> <li>• Sistema de libertad de acción mediante <i>vouchers</i>, con profesionales e instituciones privadas de salud.</li> </ul>	

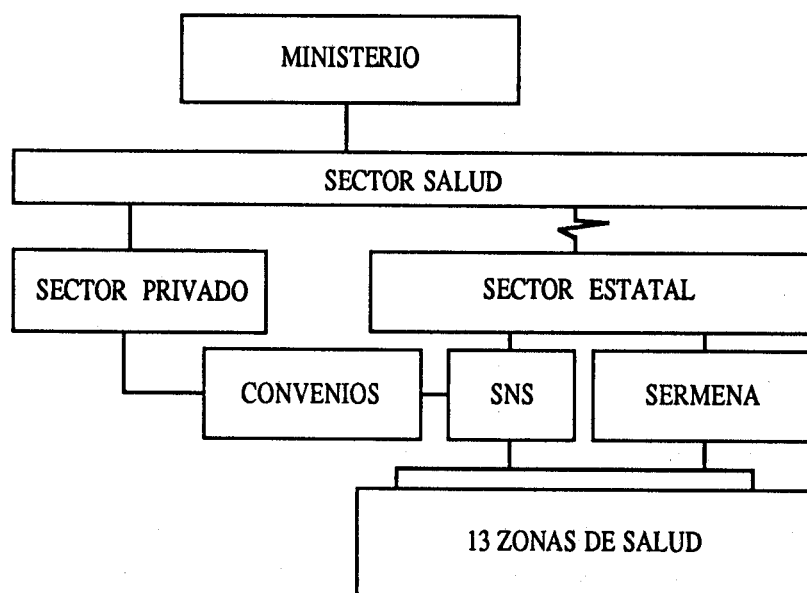
Fuente: Miranda Ernesto, p. 18-19.

En cuanto a la organización y estructura del Sistema de Salud, ésta era, a comienzos de los años 70, la siguiente:

---

**Figura nº 1**  
**Organización y Estructura del Sistema de Salud Chile 1970**

---



---

Fuente: Augusto Schuster, 1989/307

Como se puede observar en el esquema, el país se subdividía geográfica y administrativamente en 13 zonas de salud que se aproximaban bastante a la actual división administrativa en 13 regiones, subordinadas a la Dirección del Servicio Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Salud tenía una escasa participación, estando entregadas las funciones de administración y ejecución del sistema público al SNS, el cual a través de su Director era el que se relacionaba y comandaba las acciones de las trece zonas de salud.

El Gobierno Militar inició a fines de la década de los 70 una serie de reformas estructurales. A partir del año 1975 hasta el año 1980, se realizaron las reformas en el área económica, entre los años 1978 y 1980 aproximadamente, se definieron las reformas en el área de gobierno interior<sup>1</sup>. Posteriormente, y basadas en las realizadas en el área económica y de gobierno, se iniciaron las reformas en las áreas sociales. Estas se enmarcaban en la aplicación en el país del modelo de desarrollo económico y social denominado de Economía Social de Mercado<sup>2</sup>. Este modelo

contempla el desarrollo de una economía mixta, regida por el principio de la subsidiariedad del Estado, en la que a este le corresponde la definición de las políticas, y la realización directa de sólo las actividades en que el sector privado no está interesado en participar, o en aquellas que, por su importancia para la sociedad, no es aconsejable entregar a grupos particulares restringidos (Sánchez, 1990). La asignación de los recursos está determinada por el mercado. Los grandes objetivos económicos que buscaba el Gobierno Militar eran la liberalización de la economía y la reducción del tamaño del Estado, creando así las condiciones para el desarrollo de una economía de mercado y el fortalecimiento de la empresa privada (Miranda, 1991).

## **II. Principios de las reformas impulsadas por el Gobierno Militar**

Los principios que llevaron al Gobierno Militar a reformar los sectores sociales, entre los cuales está salud fueron (Castañeda, 1990):

1. Concentrar los subsidios en los segmentos poblacionales más pobres. Igualdad de oportunidades y esfuerzo de los beneficiarios cuando estos así lo podían. Este concepto viene a ser un cambio con respecto a la concepción tradicional en el país en que el Estado era el responsable de proporcionar los servicios sociales a la totalidad de la población, sin una selección especial de los beneficiarios.
2. Los beneficios sociales debían ser proporcionados por la entidad más cercana al usuario, como son los municipios y el sector privado, con o sin fines de lucro. El sector público y los ministerios deben asumir, por lo tanto, un rol normativo, de control y supervisión de las actividades, y de financiador de las prestaciones.
3. El financiamiento de los servicios sociales debía basarse en los servicios proporcionados y no en la asignación histórica. El gobierno definió así qué tipo de prestaciones financiaría, de acuerdo a normas y criterios previamente determinados. Esto tenía por objeto introducir el principio de la competencia en la provisión de servicios sociales como una forma de aumentar la cantidad y la calidad de los servicios entregados.
4. Los subsidios debían entregarse directamente a los beneficiarios.
5. El sector público debía tomar a su cargo aquellas actividades que tuvieran un beneficio social claro, que no fueran de interés para el sector privado (Principio de Subsidiariedad del Estado).

Hasta este momento, el sector privado había tenido más bien un rol pequeño en el Sistema de Salud Chileno, estando representado en la atención directa dada por los médicos en sus

consultas o clínicas, por algunos sistemas de salud de empresas públicas o privadas, y por las mutuales de seguridad del trabajo<sup>3</sup>, entre otros. La creación de las Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRES<sup>4</sup>) se sitúan en este contexto, como una forma de encauzar y entregar servicios y beneficios de salud al sector de la población que cuenta con recursos suficientes para acceder a estas. Con las reformas al sistema de salud, y apoyadas por una serie de acciones como fueron el aumento de la cotización desde el 4% al 7%, y el pago del Subsidio Maternal por parte del Estado (Sánchez, 1990), las ISAPRES crecen rápidamente.

Durante el gobierno militar las reformas de salud as reformas de salud tuvieron, según Castañeda (1990), dos objetivos fundamentales: Orientar los servicios de salud y alimentación complementaria a la población necesitada; y aumentar la eficiencia del sector público. Para lograr estos objetivos el gobierno focalizó las acciones en el nivel primario (postas y consultorios), y principalmente en el grupo de las mujeres embarazadas y los niños, ya que allí las soluciones tendrían mejor costo beneficio.

Las reformas hechas por el Gobierno Militar consistieron en:

- a. Creación del FONASA, encargada de reunir todos los ingresos para el sector salud, provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones obligatorias, y de distribuir el dinero o pagar a los proveedores de servicios.
- b. Adecuación del rol del Ministerio de Salud, como agente encargado de evaluar, supervisar, normar y formular políticas.
- c. Creación de 26 Servicios de Salud autónomos, con la responsabilidad de proporcionar servicios preventivos y curativos en áreas geográficas determinadas.
- d. Transferencia de responsabilidades por concepto de servicios e infraestructura de salud primaria a las municipalidades, como parte de un cambio comenzado en 1981 y completado en 1988. Con esta reforma se pretendía promover la participación del sector privado en la salud primaria.
- e. Creación de las ISAPRES como una alternativa a FONASA, en la administración de las cotizaciones obligatorias para salud. Esta reforma posibilitó la participación del sector privado en la administración del financiamiento de salud y en el desarrollo de Sistemas de Atención Médica privados.

Uno de los elementos que utilizó el Gobierno Militar para mejorar la focalización fue la asignación de nuevas responsabilidades a los municipios y la entrega de recursos para que estos pudieran trabajar. *«Un instrumento clave en la reforma del sector público ha sido la descentra-*

*lización a nivel municipal de actividades sociales tan esenciales como son la educación y la salud, para lo cuál se requirieron cambios legales y capacitación masiva de personal de los municipios» (Castañeda; 1990). Estos cambios legales en la práctica implicaron más bien un mecanismo de desconcentración, que permitió aumentar el poder del nivel centralizado de Gobierno a nivel local, ya que las autoridades comunales no eran elegidas democráticamente, sino que eran designadas por el Nivel Central. Por otra parte, la capacitación realizada fue insuficiente y no produjo cambios organizacionales importantes. Los diferentes aspectos presentes en el intento de descentralización fueron, según Raczynski y Serrano: «Los fundamentos de la reforma -de índole geopolítica y afincados en un pensamiento neoliberal, al que suman lógicas administrativo operativas-; la rígida jerarquización vertical de la autoridad; la ausencia de una auténtica descentralización por la fuerte dependencia de la administración local del Gobierno Interior del Estado; la concepción restringida de participación que subyace a la Ley por cuanto abre pocos espacios para la participación de la comunidad o sus representantes en la gestión municipal» (Raczynski, Serrano, 1988).*

Es así que la entrega del nivel primario de atención de salud a los municipios se produjo a pesar de la oposición generalizada del sector salud<sup>5</sup> e imbuida en una concepción ajena a la tradición del sistema de salud chileno. Esto se tradujo en una profunda resistencia al cambio en todos los niveles, que se ha mantenido en grados variables hasta ahora.

### III. El Sistema De Salud Chileno Actualmente

El sistema de salud Chileno es definido actualmente como un sistema mixto, con participación en él del sector privado y del sector público. En el documento del Departamento de Planificación del Ministerio de Salud, «Sistema de Salud Chileno» se define: «Al sector público le corresponde como función la definición de políticas, normas, planes y programas y la supervisión de su cumplimiento; la fiscalización del desarrollo del sistema privado de salud; como también, la contribución en forma parcial al financiamiento y ejecución de las prestaciones de salud de quienes han sido definidos como beneficiarios del sistema» .. «Al sector privado, por su parte, le corresponde participar en el diseño de sistemas de salud privados que se integren coordinadamente a los del sector público en el cumplimiento de los objetivos nacionales en el ámbito de la salud de la población. Asimismo participa en el otorgamiento de prestaciones de salud y en la administración de los recursos financieros provenientes de los usuarios y de los empleadores.» (Ministerio de Salud, 1992a)

La tabla siguiente muestra los principales aspectos del sistema de salud chileno actual y sus diferentes subsistemas.

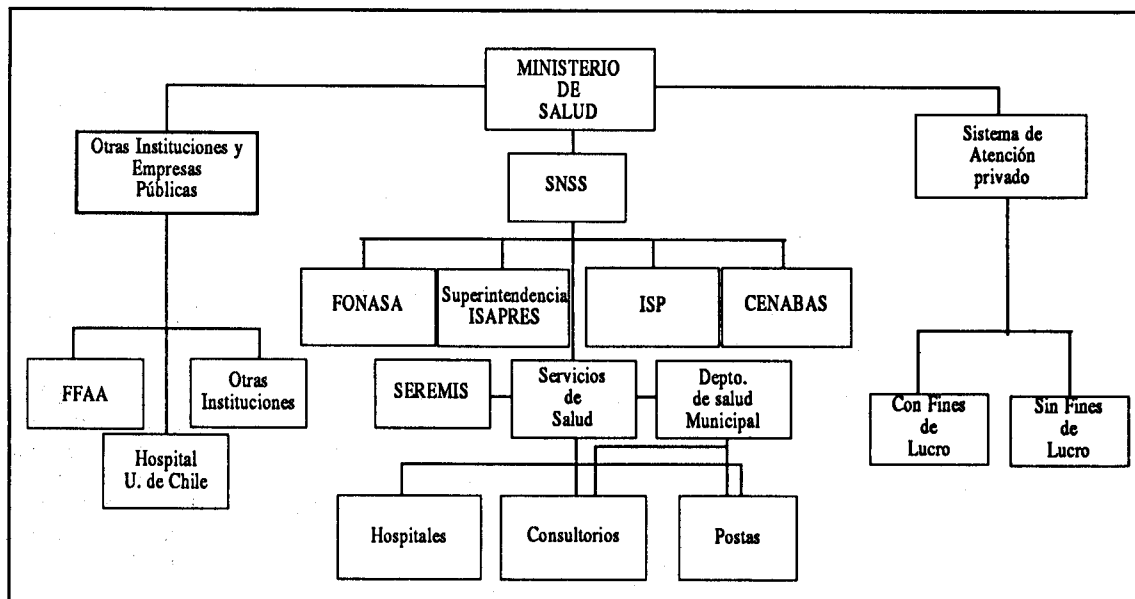
**Tabla Nº 2**  
**Principales aspectos del sistema de salud chileno y de sus subsistemas**

<b>Subsistemas Aspectos Operacionales</b>	<b>Sistema Nacional de Servicios de Salud</b>	<b>Sistema de libre Elección del FONASA</b>	<b>ISAPRES</b>	<b>Mutuales de Seguridad y accidentes del trabajo</b>
<b>Marco Jurídico</b>	Ley de Prestaciones de salud 18.469	Ley de Prestaciones de salud 18.469	Ley de Prestaciones de salud 18.469, DFL Nº 3 Ley de ISAPRES Nº 18.433.	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744 de 1968.
<b>Población Cubierta</b>	Trabajadores activos dependientes, Independientes y pasivos que cotizan en FONASA y sus grupos familiares indigentes, censantes y sus grupos familiares.	Trabajadores activos dependientes, Independientes y pasivos que cotizan en FONASA y que optan por el Sistema Libre Elección.	Trabajadores activos dependientes, Independientes y pasivos que cotizan en ISAPRE y sus grupos familiares.	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas en Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo en una Mutual.
<b>Monto y Origen de Financiamiento</b>	Aporte fiscal, cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones.	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones y eventualmente aporte fiscal ante un déficit del subsistema de libre elección.	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios de las prestaciones.	Cotización establecida por Ley Nº 16.744 pagada por empleadores con un mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo
<b>Administración del Financiamiento</b>	Estatual a través del FONASA y SNSS	Estatual a través del FONASA	Privado, las ISAPRES	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo.
<b>Beneficios que otorga cada Subsistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de Fomento y protección de la salud para toda la población del país.</li> <li>• Acciones de recuperación (atención Médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios.</li> <li>• Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de recuperación (atención Médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios.</li> <li>• Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de recuperación (atención Médica) y rehabilitación sólo para beneficiarios.</li> <li>• Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.</li> </ul>	Acciones de Fomento, Protección, Recuperación, Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo de los trabajadores pertenecientes a empresas afiliadas a una Mutual.
	Estatual a través de establecimientos Públicos del SNSS	Mixto: a) Privado a través de profesionales e instituciones privadas de salud inscritas. b) Estatal en infraestructura SNSS	Privado a través de profesionales e instituciones privadas de salud.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las mutuales.

Fuente: Modificado de: Miranda Ernesto, 1990/21-22.

En cuanto a la forma de organización y la estructura, el sector salud actualmente se organiza de la siguiente manera:

**Figura nº2**  
**Organización del sistema de salud chileno actual**



Fuente: MINSAL, 1992h.

El Sector de Atención a la Salud en Chile está conformado por dos grandes subsectores o subsistemas: el subsistema público y el subsistema privado. Se pueden considerar aparte el sistema municipal, ya que en muchos municipios se crearon corporaciones municipales que se rigen por la Legislación de Empresas Privadas y sus trabajadores por el DL. 2.200 (Sánchez, 1990), en otros casos dependen del municipio. Por otra parte, los establecimientos municipales pertenecen al Sistema Nacional de Servicios de Salud, por lo que no pueden encasillarse en alguno de los dos rubros clásicos.

### 1. Subsistema estatal o público

El sector público está conformado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes.

La máxima autoridad se centra en el Ministerio de Salud que es la instancia rectora máxima a nivel nacional. El Ministerio es responsable por la formulación de las políticas, estrategia, planes, programas y normas técnicas y administrativas de salud, que se orientan a dar cumplimiento al ejercicio pleno, por parte de toda la población, del derecho constitucional a la salud. El Ministerio de Salud desempeña el rol de gestor y fiscalizador de la política de salud.

Del Ministerio de Salud dependen directamente los 27 Servicios de Salud; el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP); la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (Superintendencia de ISAPRES) y; la Central de Abastecimiento (CENABAS).

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) son entes desconcentrados del Ministerio. Representan al Ministerio en las 13 Regiones, velando por la adecuación a la realidad regional y el cumplimiento de las políticas, normas y programas del Ministerio de Salud en la región. Por otra parte, deben asesorar al Intendente de la Región en las materias de su competencia y participan en la supervisión y el control de los Servicios de Salud actuando como nexo entre estos y el Ministerio. Además, formulan el presupuesto junto a los Directores de los Servicios de Salud.

La ejecución de los programas de salud del subsector público es realizada por 27 Servicios de Salud (26 Servicios de Salud provinciales y 1 Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente) que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Estos servicios se reparten en las 13 Regiones de la división político-administrativa del país<sup>6</sup>. Los Servicios de Salud son organismos estatales autónomos desde el punto de vista administrativo. Los niveles de atención secundario y terciario, representados por los Hospitales y Consultorios de Especialidad, son de dependencia directa del sector salud a través de las Direcciones de Servicios. Los Servicios de Salud son organismos estatales funcionalmente desconcentrados para la realización de las referidas acciones. Dependen del Ministerio de Salud, a cuyas políticas, normas y planes generales deben someterse, pero tienen autonomía legal en el manejo financiero y técnico de los establecimientos y dependencias de su jurisdicción.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es un organismo descentralizado y es responsable de la recaudación, administración y distribución de los recursos financieros correspondientes a salud. Administra los fondos estatales destinados a salud dentro de las políticas, planes, programas y normas del Ministerio y, administra las cotizaciones previsionales de los trabajadores afiliados a dicha entidad (Oliveros, 1993).

El Instituto de Salud Pública (ISP) es un laboratorio nacional de referencia, de normalización y de supervisión de los laboratorios de salud pública del país. Realiza también actividades de control de calidad de los medicamentos y se encarga de la elaboración de algunos productos biológicos (vacunas, sueros, etc.), medios de cultivos y reactivos para diagnósticos. Es además un centro de investigación y capacitación (Sánchez L., 1993).

La Central de Abastecimiento (CENABAS) del SNSS es el organismo encargado de proveer los medicamentos e insumos necesarios para el desarrollo de las funciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud (López, 1993).

Finalmente, la Superintendencia de ISAPRE, es el organismo técnico creado y financiado por el Estado para fiscalizar y regular a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) existentes en el país, supervisar y evaluar su desarrollo y para promover su perfeccionamiento (Sánchez, H., 1993).

Estos cuatro últimos organismos poseen autonomía de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propio.

## **2. Sistema Municipal (Nivel Primario)**

Los Consultorios y Postas del Nivel Primario se encuentran, salvo excepciones, bajo la tutela de los 335 municipios del país, dependiendo administrativamente de ellos. Aún así, estos forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El mecanismo de asignación presupuestaria que rige para estos establecimientos es mixto, proviniendo un porcentaje desde los Servicios de Salud a través de un procedimiento de facturación por acciones de salud (Facturación por Atenciones Prestadas Municipal - FAPEM) que considera sólo acciones de fomento y protección, y otro porcentaje representado por el aporte asignado por el municipio del cual dependen.

## **3. Sector privado**

El sector privado está conformado por instituciones que no dependen del Estado, y comprende:

- a) centros, clínicas, hospitales, laboratorios y farmacias de lucro, e
- b) instituciones sin fines de lucro que incluyen a las Mutualidades de Empleadores que absorben una parte de las necesidades de Salud Ocupacional.

El subsector privado de proveedores con fines de lucro se financia en parte importante por un Seguro Obligatorio de Salud (7% de las remuneraciones de los trabajadores). Este seguro puede ser administrado por el Estado a través de FONASA, el cual a través de la Modalidad Libre Elección atiende alrededor del 20% de la población, o bien por entidades privadas, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En el país existen alrededor de 36 ISAPRES que administran, en forma de empresas privadas, las cotizaciones del Seguro Obligatorio, como también el aporte voluntario de su clientela con el fin de aumentar las prestaciones que se les otorgan. Estas Instituciones cubren aproximadamente a un 20% de la población del país (Superintendencia de Isapres, 1993).

#### IV. La Municipalización De La Salud Primaria

Como vimos anteriormente, el traspaso de los establecimientos y de las competencias hacia el municipio, también llamada *Municipalización* de la salud, se realizó en un período especial de la historia del país, en que las libertades públicas y privadas se encontraban coartadas. Esto determinó que este proceso significara una acción no consultada y resistida por el sector salud. Los objetivos que justificaron la transferencia de la salud a los municipios por parte del Gobierno Militar fueron (Castañeda, 1990; Giaconi, 1985):

- a) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas a nivel comunal, es decir, facilitar una administración descentralizada, atendiendo a las características y diversidades de cada comuna (acercar la toma de decisiones al nivel local);
- b) Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS (flexibilizar la gestión del recurso humano);
- c) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- d) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura (movilizar recursos provenientes del sector municipal);
- e) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y
- f) Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, saneamiento ambiental, etc.

Se pensó además que la descentralización podría favorecer el desarrollo del sector privado en salud, que era uno de los objetivos del gobierno militar<sup>7</sup>. Si bien las corporaciones municipales creadas para la administración de los servicios sociales traspasados no eran organismos estrictamente privados, la concepción y el objetivo de mediano plazo era que sí lo fueran, siendo así uno de los cambios más relevantes en el sector para adecuarse al Modelo de Economía Social de Mercado y al Principio de Subsidiariedad (Sánchez, 1990).

##### A. Evolución del Proceso de Municipalización de la Atención Primaria

El proceso de traspaso del nivel primario a las municipalidades se realizó de un modo gradual, pudiéndose detectar dos fases. El primer período corresponde a los traspasos realizados entre 1981 a 1985, y el segundo período se inicia en 1987 y termina en 1988.

Durante el primer período sólo se transfirieron el 20% del total de establecimientos del país, realizándose el grueso de los traspasos el año 1987 y completándose el proceso de traspaso en Enero de 1988.

**Tabla N° 3**  
**Establecimientos totales y traspasados a Municipalidades 1981 - 1988**

Etapas	Consultorios Generales Urbanos	Consultorios Generales Rurales	Postas rurales	Estaciones Médico rurales	Clínicas dentales escolares
1981 - 1985	38	65	290	156	6
1987 - 1988	140	52	703	335	89
Octubre 1989	183*	127	996**	543	95
% del total de establecimientos de atención primaria en Octubre de 1989	90,6%	98,5%	42,5%	100%	
*	A esa fecha se agregan 10 consultorios municipales propios. Total 193				
**	A esa fecha se agregan 30 consultorios municipales propios. Total 1.036				

**Fuente:** Ministerio de Salud (1988). Departamento de Planificación. «Registro de Establecimientos Asistenciales de Atención Primaria» Santiago, Junio de 1988 (actualización a Octubre de 1989).

En el período 1981-1982 fueron municipalizados aproximadamente 360 establecimientos del nivel primario (Consultorios Generales Urbanos, Consultorios Generales Rurales y Postas Rurales). Estos primeros traspasos se realizaron como un plan piloto que sólo abarcó establecimientos del nivel primario y excluyó, por su complejidad y área geográfica de acción mayor a una comuna, a los Hospitales, Servicios de Urgencia, Consultorios de Especialidades y Consultorios de gran tamaño (sobre 100.000 usuarios). Posteriormente se continuó en este mismo esquema, no traspasándose otros tipos de establecimientos.

Después de esta primera etapa de traspasos, el proceso fue detenido hasta 1987. Las razones de esta interrupción no están claras. Lo que está claro es que hubo fuertes presiones por parte del Colegio Médico, por un lado, y de las autoridades de salud, por el otro, para detener el proceso, que fue considerado por los profesionales del sector como una destrucción del Sistema Nacional de Salud. En el período comprendido entre 1987-1988 se retoma el plan y se traspasan alrededor de 1.300 nuevos establecimientos. A mediados de 1988 el proceso de transferencia se encontraba completo en lo referente a los establecimientos de la red de atención primaria de salud. Así, en el

catastro realizado por el Ministerio de Salud a Octubre de 1989, el 90,6% de los consultorios urbanos, el 98,5% de los consultorios rurales, el 99,5% de las postas rurales, el 42,5% de las estaciones médico-rurales y el 100% de las clínicas dentales escolares dejaron de depender del Ministerio de Salud (Ministerio de salud, 1988).

Actualmente, del total de 1.833 establecimientos de nivel primario, un 81% están bajo administración municipal. Cabe señalar que durante el año 1992, los consultorios traspasados de la XI región, fueron devueltos al Servicio de Salud Aysén, aludiendo a la situación geográfica y a las condiciones específicas de salud de la zona que dificultaron grandemente la administración de los establecimientos por parte de los diferentes municipios.

**b. Establecimientos traspasados**

Al tratar el tema de la Salud Municipalizada no se debe dejar de establecer que el ámbito de acciones de los establecimientos traspasados a la administración municipal sólo tiene relación con la atención de nivel primario (consultas, tratamiento, controles, exámenes y urgencias) menos compleja. La atención secundaria y terciaria, están en manos de los Servicios de Salud, radicada en los Hospitales y Consultorios de Especialidad (Consultas de especialidad, exámenes complejos, hospitalización, intervenciones, etc.).

El nivel primario de atención integra a los siguientes establecimientos:

- a. **Postas de Salud Rural:** Es la estructura que cubre las necesidades de salud de población rural de alrededor de 1.000 habitantes, concentrados o dispersos pero que residen en un radio aproximado de 12 Km. Cuenta como recurso permanente con un Auxiliar de Salud Rural apoyado asistencialmente y supervisado en rondas periódicas por un equipo profesional básico (médico, enfermera, matrona) y, de acuerdo a los recursos locales, por otro tipo de profesionales (nutricionista, odontólogo, asistente social). Actualmente existen 1.085 postas rurales en el país, de las cuales casi el 100% están traspasadas a la administración Municipal<sup>8</sup>.
- b. **Consultorios generales Rurales:** Es la estructura de salud ubicada generalmente en localidades pequeñas (alrededor de 5000 habitantes) que sirve de nivel de referencia a la población de su área sin exceder 20.000 habitantes, y que se ubican a una distancia superior a 10 Km de otro establecimiento asistencial del nivel primario (área de influencia). Existen excepciones a esta característica principalmente determinadas por condiciones locales. Cuenta con una dotación profesional de un equipo básico con apoyo de medios auxiliares, diagnósticos y terapéuticos disponibles en el establecimiento. Actualmente existen en el país 146 establecimientos de este tipo, y más del 95% se encuentran traspasados a la administración municipal.

- c. **Consultorio General Urbano:** es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20 mil habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a los 50 mil habitantes. La capacidad de resolución de problemas de salud ambulatoria está determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo de salud del consultorio está constituido por médicos generales, odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, al cual se agrega el tecnólogo médico para el manejo de laboratorio básico que eventualmente posea la estructura.
- d. **Estaciones Médico Rurales:** estas estaciones no corresponden a establecimientos asistenciales y funcionan en lugares aislados de población dispersa. Pueden estar ubicadas en locales proporcionados por la comunidad (escuelas, centros comunitarios) donde concurre la ronda médica en forma periódica, para otorgar las actividades de fomento, prevención y recuperación.
- c. **El traspaso de los servicios primarios de salud a las Municipalidades**

El proceso de traspaso de servicios públicos desde la Administración Central a los Municipios tiene su origen en el articulado que reformó la Ley de Rentas Municipales, mediante la dictación del DFL 1/3.063 de 1980. La citada disposición legal estableció que el objeto del traspaso de los establecimientos estatales de educación, de salud y de atención de menores a los municipios, era que estos organismos territorialmente descentralizados se hicieran cargo de la administración y operación de tales servicios públicos, lo que no significaba que el Estado abandonara la atención preferente a que lo obliga el artículo 19 de la Constitución Política. En efecto, el artículo 19 de la Constitución (nº 9), establece que es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas.

De acuerdo con la estructura del Poder Ejecutivo, la responsabilidad por la ejecución de tales acciones radica en el respectivo sector, cuya manifestación orgánica es el Ministerio de Salud.

En cuanto a la ejecución, la propia Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades no radica en la función municipal exclusivamente la administración de establecimientos de salud, y se limita a establecer que los municipios *«podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con: ... b) la salud pública...»* (González; 1992). Esto permitió que los municipios establecieran diferentes mecanismos para la administración de los establecimientos traspasados.

El traspaso mismo adoptó la modalidad de convenios entre el Ministerio de Salud y los Municipios receptores, lo que muestra el carácter de delegación que tiene la administración y operación que a estos últimos se les encomienda.

**d. Convenios Servicio de Salud- Municipio**

El traspaso de establecimientos de atención primaria iniciado en 1981 se realizó mediante la firma de convenios entre el Ministerio de Salud, representado por el Servicio de Salud, y la Municipalidad representada por su Alcalde. Las normas que regían los traspasos y el control, se definieron en el Manual para Postas y Consultorios Generales Urbanos y Rurales Traspasados a la Administración Municipal (Minsal, 1982).

El convenio tipo suscrito entre Municipios y Servicios de Salud, contempla los siguientes puntos principales (Hernández, 1993/17).

- a) La Municipalidad se obliga a restituir al Servicios de Salud los bienes que le han sido entregados en comodato y en el mismo estado en que los ha recibido, considerando el desgaste producido por el tiempo.
- b) La Municipalidad debe reparar y mantener con fondos propios los establecimientos asistenciales.
- c) La Municipalidad debe destinar los establecimientos como asimismo los dineros provenientes del pago de prestaciones de salud exclusivamente a desarrollar funciones asistenciales en la atención de las necesidades de salud de la población.
- d) La Municipalidad debe otorgar las prestaciones de salud de acuerdo al nivel de complejidad de cada establecimiento, a los beneficiarios legales y convencionales de los Servicios de Salud.
- e) La Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda en los establecimientos que se traspasan, según las normas, políticas y programas establecidas por el Ministerio de Salud.

Respecto de las acciones de recuperación, debe atender integralmente la patología simple y sólo derivar a los establecimientos de mayor complejidad del servicio de salud los problemas médicos más complejos que no se puedan resolver en ese nivel. Asimismo, las partes se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedita para la referencia, derivación y contrarreferencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales.

f) Los programas a desarrollar por los establecimientos municipales son los determinados por el Ministerio de Salud, y en el momento del traspaso eran los siguientes:

- Programa Infantil y del Adolescente.
- Programa Gineco-obstétrico y Perinatal.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).
- Programa del Adulto y del Senescente.
- Programa Odontológico de nivel primario.
- Vacunaciones según programas a toda la población.
- Programa sobre el Ambiente.

Los elementos necesarios para desarrollar los programas de alimentación y vacunación son proporcionados por el Servicio, sin costo para el municipio, de acuerdo con las normas y planes del Ministerio del Salud.

- g) La Municipalidad está obligada a mantener un arsenal farmacológico con el objeto de entregar gratuitamente los medicamentos prescritos a los beneficiarios;
- h) Las Municipalidades pueden otorgar prestaciones a personas no beneficiarias de los servicios de salud, o ampliar las prestaciones señaladas, que no podrán ser cobradas al Servicio, siempre que ello no deteriore o posponga la atención de los beneficiarios de los servicios de salud.
- i) El incumplimiento por parte de la Municipalidad o de personas jurídicas sin fines de lucro de las obligaciones asumidas, autoriza al Servicio a disponer el término del convenio.
- e. Funciones asignadas a cada parte

De acuerdo al Manual para Postas y Consultorios de Administración Municipal del Ministerio de Salud, cada parte involucrada adquiere mediante el convenio determinados compromisos.

Las obligaciones de las municipalidades son:

- a) Atender, a través de los establecimientos de salud que les han sido traspasados, a aquellas personas que son beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) tanto a lo que se refiere a los beneficiarios convencionales<sup>9</sup> y a los beneficiarios legales.
- b) Asegurar el funcionamiento de los establecimientos a su cargo;

- c) Dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud;
- d) Mantener, al menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados;
- e) Observar el ritmo de desarrollo que alcancen los establecimientos similares que continúen formando parte de los Servicios de Salud; y
- f) Sujetarse a la supervisión técnica del Ministerio de Salud.

Por su parte, las responsabilidades suscritas por el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud fueron:

- a) Transferir, junto con los establecimientos, los elementos necesarios para las prestaciones de salud que deban otorgar, sean estos personal, bienes muebles, equipos, instalaciones y recursos financieros;
- b) Entregar las instrucciones, que enmarcadas en la Política Ministerial, permitan programar las actividades de cada establecimiento;
- c) Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas normas y programas emanados del Ministerio de Salud;
- d) Aportar los procedimientos de apoyo de diagnóstico que son menester para el cumplimiento cabal de las funciones traspasadas; y
- e) Ejecutar las acciones de salud que, por su complejidad, no puedan ser resueltas en el nivel primario que este le refiera.

Todos estos compromisos fueron suscritos, al momento de ser firmado el convenio entre las partes. El convenio firmado tiene una duración de 5 años, y se renueva automáticamente por períodos iguales y sucesivos de cinco años cada uno, si es que ninguna de las partes manifiesta su deseo de ponerle término. Los establecimientos traspasados quedan adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, con todas las implicancias que esto conlleva: Acatar normas y reglamentos, someterse a la supervisión, inspección técnica y administrativa, y al control por parte del Servicio de Salud correspondiente y del Ministerio de Salud (Minsal, 1982).

Durante estos últimos años, en que se han realizado una serie de intervenciones en la Atención Primaria de Salud, se han debido suscribir una serie de nuevos contratos específicos

entre los municipios y los Servicios de Salud. Algunas de las intervenciones que han requerido de los citados contratos o convenios son, entre otras, el Reforzamiento de la Atención Primaria, y los Proyectos de desarrollo locales en comunas rurales<sup>10</sup>.

**f. Estructura Municipal de Administración y Gestión de servicios de salud municipalizada**

De acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica de Municipalidades estas tienen varias posibilidades al momento de gestionar los servicios sociales traspasados. Es así que en Salud, al igual que en Educación, las municipalidades al momento del traspaso de los establecimientos de salud a su comuna, pudieron optar entre tres alternativas (Ley No. 3.477.)<sup>11</sup>:

- a) Constituir Departamentos Municipales de Salud;
- b) Entregar los servicios de salud traspasados a entidades jurídicas de Derecho Privado;  
y
- c) Creación de Corporación Municipales de Desarrollo Social.

Tras la promulgación de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley 18.695), y el fallo del Tribunal Constitucional publicado en el Diario Oficial el 11 de marzo de 1988, las opciones municipales quedaron reducidas a la administración directa a través de la constitución de departamentos específicos, y el traspaso, a través de licitación pública, a personas de derecho privado sin fines de lucro (ILPES, 1992). La Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades modificada por ley nº 19.130, publicada en el Diario Oficial el 19 de Marzo de 1992, explicita que los municipios podrán *«constituir y participar en corporaciones o fundaciones de derecho privado, sin fines de lucro, destinadas a la promoción y difusión del arte y la cultura»* quedando, por lo tanto, excluida la posibilidad de formar corporaciones municipales de derecho privado para la administración de los establecimientos de salud.

A continuación se describen brevemente las diferentes modalidades de administración.

**1. Administración Directa (Departamento Municipal de Salud)**

La Ley 18.695 establece que el municipio puede desarrollar directamente sus funciones relativas a la salud pública. Debe crear una unidad de salud que ejerza las funciones y atribuciones destinadas a entregar el servicio de salud a la comuna. En los municipios que tienen Dirección de Desarrollo Comunitario, la unidad de salud debe depender de ella (González, 1992/8).

La municipalidad debe llevar presupuesto separado para los establecimientos de salud que administra, el cual se rige por las disposiciones establecidas en el Sistema de Administración Financiera del Estado (Decreto Ley N°. 1263 de 1975) en cuanto a la administración de fondos, la contabilidad y el control presupuestario. La aprobación del presupuesto del servicio de salud y sus modificaciones requiere el acuerdo del Concejo Municipal.

El personal traspasado de salud no pertenece a la planta municipal, según el DFL N°. 1-3063, sino que se rige por lo establecido en el Código de Trabajo, tanto en el régimen previsional, como al sistema de reajuste y salarios del sector público.

Una desventaja de esta alternativa es que el Departamento de Salud *«está sujeto a los procedimientos administrativos del sector público, lo que dificulta la rapidez en la ejecución y la toma de decisiones»* (Hernández; 1993/14). Así, por ejemplo, cualquier adquisición debe seguir el conducto regular establecido, que va desde el llamado a propuesta hasta la cancelación mediante Decreto Alcaldicio, trámite que generalmente demora hasta 30 días. Otra situación burocrática es que las inversiones deben previamente estar contempladas en un plan anual de inversiones, en cuya aprobación y/o modificación interviene la Intendencia.

Si bien estas trabas burocráticas entorpecen algunos aspectos del manejo administrativo en comparación con las Corporaciones, permiten un control y fiscalización de los recursos financieros y las inversiones.

## 2. Administración de Servicios de Salud a través de Corporaciones constituidas por la Municipalidad

Las Corporaciones Municipales constituidas por los municipios para administrar el servicio de salud son personas jurídicas de derecho privado que no persiguen fines de lucro.

Sus objetivos son administrar y operar el servicio de salud, adoptando las medidas necesarias para su dotación, ampliación y perfeccionamiento, y difundir los objetivos que impulsa la corporación y sus realizaciones. Las Corporaciones Municipales funcionan bajo la presidencia del Alcalde y de un Directorio compuesto por no más de 5 personas, con cargos de Concejales.

Una gran ventaja de las Corporaciones es que poseen amplias atribuciones, sin perjuicio que su supervigilancia y fiscalización correspondan a las autoridades públicas, de acuerdo con las leyes y reglamentos. Además, es su obligación estatutaria difundir en

la opinión pública el conocimiento de los objetivos que impulsa la corporación y las realizaciones que ella lleva a cabo.

Lo interesante en las atribuciones de las Corporaciones es que, como entidades privadas, pueden adquirir, vender, arrendar o contratar servicios y personas, lo que permite una rápida solución a los problemas detectados y cumplir con los objetivos para los cuales fueron creadas.

Entre los aspectos negativos se puede indicar que, por ser esencialmente Instituciones Privadas y con mas libertad en su administración, los criterios financieros, técnicos y recursos humanos están influidos por la administración de turno, que además define los sistemas de control interno.

Las corporaciones municipales que se constituyeron previo al fallo constitucional, no fueron afectadas por este, pero actualmente existe impedimento legal para la constitución de nuevas corporaciones municipales.

### **3. Administración delegada a personas jurídicas de Derecho Privado**

De acuerdo al Decreto Ley Nº.3.477, las municipalidades pueden entregar la administración de los establecimientos de salud a una persona jurídica sin fines de lucro, mediante licitación pública.

Dicha administración se rige por las mismas normas que se aplican a las corporaciones municipales, con las siguientes salvedades: a) el alcalde no tiene participación en su gestión, y b) el municipio puede contribuir al financiamiento, a través de aportes o subvenciones.

La mayoría de los Municipios optó por la administración directa de los establecimientos a través de la creación de Departamentos de Salud Municipales, con excepción de los correspondientes a la Región Metropolitana, que adoptaron en mayor porcentaje la modalidad de crear Corporaciones Municipales de Derecho Privado. En efecto, en 271 comunas existen departamentos municipales, en tanto que las corporaciones administran establecimientos en las 54 restantes. En algunas comunas y regiones del país se han traspasado servicios de salud a entidades: Sociedad de Fomento Fabril, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad Nacional de Minería, Cámara Central de Comercio, Cámara Chilena de la Construcción, etc. Estas Corporaciones están más bien sujetas a controles internos, cuando los hay, por parte de dichas entidades privadas (Fundación Friedrich Ebert, 1992/38; Hernández, H. 1993/17).<sup>12</sup>

**g. Mecanismos de Financiamiento del servicio de salud municipalizada**

El convenio de traspaso estipuló que si bien al municipio le correspondía administrar los recursos traspasados, el Servicios de Salud debería pagar mensualmente a los municipios las prestaciones otorgadas a los beneficiarios definidos en el traspaso. Esto se realiza a través de transferencias de fondos desde el Servicio de Salud al organismo respectivo (Departamento de Salud o Corporación de Derecho Privado).

Hernández (1993) define que existen dos modalidades de financiamiento para las actividades de salud de los establecimientos de nivel primario. Una corresponde a la Subvención de Salud, y la otra al Aporte Municipal<sup>13</sup>.

**h. Fiscalización de gestión que lleva a cabo la Municipalidad de los establecimientos a su cargo**

Al ser los establecimientos de salud municipalizados parte del sistema público, el Estado tiene el derecho de fiscalizar las actividades realizadas. Esta labor es realizada principalmente por el Ministerio de Salud, ya sea directamente a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, o bien indirectamente a través del Servicios de Salud. El respectivo Servicio de Salud, debe evaluar y controlar el cumplimiento de los programas y la aplicación de las normas reglamentarias desde el punto de vista técnico.

Dentro del Servicio de Salud existen diferentes unidades o departamentos que controlan diferentes partes del proceso. Es así que el Departamento de Finanzas revisa la facturación por atenciones prestadas que presenta la municipalidad o la corporación, según corresponda. Pero fundamentalmente el control y coordinación de los establecimientos del nivel primario municipalizado son ejecutadas básicamente por los siguientes departamentos:

- a) Departamento de Programas de las Personas (DPP); a este Departamento le corresponde definir y proponer las prioridades en las acciones de salud sobre las personas en el territorio del servicio; participar en la dirección y la elaboración de los programas de fomento, protección y rehabilitación de la salud de las personas y otros destinados a la prevención y vigilancia de las enfermedades transmisibles. También le cabe la responsabilidad de asesorar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de los programas específicos de atención primaria.
- b) Dirección de Atención Primaria (DAP); ejerce la tuición técnica de los establecimientos de salud municipalizados. Tiene la responsabilidad de programar, ejecutar, coordinar, supervisar y controlar las actividades conducentes al cumplimiento de los objetivos de los programas del nivel de atención primaria. Estos departamentos se han venido

fortaleciendo a partir del año 1990, con la contratación de personal, la compra de equipamiento y vehículos, y la capacitación del personal.

## V. Estudios y Evaluaciones de la municipalización

Desde el momento del traspaso de los establecimientos de salud a la administración municipal, se han realizado una serie de evaluaciones, desde diferentes perspectivas. A continuación se presentan los hallazgos más importantes de algunos de estos estudios realizados a partir de 1982.

### a. Primera Evaluación: Ministerio de Salud, Mayo 1982:

Una de las primeras evaluaciones correspondió a la realizada por el Departamento de Salud Rural del Ministerio de Salud. En esta se pretendía analizar el funcionamiento de las postas rurales que habían sido traspasadas a la administración municipal. Este estudio enfatiza las dificultades encontradas para obtener información confiable en ciertos lugares, lo que determina que al promediar los datos quedan ocultas algunas deficiencias locales. El estudio analiza diferentes aspectos del funcionamiento de las 299 postas de salud traspasadas hasta Mayo de 1982. Sus conclusiones fueron las siguientes:

- a. Existe una información deficiente sobre la población objetivo de los establecimientos. Sólo un 37-40% de la población había sido encuestado a través de la Encuesta Familiar, elemento considerado básico para una adecuada programación local.
- b. Un 11% de las postas no contaban con Auxiliar de Posta. Esto fue considerado como una deficiencia grave.
- c. En relación al Recurso Humano destinado a las rondas, este permanece igual, o bien aumenta, para la mayoría de las postas.
- d. En Infraestructura: solo en un 36% de los casos los municipios habían realizado reparaciones. Un 53% de los establecimientos no disponían de un bodega de leche en condiciones adecuadas, un 41% tenían déficit de equipos, un 25% mostraban un déficit en insumos de farmacia y un 31% tenían déficit en insumos generales.
- e. En relación a la administración de las postas, un 90% estaban a cargo de un coordinador con un grado académico simple (Técnico en salud), entre un 12 y un 15% no tenían normas de administración por escrito, y sólo un 59% tenían las Normas Técnicas del Programa de Salud Rural.

El resultado global, estimado por medio de un puntaje, con un mínimo de 0 y un máximo de 100, concluye que un 69% de los establecimientos alcanzaron un puntaje considerado como bueno. Al evaluar por separado la función administrativa, un 61% lo realizaba bien, un 29% regular y un 10% era considerado deficiente.

El estudio concluye que a pesar de lo corto del período de observación (menos de un año), las deficiencias observadas no eran atribuibles al traspaso de estos establecimientos a los municipios sino que eran una continuación de las condiciones existentes previamente. Se estimó que los Servicios de Salud no estaban cumpliendo en forma adecuada sus funciones de coordinación y supervisión. Por otra parte, al analizar el aumento de algunas de las prestaciones, como era el caso de la morbilidad y los controles, no pudieron concluir si este se debía a un aumento real de la demanda de atención por parte de los usuarios, o si se debía al estímulo por el sistema de pago por atenciones prestadas.

**b. Colegio Médico 1983:**

El Colegio Médico, también planteó su opinión sobre el proceso de Municipalización, opinión que fue publicada en la Revista Vida Médica (1983). En este documento, el colegio refiere respecto de la Municipalización:

- a. Las Municipalidades no han creado nada nuevo, pero sí han mantenido el nivel de trabajo de las instituciones que se les han entregado, mejorando en algunos casos algunas prestaciones y especialmente el ambiente en que ellas se realizan.
- b. Para este trabajo los municipios están recibiendo comparativamente más dinero que los servicios dependientes del nivel central, lo que les permite subcontratar acciones a entes privados. Las remuneraciones de los profesionales no han mejorado y se han establecido burocracias municipales sin gran calificación para controlar el trabajo médico.
- c. Las personas que asisten a los consultorios municipalizados declaran, en general, satisfacción, aun cuando no observan mayor diferencia con las anteriores condiciones.
- d. Las labores de prevención y fomento de la salud, tienden a disminuir en el trabajo de las municipalidades, dándose énfasis a las actividades curativas.

El Colegio, doctrinariamente, se plantea positivamente ante la descentralización y la delegación de responsabilidades a la comunidad y a los profesionales, pero alerta contra algunos peligros del proceso. Entre estos señala la pérdida de las funciones de prevención y de fomento, y la estratificación del trabajo de los consultorios de acuerdo a los recursos económicos del municipio y, por ende, de la comunidad.

c. **Evaluación Oficial 1986.**

El Gobierno realizó una evaluación oficial del resultado de los traspasos durante los primeros meses de 1986. Esta fue realizada por la Subsecretaría de Desarrollo y Asistencia Social.

El estudio abarcó 30 comunas del país, que contaban con 35 consultorios y 50 postas traspasadas a la administración municipal. La muestra representó un 21,5% de los establecimientos traspasados. Las comunas consideradas provenían de las regiones Metropolitana V, VI, VII y VIII. Las 6 comunas de la Región Metropolitana eran urbanas y el resto rurales.

El estudio planteó las conclusiones en dos grupos, los efectos beneficiosos del traspaso y los problemas del traspaso.

1. **Efectos beneficiosos del Traspaso:**

- a. **Infraestructura y Equipamiento:** durante los años 1982 y 1983, coincidiendo con la etapa del financiamiento holgado, los municipios invirtieron una cantidad de recursos en mejoras de los edificios y equipos de los establecimientos. En la muestra estos consistieron en la construcción de 6.865 metros cuadrados (Bodegas de leche, Boxes de Atención, Box dental...), construcción de tres establecimientos nuevos (dos postas y un consultorio), construcción y equipamiento de 7 Laboratorios Básicos, compra de equipos dentales en 42 establecimientos, y compra de 48 equipos de esterilización.

Igualmente, se mejoró la existencia de servicios básicos como la luz, agua, calefacción y equipos de comunicación.

- b. **Recursos humanos:** Durante el período analizado se aumentó la dotación de profesionales, técnicos y auxiliares, tanto clínicos como administrativos.
- c. **Prestaciones y coberturas:** Se observaron aumentos en las prestaciones de un 36,2% en la Región Metropolitana y de un 11,6% en las comunas rurales. Las coberturas de atenciones del grupo de mujeres disminuye en ambos tipos de comunas. En las tareas de fomento y prevención se observó un aumento de las charlas educativas, pero una disminución de las visitas domiciliarias y de las vacunaciones. Estas últimas disminuyen en un 8,5% en las zonas rurales y aumentan en un 11,8% en las urbanas. Las tareas de atención dental aumentaron. Al analizar la cobertura de las acciones de todo tipo en relación a la población, los aumentos observados son discretos siendo en general de un 12%, levemente más alto en las zonas urbanas.

- d. Indicadores biomédicos: Las comunas urbanas siguen la tendencia global del país hacia la mejoría. Esto no ocurre en las comunas rurales, donde se observaron mejorías mucho menores o se evidenció un empeoramiento claro, como es el caso de los indicadores de mortalidad general.
  - e. Centralización y participación: El estudio refiere la existencia de una mayor descentralización y de una mayor participación, sin entregar elementos cuantitativos para apoyar esta afirmación.
2. Problemas del proceso
- a. Financieros: Derivados de la fijación de techos de facturación de una manera arbitraria para cada comuna. Esto motivó que el superávit inicial se transformara en déficit. En el período 1982-1985 se comprobó una disminución del 31,6% en la transferencia de fondos hacia el municipio.
  - b. Recursos humanos: Pérdida de la carrera funcionaria y de los beneficios propios de la administración pública al ser regidos por el DL. 2200.
  - c. Coordinación: Progresivo debilitamiento de los mecanismos de coordinación y supervisión con los servicios de salud respectivos.
- d. El estudio de Raczynski, Serrano - 1988

Raczynski y Serrano realizaron en 1988 un estudio sobre la descentralización y la planificación local en algunas comunas de la Región Metropolitana. A pesar de que este estudio no se refiere a los establecimientos de salud, es interesante analizar los cambios ocurridos desde la perspectiva municipal que pudieran incidir en su gestión de la salud. Las investigadoras analizaron aspectos organizacionales internos, y la inserción del municipio en el sistema de gobierno.

- a. Factores organizacionales internos al municipio: El trabajo en terreno reveló que el liderazgo que ejerce el alcalde, sus prioridades, su estilo de trabajo, su personalidad constituyen elementos claves en la gestión municipal.
- b. La inserción del municipio en el sistema nacional de gobierno: los factores relevantes de esta inserción eran la naturaleza de las relaciones del Gobierno Central y los Ministerios Sectoriales con el municipio. Las investigadoras refieren: «*Estas relaciones no están exentas de tensiones y el énfasis fiscalizador y controlador del gobierno central muchas veces entorpece y no ayuda ni apoya a la gestión municipal.*» (Raczynski y Serrano, 1988).

Las erradicaciones de poblaciones realizadas entre 1985 y 1986 ejemplifican, a decir de las investigadoras, el carácter estrictamente sectorial de las decisiones centrales; la descoordinación entre decisiones tomadas en distintas instancias del nivel central; y la debilidad del Municipio frente a decisiones tomadas a dicho nivel.

En lo que se refiere a la Planificación Comunal, concluyen:

- a Cada sector diagnostica aisladamente. No hay un intento por integrar y considerar la interrelación entre los problemas y las potencialidades de los diferentes sectores.
- b No se plantea una imagen objetivo de la comuna.
- c Los instructivos para el diagnóstico, enviados por el nivel central, son los mismos para todas las comunas.
- d El diagnóstico tal como se planteó, no considera el carácter dinámico o de proceso social de la planificación, no identificándose los actores ni los diferentes agentes del desarrollo. Tampoco se considera al diagnóstico como una fase permanente que debe retroalimentarse. «*De hecho, el diagnóstico no se ha actualizado desde 1984-85*» (a septiembre de 1987).

El estudio refiere una serie de iniciativas de salud, financiadas por medio de Proyectos Municipales, algunas de las cuales tuvieron un origen central, pero hubo un número importante de estas con un origen local.

- a Embarazadas y Recién Nacidos: Capacitación, y/o entrega de alimento o dinero a las embarazadas y a los recién nacidos en riesgo.
- b Preescolares: Principalmente en el grupo de desnutridos: Programa de Familia Guardadora en que una familia se hacía cargo de los niños con problemas nutricionales; entrega de medios económicos a la familia del niño; creación de centros comunitarios-educativos en los cuales se acoge a los niños desnutridos detectados en los consultorios; entrega de suplementos alimentarios a las familias con niños desnutridos; talleres laborales para madres de niños desnutridos; apoyo nutricional en Jardines Infantiles y CADEL (Centros de Alimentación y Desarrollo del Lenguaje).
- c Escolares: Suplemento nutricional por medio del Programa de Alimentación Escolar.
- d Adolescentes: Creación de Centros de Adolescencia, salud y drogas.

- e. Adultos y la familia: Proyectos de salud bucal; de prevención de la ceguera; formación de monitores poblacionales
- f. Ancianos: Apoyo vía CONAPRAM (Corporación Nacional Programa del Adulto Mayor).

Se puede concluir del citado estudio, que los municipios presentaron una serie de problemas internos y de relación con los diferentes organismos sectoriales, que dificultaron el desarrollo de políticas propias. En el área de la salud desarrollaron una serie de proyectos, desvinculados generalmente de las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud, que no eran evaluadas en su impacto y que en muchos casos respondían a requerimientos de los niveles centrales.

- e. El estudio de Jiménez y Gili, 1990:

Jiménez y Gili (1990) realizaron en la Corporación de Promoción Universitaria un estudio sobre la municipalización de la atención primaria de la Salud. En su estudio concluyen:

- a. Financiamiento: El déficit promedio de las municipalidades en los programas de salud llegó a un 22,6% en 1986. La brecha producida se cierra con dos alternativas. La minoritaria consiste en el aporte municipal, la segunda, mayoritaria, implica el ajuste por la vía de la disminución de gastos o actividades. Los gastos más afectados en estos casos, son: Inversión, con una disminución de un 86% entre 1982 y 1986, y las remuneraciones del personal, con un 10,9% de caída.
- b. Entrevistas Encargados de Salud de Consultorios: De las entrevistas realizadas a los encargados de salud de consultorios de la Región Metropolitana concluyen que: La participación comunitaria no se ha incrementado; No existe planificación local por falta de información, falta de metodología, y por falta de recursos; Falta de coordinación intersectorial (exceptuando la existente con el sector educación); Frustración de los profesionales por la falta de recursos, la inestabilidad funcionaria y la ausencia de reajustes de las remuneraciones; Déficit económico provocado por el techo a la facturación.
- c. Evaluación de los establecimientos: Al aplicar un instrumento de evaluación diseñado por la OPS para establecimientos de atención primaria, se concluye que: Los consultorios cumplen en alto grado los requisitos establecidos por la OPS para un buen resultado; Se observa una diferencia del cumplimiento de las normas entre los consultorios urbanos y rurales, siendo mayor en los primeros; Los rubros más afectados en las zonas rurales son los de recursos humanos y físicos, junto con normas y procedimientos; La

supervisión es el punto más débil del análisis, la que es cumplida sólo por un 17% de los consultorios urbanos y un 40% de los rurales.

- d. **Conclusiones Finales:** Los investigadores concluyen que la municipalización es un proceso en evolución que requiere de una evaluación continua para elaborar futuras políticas de salud; Es necesario re-pensar el proceso de atención primaria de acuerdo a los principios de descentralización y participación planteados en Alma Atta y por la OMS; Es necesario pensar en nuevas forma de atención primaria con la participación de las ONG, el sector informal, los niveles secundarios, etc.
- f. **Departamento de Atención primaria MINSAL, 1990.**

El Departamento de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 1990a) planteó, en los primeros meses del año 1990, los daños encontrados por el nuevo gobierno en el nivel primario de atención de salud. Estos se detallan a continuación:

- a. El presupuesto de operación del sector municipalizado proporcionado por el FAPEM está desfinanciado en un 50%, lo que determina insuficientes recursos humanos y gastos de operación, principalmente en farmacia e insumos. Esto implica rechazos y desabastecimiento de medicamentos desde la tercera semana de cada mes.
- b. Falta de capacidad resolutive en el área de los exámenes de laboratorio y radiología, así como largas esperas de las interconsultas o acceso al sistema hospitalario para cirugía o alta tecnología de especialidad, debidas a falta de personal, insumos de farmacia insuficientes, limitación del recurso exámenes de laboratorio, Rayos X e interconsultas al nivel secundario. En suma, el nivel primario está desarticulado del sistema de salud en sus niveles secundario y terciario.
- c. Los horarios de atención habituales (8:30 a 17:00), limitan el acceso al nivel primario de salud de grupos de alta prioridad del nuevo gobierno como el trabajador, la mujer y el adolescente, lo que determina un sobreuso de los servicios de urgencia. Estos servicios de urgencia, que también están desfinanciados, tampoco tienen capacidad resolutive adecuada y no proveen una atención integral.
- d. Todos estos problemas se acrecientan en las comunas donde se concentra la extrema pobreza, el desempleo y los altos daños de la salud.
- e. Problemas de accesibilidad determinados por razones económicas, razones del horario de atención, falta de personal y razones geográficas.

- f. Falta de supervisión del Ministerio de Salud a través de la Dirección de Atención Primaria.
- g. Personal de salud desmotivado y con problemas derivados de situaciones tales como: salarios insuficientes, pérdida de carrera funcionaria, etc.

Por otra parte, el Programa de Salud Rural dependiente del mismo Departamento, diagnosticó al inicio de la planificación de la intervención realizada, los principales problemas de administración de salud a nivel municipal. Este diagnóstico se resume como sigue (Heyermann, Gamboa, 1994):

- a. En relación a los equipos de salud: Baja en su capacidad de liderazgo; Deserción y escasez de personal profesional; Baja disponibilidad de personal auxiliar; Falta de apoyo normativo y programático; Escasas oportunidades de capacitación y perfeccionamiento.
- b. En relación a la administración y Financiamiento: Personalización de la gestión de salud en los alcaldes y personal delegado de confianza; Escasez de recursos financieros propios y provenientes del FAPEM; FAPEM subvalorado y distorsionador del trabajo técnico.
- c. En relación a la comunidad: Ruptura del proceso histórico de integración social de la comunidad; Percepción del sistema de salud como una fuente de servicios curativos.

Estos diagnósticos fueron la base para el diseño e implementación de las diferentes estrategias impulsadas por el recién creado Departamento de Atención Primaria.

- g. **Comisión de Atención Primaria Subsecretaría de Salud; «Documento de grupo de trabajo sobre principales Problemas del Subsistema de Salud Primaria Municipal»(6 Noviembre 1990):**

El año 1990, y debido a la percepción que existía sobre el deterioro de la atención primaria, se conformó a nivel de la Subsecretaría del Ministerio de Salud un grupo de trabajo destinado a analizar los principales problemas del subsistema de salud municipal. A continuación se presentan las conclusiones más relevantes de este trabajo (Ministerio de Salud, 1990b).

- a. El nivel primario incorpora escasamente a la comunidad en la formulación programática, desarrollo de prestaciones y en su correspondiente evaluación.
- b. Existe una precaria integración con los otros niveles de atención.

- c. En estos establecimientos se tiende a priorizar las actividades curativas en relación a las de promoción y prevención.
- d. Se evidencian significativas diferencias en la calidad y cantidad de las prestaciones, según las disponibilidades financieras de cada Municipalidad.
- e. Existe dificultad en la captación y permanencia de profesionales en las comunas rurales y de menores recursos.
- f. No existen, en general planes de capacitación para el personal, cualquiera sea el nivel de este.
- g. En comunas pequeñas, se ha producido duplicación de aparatos administrativos.
- h. Se ha evidenciado un alto grado de insatisfacción del personal que fue incorporado al sistema municipal, según las normas del Código del Trabajo y con rentas y previsión aplicables al sector privado, careciendo de acceso a una carrera funcionaria, capacitación, posibilidad de traslados, pérdida de beneficios sociales en caso de cambio de empleador, etc.

## VI. Conclusión

El sistema de salud chileno fue objeto de profundas reformas durante el Gobierno Militar, tanto en los aspectos estructurales como en los funcionales. Entre 1953 y 1973 el Sistema de Salud (SNS) en Chile constituyó un sistema racionalmente integrado que atendía, sin mayores barreras económicas, casi al 100% de la población en los aspectos de prevención y fomento de salud. Las transformaciones legales y estructurales que experimentó el sistema de salud durante el Gobierno Militar, acordes con el modelo económico implementado en el país, convirtieron a este esquema único en un sistema formado por subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, de administración y con responsabilidades desiguales. El enfoque aplicado por el Gobierno Militar difiere substancialmente con la evolución histórica que había experimentado el sector previamente, toda vez que dicha evolución se basaba en el reconocimiento que el Estado debía ser el principal gestor y responsable de la salud.

El gobierno de Aylwin no ha realizado grandes cambios al sistema definido durante el Gobierno Militar. Los cambios se produjeron más bien en énfasis en los aspectos sociales, recuperando el Estado un rol más fuerte en el direccionamiento de los sectores sociales, y en un mayor aporte financiero para estos sectores.

Las diferentes evaluaciones realizadas coinciden en los problemas existentes en el área del financiamiento, del recurso humano y de la coordinación con los niveles secundarios y terciarios.

## CAPÍTULO 2: EVALUACIÓN DE LA MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD

El tema de la municipalización de la salud ha sido tratado en múltiples oportunidades por diferentes autores. Los enfoques que se han utilizado para estos análisis han sido múltiples y van desde ver que es lo que ha sucedido con el personal de salud traspasado y sus derechos, hasta el análisis de la situación financiera. En este documento se pretende enfocar al proceso de municipalización como una intervención, e intentar por lo tanto una evaluación de esta intervención en el marco del sistema de salud. Este análisis pretende actualizar la información entregada por las diferentes evaluaciones realizadas previamente, y se basa fundamentalmente en el análisis de documentos y publicaciones que entregan datos sobre los diferentes aspectos en estudio. Debido a esto presenta las falencias propias de un estudio basado en datos recogidos con otros fines, lo que no imposibilita un análisis valioso.

La evaluación de un proceso como lo es el de municipalización del nivel primario de atención puede entenderse a varios niveles. Un primer nivel más global, en el cual se analice el proceso general de traspaso, con los impactos tanto cuantitativos como cualitativos que se produjeron a nivel del país y de los subsistemas. Un nivel más específico, que correspondería al análisis de situación de lo ocurrido a nivel micro basado en evaluaciones locales, centrada ya sea a nivel de un consultorio, municipio, región o servicio de salud, en el cual, sea posible evidenciar cambios más precisos en los diferentes aspectos. Este último nivel debería ser parte del proceso administrativo cotidiano, como un sistema de monitoreo continuo para ir corrigiendo y adecuando los procesos en la medida que vayan apareciendo situaciones problemáticas.

Cualquiera de estas dos formas de evaluación requiere de la existencia de una gran cantidad de información con el fin de monitorear cambios y analizar impactos. Generalmente al momento de planificar una intervención se establecen los diferentes datos que se van a recolectar con el fin de realizar el seguimiento de los posibles cambios provocados por ella. Esta etapa se planifica antes de iniciarse la intervención de modo de montar el sistema de recolección y de ir midiendo periódicamente los datos. En el caso de la municipalización de la salud, y probablemente debido a que el cambio tenía una connotación principalmente política y no técnica, esto no se realizó. Con el traspaso de los establecimientos a la administración municipal, no se montó un sistema para realizar el seguimiento de los cambios, ni a nivel de Ministerio de Interior, ni a nivel de los Ministerios de Salud o Educación. Obviamente esto dificulta la evaluación ya que la información existente es recolectada con otros fines, siendo muchas veces dificultoso o imposible encontrar información específica para evaluar el traspaso.

Es así que la evaluación realizada en este documento adolece de una serie de debilidades:

- La información disponible no está totalmente estandarizada, al ir cambiando los métodos y criterios de recolección. Esto puede no ser importante para el trabajo habitual del Sistema de Salud, pero si cobra importancia a la hora de intentar una evaluación cuantitativa de los cambios en la salud.
- En un análisis en el tiempo de los cambios en los indicadores de la salud, es muy difícil determinar en que medida estos se deben a las intervenciones de salud, o bien a cambios socioeconómicos, educacionales, o del medio ambiente.
- En muchos casos, la información entregada por el sistema de salud se encuentra agrupada por Servicios de Salud, en el cual están incluidos los establecimientos municipalizados y los no municipalizados. Diferenciar las acciones realizadas por los diferentes establecimientos requiere de una búsqueda que sobrepasa los alcances de este estudio.
- Existe un número importante de datos e información no disponible, ya que su recolección no está incluida en los sistemas de información del Sistema de Salud.
- La opción de analizar la «Municipalización» como una intervención es, en realidad, una simplificación de la complejidad del cambio producido en un sistema. Es indudable que los cambios globales en el sistema de salud influyeron en todos los subsistemas del sector. Así, el análisis del subsistema municipal en forma separada oculta en parte lo sucedido en los otros subsistemas y sus relaciones.

## I. Evaluación de programas y políticas sociales

El análisis y la evaluación de la aplicación de diferentes políticas públicas es una actividad fundamental para los diferentes Gobiernos. Es así que Dunn (1986), citado por Ballart Xavier (1992/44) en «¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?, Aproximación sistemática y estudio de caso», define el análisis de las políticas públicas como:

*«El análisis de las políticas es una disciplina aplicada de las ciencias sociales, que recurre a variados métodos de investigación para producir o transformar información, con el fin de que esta pueda ser utilizada, en el contexto político correspondiente, para resolver problemas propios de las políticas analizadas.»*

Este método contempla tres aspectos: ¿Cómo se elabora una respuesta a una situación problemática?, ¿Cómo se lleva a la práctica el proyecto?, y ¿Cómo se analizan los efectos previstos y no previstos de la política específica sobre la situación en cuestión?. El análisis se inicia desde

la etapa de elaboración del proyecto o programa, hasta la evaluación de los resultados o impactos obtenidos y busca, por lo tanto, resolver los diferentes problemas presentados y retroalimentar los cambios con el fin de realizar las adecuaciones necesarias. La etapa de evaluación es por lo tanto indispensable una vez que se ha planeado una intervención.

En la literatura el concepto de evaluación ha sido utilizado en diferentes acepciones. Es así que Dunn (Ballart, 1992/44) diferencia algunos de estos componentes de una evaluación tomada en el sentido más amplio<sup>14</sup>:

- **Forecasting:** Valoración de las consecuencias futuras de políticas presentes.
- **Monitoring:** la supervisión, control y descripción de las políticas existentes y de sus procesos de formación.
- **evaluation:** valoración del mérito de las políticas pasadas o futuras.
- **prescription:** recomendación acerca de cual debería ser la política del gobierno en una determinada situación, y hasta que punto es factible.
- **Problem structuring:** fase previa a todo análisis en que es necesario llegar a definir y ordenar de alguna forma el problema que se plantea y sus posibles soluciones.
- **Practical inference:** Utiliza valores y normas sociales para juzgar si un determinado problema ha quedado resuelto.

El mecanismo tradicionalmente más utilizado para la evaluación de una intervención consiste en medir el cumplimiento de los objetivos generales y específicos establecidos para esa intervención determinada. Esta metodología adolece de una serie de falencias ya que sólo se limita a algunos aspectos, y no controla los resultados no esperados, ni los elementos involucrados en el proceso de la intervención. Por otra parte, plantear una evaluación de los objetivos de la municipalización implicaría determinar claramente los objetivos tanto generales como específicos que se plantearon al momento del traspaso. Esto tiene una serie de dificultades ya que, como vimos en el capítulo anterior, muchos de los objetivos planteados son extremadamente ambiguos, lo que hace difícil su evaluación, y por otra parte, existieron una gran cantidad de objetivos de tipo político, influidos por una línea liberal, que no se plantearon explícitamente y que determinaron fuertemente la intervención. Así un análisis del proceso de municipalización debe plantearse en términos más globales incorporando todos los posibles factores a analizar.

## II. Concepto amplio de Evaluación

La evaluación se caracteriza por el uso de métodos de investigación de las ciencias sociales (o de aproximaciones) con el propósito de determinar los efectos reales de una política una vez que ésta ha sido aplicada. Contribuye, por lo tanto, a la clarificación y resolución de los problemas públicos. Esta técnica debe complementarse con otras técnicas de análisis, como son las de costo-beneficio, utilizadas ampliamente por la ciencia económica, habiendo previamente analizado los efectos-beneficios realmente causados por la política o programa analizados, para posteriormente analizar los costos implicados.

La evaluación de los efectos netos obtenidos por la aplicación del programa, es decir aquellos aspectos que no se hubieran producido sin el programa, es el primer acercamiento lógico al evaluar cualquier programa o política implementado. Aquí hay que diferenciar dos conceptos: los productos o outputs y los resultados outcomes, ya que el medir exclusivamente el número de actividades realizadas (por ejemplo número de vacunaciones), no dice relación real del efecto que se está produciendo efectivamente en la población que se quiere proteger (número de niños inmunizados). Es decir no estamos relacionando los resultados con los verdaderos objetivos para lo cual planteamos el programa.

Lógicamente este tipo de análisis (efectos netos), sin tomar en cuenta las etapas intermedias, solo daría cuenta de los efectos logrados, y no de las posibles causas del éxito o del fracaso. Esto lleva a la necesidad de analizar también los procesos involucrados en la ejecución del programa que son los que podrían explicar en cierta medida estas situaciones.

El concepto de la evaluación entonces se va ampliando, y se empieza a hablar de las evaluaciones globales (Comprehensive evaluations), entendidas estas como: «la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización y diseño, implementación, utilidad, de los programas de intervención social»(Ballart, 1992/73)<sup>15</sup>.

Según este concepto la evaluación de programas tiene tanto que ver con los efectos del programa sobre sus beneficiarios, como de su implementación, de los procesos de formulación de los propósitos generales y de los objetivos más específicos, la relación de estos con los resultados finales, y la forma en que es administrado el programa y planificada la intervención.

Avedis Donabedian propuso para la evaluación de la calidad de la atención médica, un esquema de análisis de tres elementos básicos. El primero es el análisis de la estructura entendida como la existencia de los recursos físicos, humanos, financieros, etc., necesarios para llevar a cabo el programa. El segundo se refiere al análisis de los procesos o las características de la operación del programa, y el tercero corresponde al análisis de los resultados. En base a este esquema se han estructurado numerosas evaluaciones relacionadas con diferentes aspectos del funcionamiento de

los sistemas de salud. Es así que la OPS (Paganini J.M., Capote R., 1990) sugieren para el examen de la problemática de salud y las políticas sanitarias los siguientes tipos de indicadores:

- a. de estructura (recursos según dependencia administrativa, camas por 1000 habitantes, médicos o enfermeras por 1000 habitantes, etc.);
- b. de procesos institucionales (relación, consultas-egresos, promedio de estadía, etc.);
- c. de protección (consultas por habitantes al año, relación inmunizaciones/población pediátrica, etc.); y
- d. de resultados (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por causas, morbilidad, etc.).

En relación a la descentralización, la OPS recomienda complementar estos indicadores ortodoxos con otros indicadores que midan intrínsecamente el proceso de descentralización, el grado de cumplimiento de sus criterios y principios, y la extensión y funcionamiento de los sistemas locales y regionales. Algunos indicadores importantes en este contexto podrían ser:

- a. Número y tipo de funciones que se han descentralizado por unidad: manejo presupuestario, de personal, de medicamentos, de otros suministros, de adaptación de normas técnicas, etc.;
- b. Proporción del territorio nacional en que están funcionando plenamente los sistemas locales y regionales;
- c. Recursos (físicos, humanos, etc.) integrados al sistema local y regional: totalidad de los recursos existentes en el área geográfica respectiva;
- d. Referencias monitoreadas por el sistema local y regional a establecimientos fuera y dentro del área, sobre el total de referencias desde los niveles de atención del área;
- e. Número y tipo de instituciones extrasectoriales de carácter estatal y paraestatal que están vinculadas a las acciones del sistema local y regional de salud;
- f. Programas horizontalizados en relación con el total de programas que se ejecutan en el área;
- g. Distribución del gasto nacional en salud según jurisdicciones de aplicación político-administrativas (nación, regiones, provincias, municipios, niveles centrales, sistemas locales y regionales de salud, etc.); y

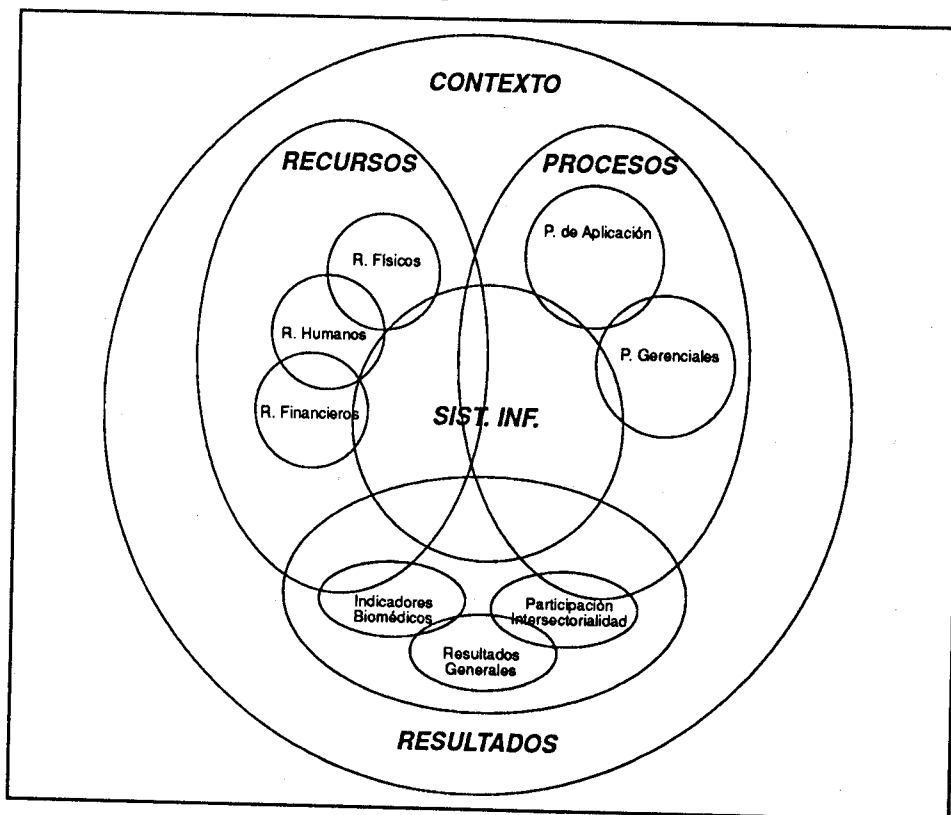
- h. Número, tipo y grado de representatividad de entidades comunitarias que se han involucrado en el sistema local y regional de salud, etc.

Con fines de este trabajo, entenderemos como evaluación de un programa la definición dada por Briones (1985):

*«Un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa, con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con su administración y desarrollo.»*

Basaremos el estudio en el análisis de la información existente en relación a la estructura, a los procesos, a los resultados y al contexto en el cual se realizan estos cambios, como se gráfica en la figura siguiente (Figura nº3).

**Figura nº3**  
**Elementos para una evaluación**



Entenderemos por estructura, los recursos o condiciones necesarios para llevar a cabo el programa. Los procesos se refieren a las características de la operación del programa y a su análisis con el fin de detectar fallas y determinar los cambios para el logro de los objetivos, y garantizar los resultados. Los resultados corresponden a los efectos logrados por la aplicación del programa. Generalmente se miden respecto a lo programado o esperado, y a las expectativas. Finalmente el análisis del contexto se refiere al estudio de las condiciones del entorno que de algún modo influyen sobre el proceso en sí, pero que no forman parte directa de él.

La gran dificultad que se presenta al intentar una evaluación seria es que no se cuenta con información suficiente que permita hacer un análisis de los resultados de este proceso. Junto con impulsar el traspaso de la administración del nivel primario a los municipios, no se han implementado los sistemas de información correspondientes que permitan realizar un monitoreo y evaluación de dicho proceso.

Lo anterior nos obliga a ser cuidadosos en la formulación de juicios definitivos en cualquier sentido, respecto a la marcha del proceso. Teniendo en mente las precauciones ya señaladas, haremos un análisis del proceso de municipalización del nivel primario.

A continuación analizaremos los cambios introducidos por la municipalización en los diferentes ámbitos. El análisis de cada ámbito se inicia con un planteamiento teórico sobre algunas de las formas de medición posibles de ser utilizadas, y luego se muestran algunos resultados empíricos.

### III. Contexto

A pesar de que el contexto no está ligado en forma muy directa a los cambios en sí mismos, muchas veces es el entorno el que determina el éxito o fracaso de las intervenciones. Es por esto que hay que conocer claramente cual es este entorno y como influyó en el proceso mismo. El análisis del entorno a la municipalización de los establecimientos de nivel primario es fundamental, ya que la mayoría de las resistencias generadas se originan en este ámbito.

En este análisis se pueden considerar diferentes áreas como son: la evolución histórica del sistema de salud; la correlación de las fuerzas de poder; los diferentes proyectos de desarrollo que esperan los diferentes actores relacionados en el proceso; la existencia de otros programas o elementos que de algún modo vayan a influir en el proceso en cuestión o en la permanencia o autonomía del programa. Todos estos elementos influyeron de algún modo en la municipalización, ya sea para resistirla o bien para promoverla. En este marco analizaremos la evolución histórica del sistema de salud chileno, cuales han sido los elementos que han condicionado los cambios en el modelo de atención, y como han influido los diferentes grupos de poder; los énfasis y la

estrategia de Atención Primaria que vino con el Gobierno de Aylwin y, finalmente, algunas percepciones de los diferentes actores en el momento actual.

a. **Evolución histórica: Rol del Sector salud, y modelo de atención**

La historia del país ha sido en gran parte determinante de la organización de su sistema de salud. Debido a esto el análisis del proceso de municipalización en la salud chilena no puede iniciarse en el momento mismo en que se inició el traspaso, sino que debe estudiarse a la luz de los cambios que han ocurrido en el país en el tiempo. Sólo este análisis permitirá conocer la real correlación de las fuerzas que juegan roles en salud actualmente, y que lo han venido haciendo así desde hace mucho tiempo.

Los colonizadores españoles traen a América el concepto imperante en Europa en el medioevo, de la salud hospitalaria religiosa dada por médicos formados. Esto determinó que rápidamente se construyeran en Chile en 1553, los Hospitales «Hospital de Nuestra Señora del Socorro» en Santiago, «San Juan de Dios» en Concepción, y «Nuestra Señora de La Asunción» en La Serena (Rosselot, 1993). Durante este período, hasta fines del siglo XIX, la atención de salud se entregaba directamente a los pacientes a través de los prestadores de salud, médicos, comadronas y otros agentes informales, o se daba en los hospitales de beneficencia dirigidos a los grupos de desprotegidos y mantenidos por la sociedad. En estos la atención se centraba en entregar asistencia física y espiritual a los indigentes, y en mantener aislados a los que sufrían algún tipo de enfermedad infecciosa. En un primer momento estas Casas de la Misericordia eran dependientes de los Cabildos, siendo entregadas, a inicios del siglo XVII, a diferentes ordenes religiosas, que se encargaban de la administración y se financiaban a través de a caridad pública y de subvenciones estatales. Esta situación se habría de mantener hasta principios del siglo XX.

Las incipientes medidas sanitarias de la época eran responsabilidad de los Cabildos. Ellos se encargaban de la salubridad urbana, el control de alimentos y bebidas, el aprovisionamiento de agua potable, y tomaban algunas medidas profilácticas y curativas en períodos de epidemias (Miranda, 1991). Es así que las primeras actividades sanitarias propiamente tales no fueron responsabilidad de una estructura ligada al sistema de salud de la época, sino que una estructura de gobierno local, antecedente de los actuales municipios.

Durante el siglo XIX, en las Sociedades de Socorros Mutuos creadas por grupos de obreros, para organizarse y dar solución a sus problemas sociales aparece por primera vez en el país el concepto de la salud social, basada en el humanismo popular y la organización solidaria, como una alternativa contrapuesta a la caridad, que era hasta el momento la responsable de la atención de los enfermos desposeídos. Estas sociedades nacen en el marco de un Estado ausente en la solución de los problemas sociales y de salud de los más pobres. Las sociedades de Socorros Mutuos significaron un cambio también en la forma de enfrentar la salud y la enfermedad ya que prestaban

servicios de salud ambulatoria, servicios de cirugía mayor y menor, entregaban subsidios por enfermedad, y posibilitaban la consulta con especialistas. En 1912 existían en Chile 428 sociedades de socorros mutuos a lo largo del país (Illanes, 1993). Estas iniciativas pronto empiezan a decaer fundamentalmente debido a problemas de financiamiento, al progresivo fortalecimiento del rol del Estado como protector, y de la creciente organización de los médicos formando un grupo de poder importante. Es así que, en 1832, se crea la Junta de Directores de Hospitales y luego, en 1886, con la dictación de un reglamento para normar la actividad, el Reglamento de las Juntas de Beneficencia, el sistema hospitalario de la Beneficencia y los Médicos empiezan a organizarse.

En 1842 nace la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, sucesora de la Universidad de San Felipe<sup>16</sup>, dando origen a una de las fuerzas importantes en la historia de la salud pública chilena, *los médicos organizados*. Esta facultad de medicina se mantuvo ligada fuertemente a los hospitales de la beneficencia, ya que era allí donde los médicos practicaban durante su período de enseñanza y luego trabajaban, una vez egresados.

Fue la epidemia del cólera de 1887 la que enfrentó al Estado a su responsabilidad frente a la sociedad. La alta mortalidad producida y el riesgo de contagio determinado por las pésimas condiciones de vida de la población llevaron a Balmaceda a formar, a instancia de los médicos, el Consejo Superior de Higiene Pública dotado de amplios poderes, destinado y concebido para revolucionar la política de salud existente hasta el momento. El cuerpo médico empieza a asumir así un grado de liderazgo en la determinación de políticas sociales y de salud. La emergencia del «poder médico» le va quitando paulatinamente la función social en el ámbito de la salud de la población a los municipios. *«El estamento Médico, con sus recién creados organismos centrales de higiene, desinfección e inspección sanitarios, se instaló de hecho por encima de los municipios. Los resquemores y disputas que entonces se produjeron entre ambos, no alcanzó a vulnerar la autoridad de la institucionalidad de higiene del cuerpo médico.»* (Illanes, 1993). En realidad, durante este tiempo, los municipios y el Consejo Superior de Higiene compartían responsabilidades y tareas, centrándose el Consejo de Higiene en la desinfección, vacunación, tratamiento hospitalario, etc., y las municipalidades en la realización de obras urbanas indispensables para la higiene general, especialmente de las aguas.

En 1920, con el triunfo de Alessandri, comienza la integración de la clase media en el sistema político. Además, este cambio abre paso a una amplia legislación social, apoyada por los cambios que se habían venido produciendo en el país. Los problemas sociales dejan de ser vistos como asuntos de caridad y pasan a ser considerados problemas de justicia. La transición de una política tradicional a la participación activa del Estado en problemas sociales, se remonta a la primera administración de Alessandri (1920-1925) que fijó el esquema de la seguridad social.

En el sector salud, el Estado inicia su participación más activa en la década de los 20. A comienzos del siglo XX se fue progresando en el enfoque de integralidad de las prestaciones,

centrado en el rol del Estado, que hasta entonces seguían una vertiente asistencialista (atención médica) y otra sanitaria (salud pública)» (Romero, 1990). Durante la administración de Alessandri se pueden identificar en Chile diferentes actores en el proceso de la salud y la enfermedad. Por una parte están los prestadores de servicios: los Hospitales de las Sociedades de Beneficencia, el Patronato Nacional de la Infancia, las Sociedades de Socorros Mutuos de los obreros. Por otra parte existen varias instituciones responsables de velar por la salud pública: el Consejo Superior de Higiene, los municipios autónomos responsables de la salud de la población a su cargo, y el recientemente creado departamento del Ministerio del Interior. Cabe destacar que el gremio médico se encontraba presente y dirigía varias de estas entidades de los dos tipos.

En el año 1924 nace la previsión social en Chile. Con la promulgación de la Ley 4.054 se creó la Caja de Seguro Obligatorio. Esta iniciativa establece el concepto «bismarckiano» de la seguridad social, la cual incluye especialmente beneficios de salud, además de pensiones y otras prestaciones. En Octubre de 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que asume bajo su cargo al Departamento de Higiene del Ministerio del Interior y la oficina de trabajo del Ministerio de Industria y Obras Públicas. El nacimiento simultáneo de la seguridad social y de la estructura estatal de salud marca el inicio de una relación estrecha que existió durante mucho tiempo entre estos dos conceptos. El Estado asume así un mayor liderazgo y conducción de la salud pública el país, centralizando las acciones de salud, y traspasando los servicios de higiene que tenían las municipalidades a este nuevo ministerio. Se reconocía una interrelación entre los problemas de salud y las condiciones socioeconómicas de las personas, además del derecho de la población a recibir los cuidados necesarios, y el deber del Estado de proteger a los sectores más desprotegidos de la sociedad. Pierden así los municipios el rol que hasta ese momento ejercían en la salud pública de los residentes en su jurisdicción, centralizándose parcialmente la gestión de la salud pública.

La centralización de la salud sigue avanzando, y en 1931 se dicta el un nuevo código que crea el Servicio Nacional de Salubridad, heredero de la Dirección General de Sanidad. A esta se le entrega el rol de vigilancia y dirección superior de todo cuanto se relacione con la salubridad pública del país. Los gobiernos del Frente Popular afianzaron y expandieron la estructura del sistema social, construyendo un sistema solo igualado en América Latina por el Uruguay. La expansión de gastos sociales reflejó tanto una mayor cobertura como un mejoramiento de los beneficios.

El gremio médico, por su parte, planteaba en 1936, durante la Primera Convención Médica, una serie de principios que, en su opinión, deberían regir en adelante la organización de la medicina en el país. Ellos eran:

- Integralidad
- Planeamiento periódico

- Concentración de esfuerzos
- Comando técnico único con autoridad legal
- Estatización en el sentido que el Estado cumpla con su función primordial de defensa de la vida de las personas, proveyendo el máximo de recursos y dictando leyes que permitan el suministro de una medicina integral (Rodríguez, 1976/67).

El concepto del Estado benefactor con responsabilidad sobre la salud de la población se puede evidenciar claramente en el discurso del Diputado Dr. Borman en una Sesión del Congreso en Agosto de 1949: *«En previsión social hay algunos aspectos que ya nadie discute. El concepto individualista de la medicina, la previsión voluntaria, el ahorro individual colectivo voluntario, han sido superados en esta etapa por el sentido de la solidaridad social, que animó a todos los seres humanos primitivamente y que los impulsó a auxiliarse unos a otros. Y ese sentimiento primitivo ha ido fortaleciéndose a través del desarrollo de la humanidad, a pesar de los regímenes liberales individualistas. (...) dado la multiplicidad de los riesgos y el costo de las indemnizaciones, nacen las cajas de Previsión, con intervención del Estado, superando una etapa de socorro voluntario.»*<sup>17</sup>

Un paso adelante hacia la centralización de la salud en un organismo estatal se dio con ocasión del éxito obtenido con la organización centralizada formada para solucionar los problemas de salud producidos con ocasión del terremoto de Chillán. Se constituyeron los «Servicios de Salubridad Fusionados», en los cuales participaban los servicios de la Beneficencia y Asistencia Social, Seguro Obligatorio y Sanidad, con el objeto de desarrollar un trabajo unificado, con pautas estandarizadas y aceptadas por los diferentes prestadores. Estos servicios estaban bajo un mando único ejercido por el Jefe de los Servicios de Seguridad Fusionados, residente en Santiago, jefes de zona en Chillán y Concepción, y un Consejo Especial de Salubridad con residencia en Santiago. Este Consejo estaba formado por el Ministro de Salubridad, el Director de Asistencia Social y Beneficencia, el Director General de Sanidad, el Director de la Caja de Seguro Obrero, y el Jefe de los Servicios Fusionados.

Esta experiencia fue exitosa en la resolución de los problemas de salud generados por la catástrofe y también en problemas de salud pública que se arrastraban hasta ese momento. Este ejemplo, y la percepción de un grupo importante de médicos, en un momento en que a nivel mundial la salud pública, bajo el concepto de *salud integral*, reúne las funciones de promoción, prevención y recuperación de la salud que hasta hace poco funcionaban descoordinadamente, fue determinando un cambio conceptual hasta llegar finalmente a la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Con la dictación de la Ley 10.383 bajo el gobierno de Gabriel González Videla, en el año 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), servicio legal y administrativamente autónomo, dependiente del Ministerio de Salud. Esta aspiración de los médicos, venía planteándose desde hacía 20 años, encontrando sólo en 1952 la situación propicia para hacerse efectiva con la anuencia de todos los sectores políticos del país. Este fue un logro del gremio médico organizado, que desde todos los partidos políticos, luchaba por un sistema de salud nacional, único e integral.

Esta nueva institución, pionera en su género en el continente, vino a unificar bajo su alero a una serie de instituciones públicas, a saber: la Dirección General de Sanidad; los servicios hospitalarios de la Junta Central de la Beneficencia y Asistencia Social; el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero; la Dirección de Protección a la Maternidad, Infancia y Adolescencia (PROTINFA); el Servicio Técnico de Higiene y Seguridad Industrial del Ministerio del Trabajo; el Instituto Bacteriológico; y algunos servicios médicos municipales. Estas instituciones habían abarcado, hasta ese momento, diferentes aspectos relacionados con la promoción de la Salud, con la prevención y cuidado de las enfermedades de una buena parte de la población chilena, particularmente de los obreros, de los indigentes y de sus grupos familiares. El número de beneficiarios de las actividades de tipo curativo brindadas por el SNS, ascendía en 1952 a 4,2 millones de personas (70 % de la población).

Con la creación del SNS, prácticamente el 90 por ciento de los recursos médicos del sector público quedaron integrados en una sola entidad. Fuera de ella permanecieron - sin que se hubieran señalado razones justificadas - algunos servicios médicos especiales, como el Servicio Médico Nacional de Empleados, los dependientes de las instituciones de la Defensa Nacional y Universidades, y los de ciertos grupos de trabajadores (ferrocarriles, por ejemplo). El SNS asumió también la deuda financiera que arrastraban algunas de estas instituciones, heredando así las bases de lo que más adelante, durante el Gobierno Militar, fue una de las causas de su readecuación.

El SNS pasó a constituir así el pilar básico del sector público de salud, tanto en lo que se refiere a los recursos como en lo que respecta a las acciones que debía realizar. La creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) fue un hito en la historia de la salud chilena. Su creación significó *«legalmente una revolución en salud, ya que hubo un verdadero vuelco con cambio de estructuras, organización, programas y metas, todo lo cual colocó a Chile en una posición de avanzada en este campo»* (SNS, 1967/7). Todo ello determinó un fuerte desarrollo de la Salud Pública (Fuentes, Verdessi, 1993/1).

La coexistencia de un organismo funcionalmente centralizado, a cargo de todos los establecimientos del país, en un momento en que el concepto de salud integral, era el imperante, sumado a los adelantos en la medicina, (antibióticos y vacunas), llevaron a un rápido mejoramiento de las condiciones de salud del país. Es así que Chile pudo alcanzar niveles de salud que no guardaban relación directa con el simple desarrollo económico existente en el mismo período.

El SNS constituyó una gran obra de salud pública, siendo un ejemplo para muchos países latinoamericanos. Los 27 años de este servicio nacional marcaron una etapa fructífera en materia de salud para los chilenos. El rol del Estado en la salud es *«una expresión de la acumulación de las contradicciones de las fuerzas antagonistas que se desarrollan en la sociedad. La industrialización del país, el crecimiento de la clase obrera y la necesidad de mantener el nivel de producción, fueron los elementos implícitos en el interés de las clases dominantes de establecer servicios de salud más eficaces. El SNS es también el resultado de las reivindicaciones de los trabajadores para defender sus derechos a la salud. Es así que el SNS no nace como una respuesta directa y mecánica a los intereses de una u otra clase, pero expresa la síntesis articulada y específica de los intereses y las contradicciones sociales acumuladas a ese nivel.* (Llambías-Wolff, 1984).

Con la caída del Gobierno de Allende y con las reformas introducidas por el Gobierno Militar se da término en forma drástica a una época del Sistema Chileno de Salud. Concluyen de esta forma 5 décadas de continua expansión de los Servicios de Salud financiados con recursos públicos. La salud deja de ser considerada como un derecho, pasando a ser considerada como un bien, y por lo tanto comprable por los que disponen de recursos para autosatisfacer sus necesidades de salud. El Estado asume por lo tanto un rol subsidiario.

Los sucesivos cambios que habían dado forma al sistema, provenían de tres vertientes principales. La primera, la evolución de conocimiento médico y la concepción del proceso salud-enfermedad. La segunda, el poder del sector médico que, desde la organización de la Dirección de la beneficencia, la creación de la Facultad de medicina, había ido asumiendo un rol de liderazgo en la conducción y en la modelación del sistema. Y la tercera, en la cual también participaron los médicos, corresponde a la concepción de la seguridad social, para los trabajadores y sus familias, como un rol primordial del Estado. Los cambios ocurridos durante el gobierno militar rompen con esta historia. Es así que por primera vez en más de cien años, el sector salud no participa directamente y como conductor en los cambios. Esto implicó fundamentalmente tres cosas. La primera, fue que los cambios no se enmarcaron en un modelo basado en la salud o la enfermedad, sino que provinieron de una modelo económico que se aplicó a todos los sectores sociales. La segunda, quizás menos evidente pero si más importante para el gremio médico, es que por primera vez en muchos años el gremio médico y el sector salud ve disminuir el liderazgo que tradicionalmente poseía. Finalmente, y como resultado de las dos anteriores, se produce una gran resistencia a los cambios proveniente de todos los niveles del sector salud.

## B. Crecimiento del Sector Privado

Otro elemento importante que influye sobre la municipalización en forma indirecta, es el apoyo franco al desarrollo del sistema privado de salud. Este apoyo se manifestó a través de la creación de las ISAPRES y las diferentes subvenciones creadas para su posterior desarrollo:

Aumento de la cotización de salud desde un 4% a un 7%, pago de los subsidios maternales, vacunaciones y Programa de Alimentación Complementaria, con características de subsidios cruzados.

Este crecimiento del sector privado se produce en paralelo al desfinanciamiento creciente del sector público de salud, que significó en la práctica, el deterioro progresivo de las condiciones de atención de salud de la población, tanto en el sector municipalizado como en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Este desfinanciamiento se manifestó en una disminución del Gasto social en salud por habitante en un 31,2%, entre los años 1970 y 1987 (FMI), otras fuentes refieren el descenso en un 21,1%.

Estos elementos incidieron indirectamente en la evolución del sector salud y de los establecimientos municipalizados. Así, tenemos que se va configurando un sistema en que los cambios son sentidos como externos al sector salud, y por lo tanto resistidos, con un importante crecimiento en paralelo del sector privado, con los cambios en el perfil de las demandas que esto implica, y asociado a un empobrecimiento del sistema público de salud.

Por otro lado, las restricciones financieras del sector salud y la disminución del liderazgo del sector salud, incidieron también en el deterioro de los otros niveles, secundario y terciario. Esto, asociado al cambio de administración de los consultorios, determinó un quiebre, una separación entre estos niveles que debieran trabajar articuladamente y coordinadamente produciéndose grandes problemas en el sistema de referencia y contrareferencia.

### C. Gobierno Aylwin: Atención Primaria

El año 1990 el Gobierno de Aylwin, frente al pésimo diagnóstico que se tenía sobre la situación de la salud municipal, planteó la necesidad de analizar diferentes alternativas para mejorar las condiciones del Nivel Primario de Salud. Las diferentes alternativas que se barajaban en ese momento eran:

- a) Dejar la municipalización tal como estaba,
- b) La segunda alternativa era devolver los establecimientos municipales a los Servicios de Salud; y
- c) la tercera alternativa era una solución intermedia.

El dejar las cosas tal como estaban con correcciones menores, era vista por el gobierno como imposible. Se dijo que la municipalización tal como estaba, llevaba en sí el «*germen de la disgregación de nuestro sistema de salud*», comenzando a actuar cada municipio con colores

propios. Igualmente se desechó la idea de que volviera todo al Ministerio de Salud. De esta manera si bien se corregirían muchos problemas, sin embargo *«se perdería la participación de la parte comunal que se estima muy importante porque favorece la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad»* (Silva, 1990)<sup>18</sup>.

Esta percepción imperante en el Gobierno llevó a la creación en el Ministerio de Salud del Departamento de Atención Primaria como una *«unidad técnica destinada a la elaboración de estrategias y propuestas programáticas que impulsen y promuevan el desarrollo de la estrategia de atención primaria, en la perspectiva de la descentralización»* (Galecio, Heyermann, Vergara y Gundian, 1993). Esta unidad canalizó la distribución de una cantidad importante de recursos provenientes de donaciones y convenios, con el fin de fortalecer el nivel primario. El énfasis dado a la Atención Primaria significó el desarrollo de una serie de proyectos innovadores como fueron el desarrollo de un programa de salud mental, el programa de salud rural, los Servicios de Atención primaria de Urgencia SAPU, el Programa de Infecciones Respiratorias agudas (IRA), las salas de hospitalización abreviada, laboratorios básicos, etc. Por otra parte, se destinaron fondos para la contratación de personal, la compra de medicamentos y de vehículos. Todo esto significó un apoyo substancial al nivel primario de atención, sin cambiar la municipalización en sí misma, pero por otra parte significó un cambio en el equilibrio de poderes, con una recuperación desde el gobierno y para el sector salud, del liderazgo sobre la atención primaria. Es decir, una *«recentralización»* del poder.

### c. Opinión de otros actores - Reforma de Salud

Desde el inicio del traspaso de los establecimientos municipales a la administración municipal, se ha producido un constante debate sobre la adecuación y la pertinencia de esta medida. Las opiniones han ido variando en el tiempo, y los opositores a la medida han ido moderando su posición, sobre todo después de la llegada del nuevo gobierno y de los cambios en la legislación sobre los municipios. Esto no implica que actualmente no existan críticas, sino que más bien la municipalización no se considera mala per-se, y se buscan alternativas para mejorarla.

Las opiniones sobre el proceso de municipalización de la salud son múltiples y variadas, y van desde la aprobación de esta, hasta la total negación. Aparentemente el párrafo siguiente muestra el pensamiento de una gran mayoría de los actores del sector salud:

*¿Es reversible la municipalización en salud?- Me parece poco probable. ¿Sería conveniente intentarlo?- Creo que no-. ¿Pudo haberse hecho mejor que lo que se hizo?- Estoy convencido que sí. ¿Creo indispensable haberlo hecho? -Indispensable, no. Tal vez conveniente, pero no más que eso. ¿Funciona bien actualmente?... en general creo que no. ¿Podría hacerse mejor? - Definitivamente sí»* (Escudero, 1992/13).

A continuación se presentan algunas opiniones sobre el proceso de municipalización de la salud, dadas por diferentes actores:

- *«La municipalización de la atención de salud primaria, como se ha denominado a la descentralización de la atención externa, constituye una idea acertada y positiva en el desarrollo orgánico del Sistema de Salud Chileno». «..Optimiza la eficiencia, y mejora los impactos. Además atrae el compromiso y la colaboración de los recursos locales institucionales y, muy importante, la participación de los propios beneficiarios.».* «Es evidente que el proceso de descentralización de las municipalidades de la atención primaria requiere superar una serie de problemas no resueltos.» (Requena, 1992/30).
- *«La historia de la transferencia de la atención primaria, desde el Ministerio de Salud a las Municipalidades, fue un proceso doloroso, sin la participación de los trabajadores ni de las organizaciones gremiales profesionales. Sus objetivos más bien estuvieron enmarcados en la opción política de seguridad nacional y en un planteamiento estratégico del sector salud.»* Actualmente la municipalización es concebida de dos modos: por unos, es una posibilidad para avanzar en la descentralización y la desconcentración. Para otros, la opción es revertir el proceso de desmembramiento del sistema, devolviendo la administración a los Servicios de Salud. (Navarrete, 1991/5).
- *«Recuerdo que cuando impusieron la municipalización todos los médicos nos sentíamos aterrados,.. Fue una decisión autoritaria, nos sentíamos agredidos porque pensábamos que se trataba de atomizarnos para hacernos perder el poder de cohesión que teníamos como cuerpo médico dentro de la Sociedad Chilena. Al parecer se logró aquello que se pretendía lograr,.. dar independencia a ciertas unidades, conocer la realidad local, pero también se logró que los equipos de salud.. fueran perdiendo cohesión...Yo estoy de acuerdo y en contra de algunos de los procesos de municipalización «* (Carmona, Departamento de Salud, Municipalidad de Santiago, 1992).
- *« ..queremos dejar establecido que los trabajadores de la salud municipalizada insistimos en rechazar categóricamente la municipalización de la salud, dado la pésima experiencia que ésta ha significado para la población y los trabajadores del sector.. Prácticamente, se destruye el trabajo en equipo y se atenta contra la calidad y la humanización de la atención en salud.»* (Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada, 1992/53).
- La Revista Vida Médica (1992b), Publicación Oficial del Colegio Médico de Chile A.G., realizó un foro sobre la Atención Primaria en la cual participaron representantes de consultorios, Direcciones de Atención Primaria (DAP) de Servicios de Salud y Ministerio de Salud, y Colegio Médico. En él se plantearon diferentes puntos de vista

sobre el proceso de municipalización. Estos fueron desde el planteamiento «*Fin a la municipalización*» dado por el Presidente de la Federación de Trabajadores de Atención Primaria, Dr. Yuri Carvajal, hasta «*la municipalización debe tener una oportunidad*» (Dr. Ricardo Fábrega, Médico del Consultorio Rosita Renard).

- «*Creo que el sistema de municipalización compartimentaliza la atención de salud de la gente en una clasificación bastante arbitraria, en medicina primaria, secundaria y terciaria.*» .. «*Creo personalmente, que es un sistema que debe estudiarse muy profundamente y espero se llegará a algo más moderno. Esa es mi opinión del sistema municipalizado.*»(Requena, 1993).

Como se puede constatar, las opiniones son múltiples y variadas pero se puede ver que en estos últimos años la posición de los diferentes actores es menos extrema y no se busca ya la reversión total del proceso, sino su adecuación para que este se inserte realmente en el concepto de descentralización, participación social y democratización.

#### IV. Factor Estructura

Entendemos por *Estructura* los recursos con que se cuenta para el logro de los objetivos o metas planteados. Es lógico pensar que la falta de recursos influye en el desarrollo deficitario de los programas y/o políticas aunque estos estén muy bien diseñados y conducidos.

Más importante que el número de los recursos en sí, es el grado de adecuación de estos a las necesidades reales del funcionamiento, por esto es necesario no solamente conocer el número y tipo de recurso con que se cuenta y el estado de éste, sino también cómo se relaciona con las necesidades y demandas reales, determinadas en el caso de la salud por el tamaño de la población y el tipo y la magnitud de los problemas de salud que estos presenten.

A nivel de muchas comunas los establecimientos dependientes de los municipios no son los únicos proveedores de salud de nivel primario. Esto implica que un análisis de los recursos tomando en cuenta la población total, sin considerar cuales son los verdaderos clientes del sistema municipal, podría determinar que los recursos fueran adecuados en número y calidad, pero fueran excesivos en relación a la población real que consulta en estos establecimientos. Este es un punto que hay que tener en cuenta sobre todo en las comunas urbanas en que la oferta privada debe ser tomada en consideración en el momento de analizar si los recursos existentes se adecúan o no a las necesidades reales.

Los recursos pueden ser de diferentes tipos: humanos, financieros, equipamiento, infraestructura, insumos. Existen diferentes metodologías para evaluar la pertinencia y calidad de los

diferentes tipos de recursos. Tradicionalmente se han utilizado los indicadores de disponibilidad de los recursos en el sistema y se comparan con estándares definidos ya sea a nivel nacional o internacional. En el caso de la infraestructura física se ha utilizado frecuentemente la acreditación física de los establecimientos para determinar la adecuación de estos para las funciones que allí se realizan y por ende la calidad de la atención brindada. La tabla siguiente muestra posibles indicadores para ser utilizados en los diferentes grupos poblacionales (infantil, maternal, adulto) y que dan cuenta de las actividades de salud y de los recursos de salud.

Como se puede observar en la tabla, el tipo de indicador a usar va a depender de la actividad que quiera evaluar, por lo tanto las posibilidades son muchas. Por otra parte, los recursos evaluados son de diferentes tipos, en el caso de los indicados en la tabla, se tratan de recursos humanos, y de insumos principalmente.

**a. Recursos Humanos**

Por recursos humanos entendemos las diferentes clases de profesionales y técnicos que trabajan en la salud municipal: Médicos (según especialidad), Enfermeras, Matronas, Odontólogos, Nutricionistas, Asistentes sociales, Tecnólogos, Kinesiólogos, Psicólogos, Auxiliares de Enfermería, Administradores Públicos, etc.

La disponibilidad de recurso humano en cantidad y calidad adecuados es un elemento básico para el buen funcionamiento de cualquier proceso. Generalmente se calculan indicadores de disponibilidad de recurso humano por cada mil habitantes del territorio.

**Tabla Nº 4**  
**Algunos indicadores de actividades y recursos según grupos poblacionales**

	Indicadores de Actividades	Indicadores de Recursos
<b>Maternal</b>	<p>Usuaris de planificación Familiar, sobre la población de mujeres en edad fértil</p> <p>Coberturas de PAP actualizados sobre la población femenina en edad fértil.</p>	<p>Horas de Matronas en programa Maternal por cada 1.000 habitantes.</p> <p>Horas de ginecólogos en Programa maternal por cada mil habitantes.</p>
<b>Infantil</b>	<p>Controles de salud número y cobertura.</p> <p>Consultas de morbilidad número y tasas poblacionales.</p> <p>Niños protegidos, con calendario de vacunación completo y al día, de enfermedades prevenibles por vacuna (%).</p> <p>Cobertura del Programa de Alimentación Complementaria PNAC.</p>	<p>Horas de Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, auxiliares en programa infantil.</p> <p>Dosis de vacunas disponibles</p> <p>Kilos de alimentos</p>
<b>Adultos</b>	<p>Crónicos bajo control, adhesividad al programa.</p> <p>Actividades educativas nº y asistencia.</p> <p>Programas de detección y pesquisa de pacientes crónicos</p>	<p>Horas médico, enfermera, nutricionista, auxiliar en programa adulto.</p> <p>Horas para educación por tipo de personal.</p> <p>Disponibilidad de Medicamentos para los pacientes crónicos.</p>

Este tipo de indicador global es útil para realizar comparaciones de grandes territorios, y para detectar falencias graves. Al analizar más en detalle, podríamos encontrar que aunque este indicador estuviera dentro de los límites considerados como adecuados, la necesidad real es menor debido a que en el territorio existe una oferta importante de acciones entregadas por parte de otros sectores (privados, ONG, Informales), lo que disminuiría las necesidades reales. O bien puede suceder lo contrario, las necesidades reales son mayores que el estándar, debido a las características específicas del territorio, a las características de la población, o al tipo de patología prevalente.

Es necesario analizar la disponibilidad de recurso humano tomando en cuenta las necesidades reales, y las actividades que se generan de estas necesidades. Esto da una cifra más aproximada a la realidad.

El tema del recurso humano ha sido considerado como uno de los puntos conflictivos del proceso de municipalización. Entre los diferentes problemas que se han planteado respecto de los recursos humanos a nivel municipal, se pueden destacar los cambios en el tipo de contrato, la pérdida de la carrera funcionaria, la falta de motivación, la alta rotación, la pérdida de algunos beneficios que poseían en el Servicio, la falta de profesionales enfermeras y médicos. Todos estos elementos han llevado a que exista por parte de los trabajadores del sistema municipal una constante fuente de quejas y demandas. *«Los trabajadores,... quedan en una desmedrada situación. Pierden todo sentido de pertenencia, sufriendo un trato indigno debido a la ausencia de reglas claras en relación con la autoridad. Así, en fríos decretos oficiales, pierden derechos laborales, tales como permisos administrativos, maternales y, algo igualmente relevante, su derecho a capacitación.»* (Jiménez, 1993a/ 15-16).

La municipalización implicó un quiebre del sistema de salud, generándose una gran resistencia por parte del sector salud, esto sumado a la falta de recursos y al empobrecimiento del sistema público de salud, facilitó el desarrollo del sistema privado. Los profesionales que ya no tenían incentivos para trabajar en los consultorios municipalizados, se fueron a trabajar al sector privado que les ofrecía mejores sueldos, mejor ambiente de trabajo, y algunas posibilidades de capacitación. Esto sumado a los incentivos que el Gobierno Militar le dio al sector privado a través de las facilidades dadas a las ISAPRES, produjo un gran crecimiento de este sector en las grandes comunas urbanas del país. Este crecimiento se produjo tanto a nivel de los establecimientos secundarios y terciarios (Laboratorios, hospitales y clínicas), como también de establecimientos de tipo ambulatorios (centros médicos). Este crecimiento sumado al aumento en el nivel económico de la población, y a la mala imagen del sector público, ha llevado a que en las grandes comunas urbanas en muchos consultorios haya disminuido la demanda de consultas. Por otra parte, esta fuga de profesionales hacia el sector privado ha producido que en un número importante de municipios existan cargos vacantes que no es posible llenar a pesar de los sueldos y los incentivos, muchas veces importantes, que se les ofrecen. Esto se hace más crítico en las comunas rurales o urbano rurales.

Esta insatisfacción de los trabajadores de la salud, no se limita únicamente a los trabajadores de los consultorios municipalizados, sino que se generaliza a los trabajadores de todo el sistema de salud. Esto cristalizó fuertemente durante los años 1992 y 1993, en que se produjeron una serie de paros y protestas por parte de los diferentes grupos de trabajadores del sector salud, tanto de los niveles primarios como también, y principalmente, de los niveles secundarios y terciarios. *«tenemos también una gran insatisfacción de los profesionales que trabajan en salud y de los trabajadores del sistema de salud público y municipal: por sus ingresos, por los recursos económicos con que cuentan, por las condiciones de trabajo y por la minimización social de su actividad.»* (Estévez, 1993).

A continuación se analizarán algunos aspectos relacionados con el recurso humano: la pertenencia al sector salud; el número o disponibilidad; las remuneraciones; el régimen laboral, y; el clima laboral.

### 1. La pertenencia al sector salud

Miranda, (sf) plantea que mientras existió el SNS se produjo una relación de complementariedad entre este y el gremio médico. Esto se explica ya que, por un lado, el gremio velaba por el progreso y la corrección del ejercicio de la profesión a través de las universidades, entregando así el recurso humano en cantidad y calidad adecuados para trabajar en el SNS, y por otra parte, el SNS aseguraba a los profesionales un cargo, posibilidades constantes de capacitación y de especialización, y un trabajo estable.

Esta situación se puede también extrapolar a los otros gremios de la salud. Tenemos así que los profesionales y técnicos de la salud tenían asegurado al término de su formación, un cargo con posibilidades claras de ir subiendo en la escala profesional, incluso si la iniciaba en lugares extremos o aislados del país. Esto significó ampliar las coberturas de atención profesional en forma muy importante en el país ya que, a través de los Médicos Generales de Zona, se disponía de profesionales médicos en hospitales y consultorios de gran parte del país. Esta estadía le significaba a los médicos la posibilidad de aplicar en terreno sus conocimientos en forma práctica, y se abría la posibilidad para luego acceder a una especialización una vez pasados 2 o 3 años.

*«Hoy soy un firme convencido de que la única vía que debiera ofrecérsese al recién egresado es el duro y esforzado camino del Médico - General de Zona. Considero que esta práctica es fundamental en nuestra formación profesional; la creo indispensable de vivir antes de especializarse, ya que enriquece sustancialmente nuestra visión de la Medicina.»<sup>19</sup>*

Todo esto ligaba fuertemente al personal a la estructura de salud del SNS, dándoles un sentido de pertenencia a una entidad nacional, con un sentido de cuerpo, conformándose así, lo que hemos denominado sector salud.

Con la reforma del sistema de salud, la división del sistema en servicios autónomos y el proceso de municipalización sucedieron fundamentalmente dos cosas. Por una parte, se generó en todo el sector salud un gran rechazo a estos cambios que rompían esta unidad, siendo este rechazo aún más fuerte hacia la municipalización, ya que esta significaba salirse del sistema. Esto llevó al inicio de una serie de conflictos laborales que se han venido desarrollando desde esa fecha, que se sustentan en gran parte en la pérdida de beneficios por la no pertenencia al sistema. Por otra parte, se produjo una gran resistencia al cambio, lo que ha significado que los consultorios y establecimientos traspasados han seguido funcionando como parte del sistema de salud, ya que los profesionales y técnicos de la salud siguen sintiendo el fuerte lazo de pertenencia a un sector

determinado, el sector salud. Así, la gestión municipal se ha limitado en muchos casos a administrar los fondos entregados, siendo el Servicio de Salud, a través de sus diferentes departamentos técnicos, el referente lógico para los establecimientos de salud. Podemos decir que desde el punto de vista funcional los establecimientos de salud traspasados han continuado perteneciendo a los servicios de salud, mediado por un mecanismo administrativo más complejo de transferencias y firmas de convenios.

## 2. Cantidad de personal

Una de las preocupaciones planteadas por el Gobierno de Aylwin fue el problema de la falencia del recurso humano en salud, tanto en el sistema público municipalizado, como en el no municipalizado:

*«El Sistema Público de salud enfrenta una escasez de recursos humanos calificados en atención de salud, causado principalmente por bajos sueldos relativos, falta de incentivos para el ejercicio de profesionales en ciertas localidades geográficas y/o nivel primario de atención, falta de formación de algunos profesionales por parte del Sistema Universitario Chileno» (Ministerio de Salud, 1991a).*

**Tabla N° 5**  
**Consolidado Nacional de personal de salud traspasado a las municipalidades**  
**Años 1981 - 1988**

	Médicos		Dentistas		Enfermeras	Matronas	Otros Prof.	Auxiliares Param.	Administr.	Totales
	Dotac.	Ciclo	Dotac.	Ciclo						
1981 - 1985	76	68	106	27	76	62	65	754	84	1.462
1987 - 1988	536	35	471	17	287	206	280	2.348	381	5.124
<b>Total traspasados a abril de 1988</b>	<b>612</b>	<b>103</b>	<b>577</b>	<b>44</b>	<b>363</b>	<b>268</b>	<b>345</b>	<b>3.102</b>	<b>465</b>	<b>6.586</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud (1988). Departamento de Planificación. «Registro de establecimientos Asistenciales de atención primaria» Santiago, Junio de 1988. (actualización a Octubre de 1989)

Como se puede ver en la Tabla n° 5, la cifra total de recursos humanos traspasados fue de 6.586 personas. Al comparar el número de personal traspasado en relación a la dotación del SNSS del año 1989 (Ministerio de Salud, 1992f) tenemos que la relación entre traspasados y personal del SNSS no traspasado es de:

- médicos, el 13,2%
- dentistas 47,1%
- enfermeras 15,3%
- matronas 16,5%
- auxiliares paramédicos 14,3%
- administrativos 7,4%

Debido a que las dotaciones incluyen las cifras de personal que trabaja en hospitales, es difícil asegurar que el número de personal traspasado fue una cifra baja, estimando los datos de disponibilidad de personal por 1.000 habitantes, para el personal traspasado y la nómina del personal dependiente de los servicios.

Hasta el momento existe solamente la percepción de un déficit en el recurso humano municipal, que hasta ahora no se ha medido<sup>20</sup>. Es difícil cuantificar el déficit real global de recursos humanos a nivel municipal ya que el Ministerio de Salud no dispone de información actualizada sobre la cantidad y el tipo de personal que trabaja en los establecimientos municipalizados.

En estos últimos años se han realizado algunos estudios específicos, como el proyecto DISAL (Sistemas Integrales, 1992), en el cual se estimaron las tasas de personal que trabaja a nivel municipal. Este estudio, realizado durante el año 1991 analizó el número de los diferentes profesionales, en relación al número de beneficiarios definidos para el sistema público (expresadas en tasas por mil beneficiarios). Algunos de los resultados se muestran a continuación (Tabla nº 6)

**Tabla Nº 6**  
**Recurso humano sector público de salud.**  
**Tasa disponibilidad sector público por mil beneficiarios, Tasa de disponibilidad en el área municipal.**

Categoría	Tasa de disponibilidad Total (por mil)	Tasa de disponibilidad Servicios (por Mil.)	Tasa de disponibilidad Municipal (por Mil)
Médico	0,69 (0,38-1,06)*	0,58 (1,07-0,31)	0,12 (0,00-0,27)*
Enfermeras	0,33 (0,200,60)*	0,27 (0,53-0,11)	0,007 (0,0-0,12)*
Auxiliares	2,37 (125-4,21)*	1,91 (0,0-3,35)*	0,44 (0,00-0,79)*

\* Los datos entre paréntesis corresponden a los límites mínimos y máximos que se observaron en las tasas de los diferentes Servicios de Salud

**Fuente:** Sistemas Integrales, 1992.

Como se puede observar en la Tabla N° 6, la disponibilidad del personal en los establecimientos municipales es menor que la observada en el SNSS en general, en los tres estamentos analizados. Las mayores disponibilidades de médico a nivel municipal ocurren en la Región Metropolitana en los Servicios de Salud Norte, Central y Oriente. Las menores disponibilidades de médico ocurren en los Regiones II, IV (S. de S. Coquimbo), V (S. de S. Viña del Mar-Quillota), y XII, (S. de S. Magallanes). Además de la baja disponibilidad relativa de médicos en el sector municipalizado, debe tenerse en cuenta la elevada rotación y absentismo laboral, que se concentra en las comunas más pobres, y por con mayor número de beneficiarios.

La disponibilidad de enfermeras en el nivel municipal es superior a lo observado a nivel de los médicos. Aún así hay Servicios de Salud en que la disponibilidad es cercana al 0,03<sup>21</sup> (S. de S. Iquique 0,02; S. de S. Coquimbo 0,04; S. de S. Magallanes 0,04). Estos coinciden con los lugares con una menor disponibilidad de médicos.

Los auxiliares paramédicos son el grupo más numeroso dentro del personal de salud del país. La mayor disponibilidad se da en la región Metropolitana, estando las regiones de los extremos del país en peores condiciones.

Si comparamos las cifras de disponibilidad obtenidas con este estudio, con cifras calculadas en base al personal traspasado y las dotaciones del SNSS en 1989 y 1990 y la población beneficiaria estimada a las mismas fechas<sup>22</sup> (Tabla n° 7), vemos que la disponibilidad de personal ha mejorado en el servicio y en el municipio, con la excepción de la disponibilidad de enfermeras a nivel municipal que ha disminuido en un 81%. El aumento de la disponibilidad de los médicos a nivel municipal, entre 1989 y 1991, ha sido de un 39,2%, en relación al 5,2 % del aumento de disponibilidad de médicos que han tenido los Servicios. La disponibilidad de auxiliares, en el mismo periodo, ha tenido un aumento de un 27,3% en relación a la disminución de un 6,8% que han tenido los servicios.<sup>23</sup>

En una encuesta de opinión pública realizada por la Revista Vida Médica (Vida Médica, 1992), se preguntó sobre la percepción del público sobre la disponibilidad de médicos en diferentes tipos de establecimientos de salud, públicos y privados. La conclusión del análisis de los resultados mostró que la mayoría de los encuestados opinan que la disponibilidad de médicos en los Consultorios y Postas es baja.

En otro estudio realizado en el Servicio de Salud de Coquimbo (Gattini, 1992) se realizó un catastro del personal que trabaja en el servicio y en el municipio, encontrándose que del total de los trabajadores el 82,2% pertenece al servicio y el 17,8% restante es municipal. La tabla siguiente muestra la distribución porcentual del personal según tipo, en el servicio y en el municipio.

**Tabla N° 7**  
**Recurso humano sector público de salud. Tasa disponibilidad sector público por mil beneficiarios, Tasa de disponibilidad en el área municipal, 1989, 1990, 1991**

Categoría	Tasa de disponibilidad Servicios (por Mil)			Tasa de disponibilidad Municipal (por mil)		
	1989 <sup>3</sup>	1990 <sup>1</sup>	1991 <sup>2</sup>	1989 <sup>3</sup>	1990 <sup>1</sup>	1991 <sup>2</sup>
Médico	0,55	0,66	0,58	0,073	0,13	0,12
Dentista	0,13	0,10	0,063	0,078		
Enfermeras	0,24	0,28	0,27	0,37	0,089	0,07
Matronas	0,16	0,19	0,03	0,074		
Auxiliares Paramédicos	2,04	2,17	1,91	0,32	0,48	0,44
Administrativos	0,69	-	-	0,05	-	

<sup>1</sup> Informe personal municipal 1990, Ministerio del Interior, Subsecretaría de desarrollo Regional y Administrativo. Fuente: Ministerio de salud, 1992h; Ministerio de Salud, 1992g.

<sup>2</sup>Fuentes: Sistemas Integrales 1992 (ver tabla N° 6)

<sup>3</sup> Fuente: Ministerio de Salud, 1988, Ministerio de Salud 1992g.

**Fuente:** Gattini César, 1992.

**Tabla N° 8**  
**Distribución porcentual del personal según tipo, en Servicio de Salud y municipalidades (Coquimbo - 1992)**

Personal	Servicios de Salud	Municipio
Médico	6,7%	7,9%
Enfermera	3,9%	7,2%
Matrona	3,3%	5,8%
Nutrición	1,1%	1,9%
Auxiliar Paramédico	37,9%	39,9%
Otros	37,9%	47,2%

Como se puede observar en la Tabla N° 8, la proporción de profesionales médicos, enfermeras y matronas es mayor en los municipios que en el Servicio de Salud. Esto se explica debido a que la gama de profesiones que se requiere en los consultorios es menor que en los hospitales, y se agrupan en las profesiones anteriormente nombradas.

El estudio concluye que los datos existentes sobre recursos humanos tiene un doble tratamiento: el que depende del Servicio de Salud es registrado por el Ministerio de Salud, y el personal dependiente de la administración municipal tiene registros no integrados regularmente al sistema de información del sistema de salud, lo que impide la obtención de un diagnóstico actualizado. *«Es claro que la alta rotación del personal municipal, y los tipos de contratos individuales sin políticas particulares de fijación de sueldos, determina dificultades de conocimiento y características de la dotación real»* (Gattini; 1992/165).

Es así que el análisis de la disponibilidad de personal es difícil y sigue siendo poco aclaratorio, debido a que no se han determinados estándares óptimos de disponibilidad que garanticen una mejor atención de salud. Por otra parte, es difícil determinar si el proceso de municipalización ha incidido en la disponibilidad ya que, como se desprende de los diferentes estudios, la información existente no es la adecuada.

### 3. Régimen laboral

El cambio en el régimen de contrataciones del personal, desde la administración pública al DL. 2200, buscaba la flexibilización en la gestión del recurso humano. Mientras éste pertenecía a los Servicios de Salud, se hallaba en calidad de funcionario público. Al ser traspasados a la administración municipal, quedaron adscritos al Código del Trabajo, lo que otorga una mayor flexibilidad de acción al empleador. Sin embargo, el mismo cambio significó un deterioro significativo en las condiciones laborales del personal.

Esto se tradujo en un malestar permanente, expresado en conflictos laborales y paralizaciones. Por otra parte existe una gran falta de interés para llenar las plazas disponibles y se produce una alta rotación del personal especialmente médico. Todo esto sumado permite comprender en gran parte la resistencia del personal al proceso de municipalización. La pérdida de la Carrera Funcionaria para los funcionarios traspasados afectó su motivación y sus perspectivas laborales.

Los funcionarios de salud municipal, por el hecho de regirse por el Código del Trabajo, quedan sujetos a condiciones de inestabilidad laboral que puede ser usada discrecionalmente por las autoridades.

En realidad, la flexibilidad legal que determinó este nuevo régimen de contrataciones es más bien escasa, ya que la dotación de personal está determinada por las actividades programadas de acuerdo a las indicaciones técnicas del Ministerio de Salud. Así, el municipio no tiene posibilidades reales de gestionar de acuerdo a su percepción el recurso humano de los establecimientos bajo su cargo. Por otra parte el Estatuto de Atención Primaria recientemente aprobado por el Congreso limita aún más esta gestión, ya que determina dotaciones, remuneraciones y normas de

administración, que tienden a consolidar una estructura administrativo-funcionaria dependiente del nivel central de salud y rígida que se contradice con el espíritu de descentralización (Palma, Alvarado, Parra, 1986).

Así, los cambios en el régimen laboral implicaron para el trabajador la pérdida de una serie de prerrogativas que poseían previamente, y no significaron para el municipio la posibilidad real de mejorar la gestión de salud.

#### **4. Clima organizacional**

Respecto del clima organizacional existente entre los funcionarios se observa un alto grado de desmotivación, que se traduce en percepciones de falta de perspectivas futuras; ausencia de sentido de pertenencia a la Institución; no reconocimiento de su labor; falta de compromiso con su Institución; permanente comparación con funcionarios del Servicio de Salud que consideran de nivel superior. Es así como la mayoría de sus funcionarios ven la centralización como la tabla salvadora del sistema de la Atención Primaria Municipal (Friedmann y Heyermann, 1993).

En la encuesta de clima organizacional realizada por el «Proyecto DISAL» ellos detectaron que el clima organizacional en el sistema de salud era evaluado como malo en todos los Servicios de Salud y por la mayoría del personal encuestado, independiente de si pertenecían o no a la administración municipal.

##### **b. Recursos Físicos**

Por recurso físico nos referimos a la infraestructura, a los establecimientos propiamente tales, y también al equipamiento y los insumos.

La proyección y construcción de los establecimientos de salud sigue un procedimiento específico y estandarizado, basado en los datos de población, y se expresan en un programa arquitectónico. El proceso que se debe seguir para la construcción de un establecimiento de salud, se inicia con la detección de la necesidad generalmente expresada por la existencia de vacíos de cobertura. Estos vacíos de cobertura se refieren a los territorios en los cuales ningún establecimiento de salud tiene injerencia. Otra forma de iniciar este proceso es a través de la detección de la disfuncionalidad de un determinado establecimiento, lo que implica que este se deba remodelar, reponer, o ampliar. Una vez detectadas las necesidades, se formula el proyecto que es presentado a las fuentes de financiamiento. Tanto el tamaño como la localización van a depender de las características de la población que se quiere atender, como de las características geográficas que inciden sobre la facilidad de acceso al establecimiento.

Las normas del Ministerio de Salud establecen la conformación de cada tipo de establecimiento, definen la planta física con los diferentes recintos que deben existir, el equipamiento básico con que debe contar y la dotación del personal. Estas normas definen claramente los requisitos y las condiciones que deben existir en los diferentes tipos de establecimientos, por lo tanto el instrumento de evaluación de la estructura más utilizado es la acreditación. Esta acreditación consiste en el chequeo, en base a una lista definida (generalmente en base a la norma), de la existencia y del estado de los diferentes recintos, equipamiento, personal, e insumos. Esto va determinando un puntaje que caracteriza a cada establecimiento. La acreditación requiere la existencia de estándares con el fin de comparar. En el caso de los establecimientos de salud estos estándares están determinados en las normas vigentes. Como se mostró en la tabla nº 4, también es posible establecer indicadores para medir la disponibilidad y la adecuación de los recursos físicos.

Los establecimientos de nivel primario fueron entregados en comodato a los municipios a través de la firma de convenios, siendo ellos responsables del mantenimiento de estos<sup>24</sup>. En Enero de 1988, momento en que finaliza el período de traspasos, se habían entregado a la administración municipal 178 consultorios urbanos (91,7%), 117 consultorios rurales (100%), 993 postas rurales (100%), 491 estaciones médico rurales (38,5%) y 95 (100%) consultorios dentales (Minsal, 1988).

La mayoría de los servicios entregaron la casi totalidad de sus establecimientos a la administración municipal. Existen dos excepciones a este hecho. El primero se refiere a los establecimientos primarios del Servicio de Salud Central. Los traspasos se produjeron en el momento en que estos eran administrados por una corporación de derecho privado. Esta corporación administró el conjunto de los establecimientos de atención primaria del servicio y el hospital Paula Jaraquemada<sup>25</sup>. Debido al fracaso de esta experiencia, el servicio de salud retomó la administración de los establecimientos, no llegando a ser traspasados a los municipios. La otra excepción se refiere a los establecimientos del Servicio de Salud Aysén en la Región XI. Durante el año 1992 se revierte el proceso de traspaso efectuado en esa región motivado por las particulares condiciones geográficas y de distribución poblacional, que determinaron que la municipalización de establecimientos de nivel primario fuera considerada como un fracaso por diferentes instancias regionales (Duarte, 1993/11). Debido a la agregación de los datos generados a nivel local, es difícil comparar en un análisis global como es el que se realiza en este documento, lo sucedido en estos establecimientos en relación a los traspasados. En todo caso parece claro que los grandes problemas de estructura, financiamiento y procesos no difieren sustancialmente entre estas dos realidades.

**Tabla nº 9**  
**Establecimientos de nivel primario, Municipalizados y dependientes de los Servicios de Salud, 1984, 1990, 1992**

Año	Consultorio general urbano		Consultorio general Rural		Postas		Estaciones Médico rurales	
	Serv.	Munic.	Serv.	Munic.	Serv.	Munic.	Serv.	Munic.
1984 <sup>1</sup>	169	38	51	55	681	290	N/D	N/D
1990 <sup>2</sup>	13	194	4	126	4	1022	73	1205
1993 <sup>3</sup>	21	208	-	142	33	1.056	N/D	N/D

<sup>1</sup> Minsal 1987

<sup>2</sup> Galecio, Heyermann, Vergara, 1993 (2º Informe de Avance).

<sup>3</sup> Datos entregados en Minsal, Diciembre 1993

Actualmente, se estima que el sector público atiende a un total de 9.180.305 personas beneficiarias, de las cuales casi un 80% está asignada a establecimientos municipalizados. En definitiva, el sector municipalizado entrega acciones de salud a un 59% de la población del país.

El número de establecimientos primarios municipalizados ha venido aumentando desde el momento del traspaso.

A partir de Marzo de 1990 se han construido 21 Consultorios Generales Urbanos, 12 Consultorios Generales Rurales y 67 Postas rurales; y están en construcción actualmente 14 consultorios Generales Urbanos, 2 Consultorios Generales Rurales y 15 Postas Rurales.<sup>26</sup>

Por otra parte, como un componente del programa de reforzamiento iniciado en 1990 por la administración Aylwin, se promueve la implementación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia SAPU<sup>27</sup>, con el fin de mejorar la accesibilidad de la población a través de la extensión del horario de atención.

Los consultorios que implementaron SAPUS requirieron adecuaciones en el recinto, en el equipamiento y en el mobiliario de modo de permitir la implementación de un sistema de atención de urgencia. Esto se complementó con la entrega de ambulancias para el transporte y derivación de los pacientes que así lo requieran.

Este programa se inicia en Marzo de 1990 con 5 SAPUS, llegando actualmente a un número de 48 SAPUS en Operación, con un número de 1.200.000 consultas.

**Tabla n° 10**  
**Número de SAPUS, Consultas e incremento 1990-1993**

Año	SAPUS**	Consultas (n°)	Incremento (%)
1990	13	196.155	
1991	23	593.964	302%
1992	32	861.975	145%
1993*	48	1.200.000	139%

\* Cifras de consultas Proyectadas para 1993

\*\* N° de SAPUS en operación a Diciembre de cada año

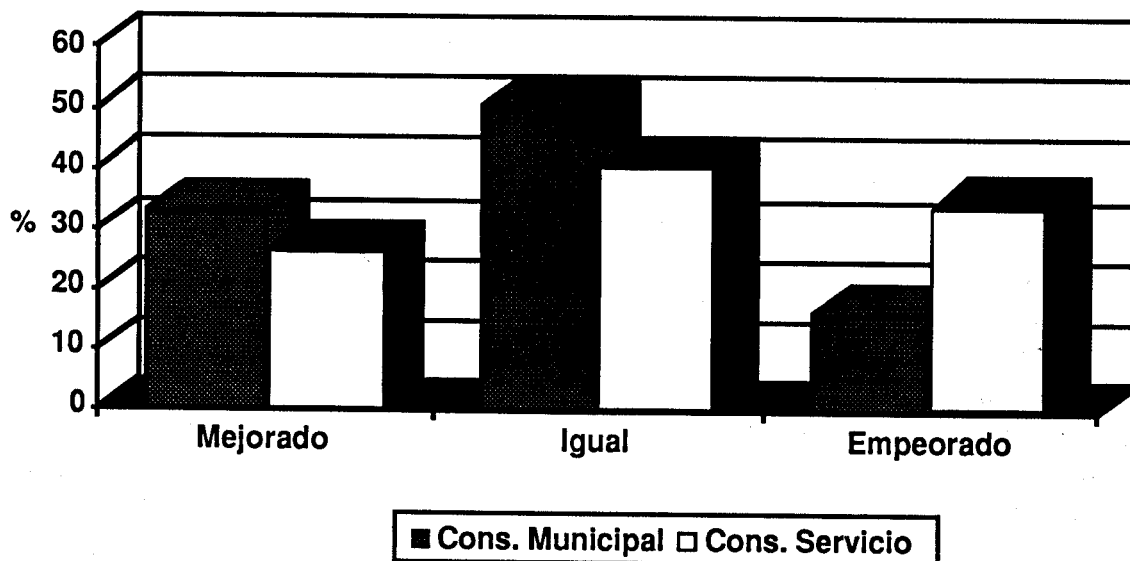
Fuente: DAP-MINSAL, Diciembre 1993.

Este sistema implementado para las comunas urbanas del país (26 de ellos se ubican en la Región Metropolitana), ha tenido una evaluación positiva por parte de los usuarios, destacándose que un 30% de los consultantes corresponden a grupos de población que anteriormente no accedía la nivel primario, principalmente por problemas de horario. El costo promedio de operación mensual de un SAPU tipo es de \$3.834.261, con un costo promedio por consulta de 1.369 pesos chilenos<sup>28</sup>.

En relación a los insumos, el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 1990) definió al inicio del Gobierno de Aylwin que existía una «*Falta de capacidad resolutive en el área de los exámenes de laboratorio y radiología, así como largas esperas de las interconsultas o acceso al sistema hospitalario para cirugía o alta tecnología de especialidad, debidas a falta de capacidad de personal, insumos de farmacia insuficientes, limitación del recurso exámenes de laboratorio, Rayos X e interconsultas al nivel secundario.*» Este diagnóstico está en la base del Programa de Reforzamiento iniciado en 1990, el cual destinó ese año una suma de 324,2 Millones de pesos para la compra de insumos y suministros de farmacia, para los establecimientos del nivel primario. Durante 1993 se transfirieron 917,5 Millones de pesos con este mismo fin (Fielbaum, 1994)<sup>29</sup>.

En la encuesta sobre percepción y opinión de la salud realizada por el Centro de Estudios Públicos CEP, los encuestados refieren que los mayores problemas de la salud pública en Chile es la falta de equipamiento médico, seguido del deterioro en la infraestructura, las bajas remuneraciones de los funcionarios y la poca disponibilidad de medicamentos. La percepción de los usuarios sobre los cambios en la disponibilidad de medicamentos en los consultorios municipales y del SNSS se presentan a continuación (Horwitz, 1993).

**Figura nº 4**  
**Cambios en la Disponibilidad de medicamentos en el último año.**  
**Según lugar de atención.**



Fuente: Estudio CEP Adimark, Junio-Julio 1993. (Horwitz, 1993).

Otra encuesta de satisfacción de los usuarios, realizada por la División Social del MIDEPLAN en Enero de 1993, muestra que al asignar notas de 1 a 7 a los diferentes aspectos de la atención de salud, el aspecto de disponibilidad de medicamentos se encuentra en el segundo lugar después del trato, con un puntaje de 5,47 en los consultorios con administración Municipal y de un 5,49 en los de dependencia de los Servicios de Salud (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993).

Como se puede concluir de las encuestas, la disponibilidad de medicamentos no parece ser actualmente uno de los mayores problemas sentidos por los usuarios del sistema público de salud.

#### c. Recursos Financieros

En el convenio de traspaso firmados entre municipios y Servicios de Salud se definió que al Municipio le correspondía administrar los recursos traspasados, y a los Servicios de Salud le correspondía el pagar mensualmente a los municipios las prestaciones otorgadas a los beneficiarios definidos en el traspaso, lo que se realiza a través de transferencias de fondos desde el Servicio de Salud al organismo respectivo (Departamento de Salud o Corporación de Derecho Privado).

Hernández (1993) refiere que existen dos modalidades principales de financiamiento para las actividades de salud de los establecimientos de nivel primario. Una corresponde a la Subvención de Salud, y la otra al Aporte Municipal. Otra modalidad de entrega de recursos, esta vez indirecta, es el sistema de inversión municipal destinado a reponer y refaccionar la infraestructura física de los establecimientos. Finalmente, estos últimos años se ha venido apoyando financieramente a los establecimientos de salud primarios a través del Reforzamiento para la Atención Primaria, que beneficia las comunas más pobres del país.

#### 1. Subvención de Salud - FAPEM Tradicional

Este sistema de financiamiento corresponde a la modalidad: Facturación por Atención Prestada en Establecimiento Municipal (FAPEM). En esta modalidad el Ministerio de Salud, a través del FONASA, define un «Arancel de Valores para Cobro de Prestaciones que Realicen las Municipalidades» que considera tarifas para las distintas acciones realizadas en los consultorios y el tipo de profesionales que lo otorga. Las acciones realizadas en los establecimientos son consolidadas mensualmente en un formulario especial de registro de actividades que se envía al Servicio de Salud correspondiente, el cual una vez revisado lo envía a su vez al FONASA para que este entregue los recursos pertinentes. La fuente de información utilizada para establecer las prestaciones otorgadas, y por lo tanto las que deben ser canceladas, es la información estadística regular de los establecimientos y no un registro específico administrativo contable. Lo que lleva implícito un problema en la confiabilidad de la información. Este sistema funcionó así durante un año, hasta abril del año 1982, en que debido al aumento importante de las actividades en los consultorios tras pasados, que hacían temer un desbalance en el presupuesto de salud, se determinó fijar un límite a los gastos municipales o techo máximo, el llamado «techo FAPEM» para la atención primaria. El techo se adoptó frente al explosivo aumento de prestaciones municipales en los primeros meses, en algunos casos provocado por los propios municipios para atraer mayores recursos.

A comienzos de cada año, el MINSAL y la SUBDERE establecen los techos regionales, que corresponden a los montos FAPEM máximos para cada región en conjunto. Este techo se estableció en función del gasto en atención primaria por parte del Ministerio previo al traspaso de los establecimientos. Este total de gasto fue captado conforme a la población beneficiaria del SNSS definida, con lo que se calculó un per cápita nacional, y con esta información se determinaron los techos regionales al aplicar este valor a las poblaciones regionales. La Intendencia Regional es la responsable de la distribución del techo mencionado, fijando montos máximos a percibir por cada comuna de su Región de acuerdo a los parámetros locales que definen su realidad específica, con la asesoría del SEREMI de Salud. Cuando la facturación es superior al techo, el Servicio de Salud respectivo sólo puede pagar hasta el techo definido.

Como una manera de financiar las actividades de salud a nivel municipal, estos últimos cuatro años se ha venido entregado la totalidad del monto definido por el techo, a la mayoría de los municipios del país<sup>30</sup>. En la práctica, actualmente este mecanismo no funciona como una facturación sino como una forma de asignación presupuestaria, y el sistema de información creado para calcular la facturación sirve en la actualidad exclusivamente para discriminar entre aquellas comunas que no logran producir al menos tantas prestaciones como las necesarias para alcanzar su techo, de aquellas que lo sobrepasan.

**Tabla nº 11**  
**Techo FAPEM nacional 1988 - 1991 y su variación porcentual anual**  
**(Miles de pesos chilenos, 1991)**

Año	Monto	Variación
1988	13.724.841	
1989	14.558.355	6,34%
1990	13.872.067	- 4,71%
1991	18.186.051	31,1%

**Fuente:** Departamento de Coordinación e Informática , Ministerio de Salud 1992f.

El área de los recursos financieros constituye generalmente uno de los problemas críticos de la gestión municipal. Es así que en la encuesta realizada por el Proyecto ILPES-MINSAL-OPS los entrevistados (Directores de Servicios de Salud y SEREMIS de Salud) definieron cuatro grandes grupos de problemas relacionados con el sistema de financiamiento municipal: los montos involucrados; los mecanismos de asignación de recursos utilizados; la administración de los recursos; y los efectos que produce. Los problemas se desglosan en la tabla siguiente.

**Tabla nº 12**  
**Deficiencias del sistema de financiamiento de la salud municipal**

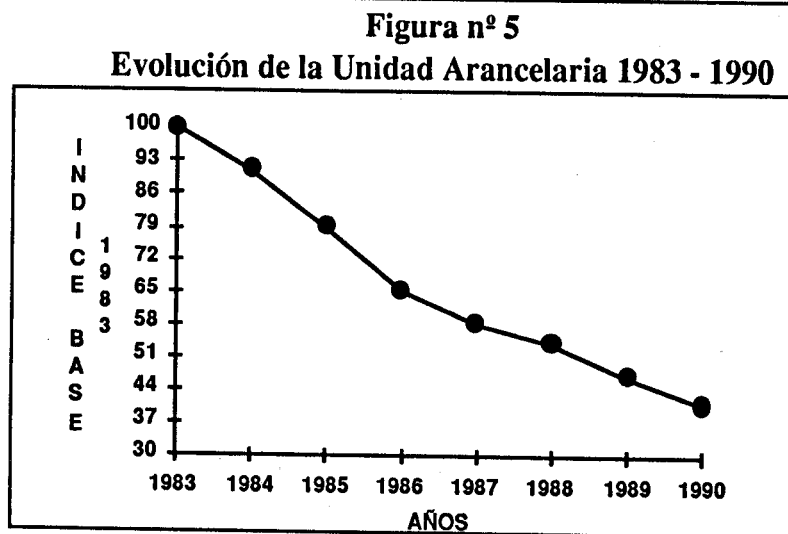
<b>Monto</b> Tiene un techo, es insuficiente Inexistencia de reajustabilidad de la unidad arancelaria
<b>Asignación</b> Asignado con criterios arbitrarios Asignación histórica Asignación por población enferma, no población sana No hay participación local No se incorporan otros elementos de valoración como ruralidad
<b>Efectos en las actividades</b> Favorece lo curativo sobre lo preventivo Sub-valoriza acciones desestimulando acciones específicas Carece de incentivo para mejorar la gestión No estimula nuevas actividades
<b>Administración del sistema</b> La administración de los fondos está centrada en el Secretario ejecutivo de las corporaciones privadas No hay sistemas de control

**Fuente:** Friedmann y Heyermann (1993).

El sistema de financiamiento FAPEM ha recibido numerosas críticas. Entre estas se destacan las siguientes:

1. Se privilegia las acciones curativas sobre las preventivas. Esto se debe a que los aranceles fijados para las actividades curativas son mayores que los fijados para las actividades preventivas. Esto determina que a los establecimientos y a los municipios, les convenga más realizar las actividades que le significan una mayor devolución de arancel.
2. No hay asociación entre el financiamiento y los resultados medidos tanto a nivel de impactos (estado de salud de la población), ni por resultados específicos (coberturas de vacunaciones por ejemplo). Por otro lado, se privilegia la cantidad de acciones realizadas por sobre la calidad de estas.
3. No se diferencian las atenciones prestadas en comunas con diferentes condiciones geográficas, demográficas, y socio económicas. Esto se contradice con el hecho de que las comunas pobres tienen costos de operación más elevados que las comunas ricas, debido a los desplazamientos que deben realizar los equipos de salud, los diferentes salarios por condiciones de aislamiento, etc.

4. No hay incentivos para el refuerzo de las acciones en los sectores más pobres, ya que las acciones valen lo mismo en las comunas ricas que en las pobres.
5. El mecanismo FAPEM condiciona la realización de las actividades contenidas en el arancel, principalmente las más valorizadas, desmotivando a los establecimientos a establecer actividades que no estén contenidas en este listado. Esto va en desmedro de la autonomía y la capacidad de gestión local.
6. Las comunas de mayores ingresos se ven favorecidas al tener mejor capacidad para contratar personal, con lo que realizan mayor número de acciones y facturan mas recursos.
7. **Relación con el sector privado.** El mecanismo de FAPEM no ha estimulado la relación con el sector privado ya que, por un lado, la compra de servicios al sector privado está limitada por la estrechez de los aranceles, debiendo solicitarse financiamiento adicional al Ministerio para la realización de exámenes de necesidad en el sector privado. Por otra parte, la venta de servicios al sector privado también ha sido bastante limitada, debido a las restricciones físicas y de equipamiento existentes y a la baja percepción de calidad del sector público, por parte de los usuarios.
8. **Déficit municipal.** Una de las causas del déficit producido se debe a la caída que ha tenido la Unidad Arancelaria, que es la base del cálculo de los aranceles fijados para la facturación de las prestaciones a través del FAPEM. Esta caída alcanzó a más de un 60% real entre 1983 y 1990, según se grafica a continuación:



Fuente: Friedmann, y Heyermann, 1993.

Este deterioro del valor real de las unidades de subvención ha producido una disminución en el valor real recaudado por los Municipios y las Corporaciones Municipales encargadas de administrar servicios de salud, lo que ha significado que los municipios generen importantes déficits que deben ser absorbidos por las municipalidades. De esta forma, el aporte municipal destinado teóricamente a las inversiones se ha volcado a la operación de los establecimientos.

La diferencia entre los gastos de operación y el FAPEM asciende a más de 4,5 millones de pesos chilenos (Friedmann y Heyermann, 1993) para los establecimientos de salud, de acuerdo a lo mostrado en la tabla siguiente.

REGIONES	DIFERENCIA (gastos - Ingresos operacionales.)	% Diferencia (Diferencia/gasto)
I	48.221	19,30 %
II	181.798	40,33 %
III	79.541	25,72 %
IV	53.815	9,13 %
V	330.957	27,64 %
VI	205.333	24,07 %
VII	258.962	19,92 %
VIII	614.292	28,18 %
IX	149.333	18,27 %
X	270.343	18,26 %
XI	45.615	24,97 %
XII	85.953	45,77 %
Región Metropolitana	2.240.098	34,95 %
<b>TOTAL</b>	<b>4.564.261</b>	<b>28,61 %</b>

**Fuente:** Programa de Asesoría de la Fundación Friedrich Ebert: «El sistema Financiero municipal Chileno», Santiago, Enero 1992, p. 49, citado en Friedmann y Heyermann (1993).

## 2. Aporte Municipal

La segunda modalidad de financiamiento de Salud Municipal corresponde al aporte por transferencia del respectivo municipio.

En efecto, cada año debe ser destinado un porcentaje de los recursos entregados por el Fondo Común Municipal (FCM), a los establecimientos municipalizados del nivel primario. El concepto original de esta transferencia municipal era entregar para la mantención y recambio de equipos,

para inversión, ampliaciones, etc. Pero en la práctica la mayoría de los municipios ha debido destinar estos fondos para cubrir la diferencia que existe entre la operación del sistema y los recursos que entrega el Ministerio, a través del FAPEM. Esto significó en muchos casos, quedar sin capacidad de respuesta a las necesidades de infraestructura de los Consultorios. Uno de los principales problemas de gestión a nivel de la atención municipalizada se refiere *«a la falta de financiamiento en un número importante de comunas, en que el aporte municipal es bajo o nulo»* (Fuentes, 1993).

Duarte (1993a) estima que del total de los recursos disponibles por los municipios para administrar los establecimientos primarios el 74,1% proviene del FAPEM, el 21,8% de aportes municipales y un 4,1% del Programa de Reforzamiento<sup>31</sup>. Estos porcentajes varían de una comuna a otra, llamando la atención el hecho que al comparar en la Región Metropolitana, las comunas de mayores ingresos tienen un porcentaje mayor de aporte municipal y también FAPEM. En las pobres ocurre a la inversa. Este hecho se explica en parte porque las comunas de mayores ingresos pueden destinar un monto mayor de sus recursos a la salud. El mayor FAPEM podría deberse al hecho de que en la fijación de los techos no se tuvo en cuenta un criterio de distribución según pobreza.

### 3. Sistema de inversión Municipal

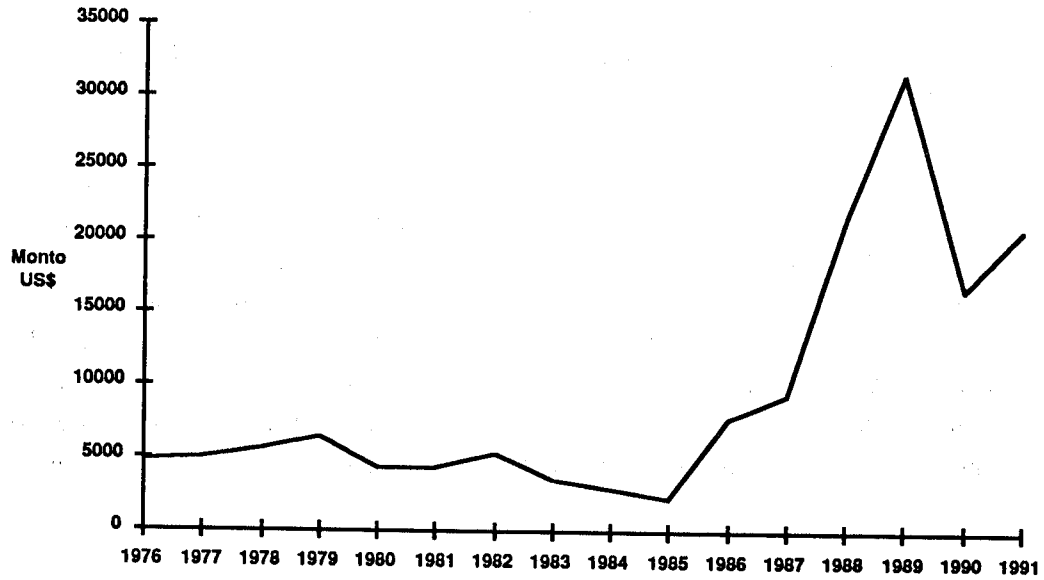
Otro mecanismo de transferencia de recursos desde el gobierno al municipio es el destinado a inversiones.

La principal fuente de financiamiento para inversión corresponde al Fondo Nacional para el Desarrollo Regional FNDR. Sus objetivos principales son la materialización de Programas y Proyectos para establecimientos de atención primaria y Hospitales tipo 3 y 4. Los proyectos a desarrollar se refieren a construcción, reposición, ampliación, mejoramiento y/o equipamiento. Este fondo fue financiado totalmente por el Gobierno Chileno entre 1976 y 1984, y a partir de 1985 el FNDR recibió el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo BID en un 44% del total de los recursos del fondo. En marzo de 1990 se firmó un nuevo contrato de préstamo con el BID, implementando una nueva etapa de Inversiones Múltiples por 4 años en que la participación del BID corresponde a un 70% de los recursos involucrados. Actualmente está en estudio un nuevo convenio FNDR-BID.

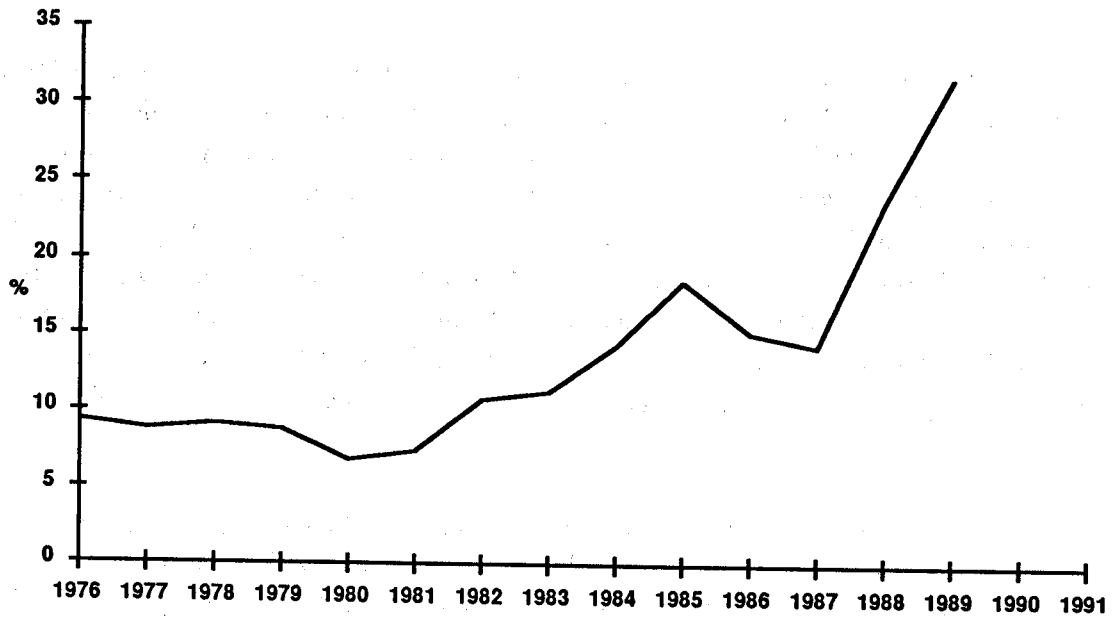
Los recursos provenientes de esta fuente sirven para financiar proyectos de los sectores socioeconómicos más bajos en los sectores de salud, saneamiento básico, educación y vivienda. El promedio de inversión anual para salud por esta fuente, entre los años 1976 y 1989, fue de 17 millones de dólares con un fuerte incremento a partir del año 1988 (Figura nº 6).

Figura nº 6

INVERSIÓN EFECTIVA EN SALUD DEL FNDR  
(Miles de Dolares, a Julio 1991)



INVERSIÓN EFECTIVA EN SALUD DEL FNDR  
(% del total)



#### 4. Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria

A partir de 1990, se implementó en el país el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria. Este programa se originó en la necesidad de reforzar las actividades que ejecutan los establecimientos primarios a través de una serie de programas específicos como fueron la creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia SAPU, el apoyo para la contratación de personal para la atención en horario vespertino (Terceros Turnos), el apoyo en la compra de medicamentos, financiamiento e implementación de laboratorios básicos, contratación de personal y compra de insumos básicos en establecimientos rurales, recursos para los SAPUS dentales, contratación de personal y compra de insumos para el programa de obstrucción bronquial, etc. La transferencia de los recursos financieros involucrados en estos programas, es independiente del FAPEM, realizándose los traspasos directamente entre los servicios de salud y los municipios, de acuerdo al costo de los programas ejecutados.

Este programa de reforzamiento se focalizó en comunas con mayor pobreza y daño en salud. La selección de las comunas fue realizada en un primer momento por el Ministerio de Salud en su Departamento de Atención Primaria, tras recoger la opinión y las propuestas de los servicios de salud y los municipios. A partir del año 1993 se introdujo una modificación en el modo de asignar los recursos, con lo que actualmente los servicios de salud tiene un mayor poder de decisión para la determinación de las comunas a las cuales se dirigirá este reforzamiento. El Ministerio a través del Departamento de Atención Primaria fija los montos totales, o techo presupuestario, por Servicio de Salud, y es el Servicio el que distribuye este monto.

A través del Decreto Presidencial nº 513 del 10 de Julio de 1990, se determinó la gratuidad de la atención primaria para todos los consultantes al nivel primario de atención, sean estos beneficiarios o no. Para suplir el costo que esto implica se definió la transferencia vía Servicios de Salud de un fondo para la gratuidad de estas atenciones.

El año 1990, se transfirieron un total de 1.251,3 Millones de pesos para la Gratuidad de la Atención Primaria, Salud Rural, Farmacia, Insumos, Laboratorios, Unidades Móviles, SAPUS, Terceros Turnos y aumento de personal. A partir del año 1991, un porcentaje de estos fondos, destinados a dar continuidad a las inversiones del año anterior, se canalizaron vía el mecanismo FAPEM. Esto implicó en algunos casos de actividades nuevas, la creación de nuevos formularios de recolección de información.

*«El Sistema no ha entrado en colapso gracias a los estratégicos reforzamientos entregados por el Ministerio y los Servicios de Salud (Programas especiales, reforzamiento de jornadas normales, apoyos en farmacia, servicios de atención primaria de urgencia, etc.), a las localidades más deficitarias» (Fuentes, 1993).*

**Tabla nº 14**  
**Valores de población y recursos financieros en el Sector Municipalizado de salud, 1989-1992**

	1989	1990	1991	1992
Población <sup>(1)</sup>	7.831.363	7.739.502	7.577.955	7.302.995
FAPEM <sup>(2)</sup> (Millones)	2.692,7	2.598,1	2.987,5	3.362,7
Variación %		- 3,5%	10,9%	24,9%
Reforzamiento <sup>(2)</sup>			314,5	495,7
Total Aporte MINSAL <sup>(2)</sup>	2.692,7	2.598,1	3.301,9	3.858,5
Variación (%)		-3,5%	22,6%	43,3%
Transfer. Municipales <sup>(2)</sup>		677	834	1.146
Variación (%)			23,2%	69,3%
Recursos Totales <sup>(2)</sup>	2.692,7	3.275,1	4.135,9	5.004,5
Variación (%)			26,3%	52,8%

<sup>(1)</sup> Cifras estimadas según encuesta Casen 87 - 90. Departamento de Planificación MINSAL.

<sup>(2)</sup> Valores por persona beneficiaria asignada a establecimientos municipalizados en pesos Diciembre de 1992.

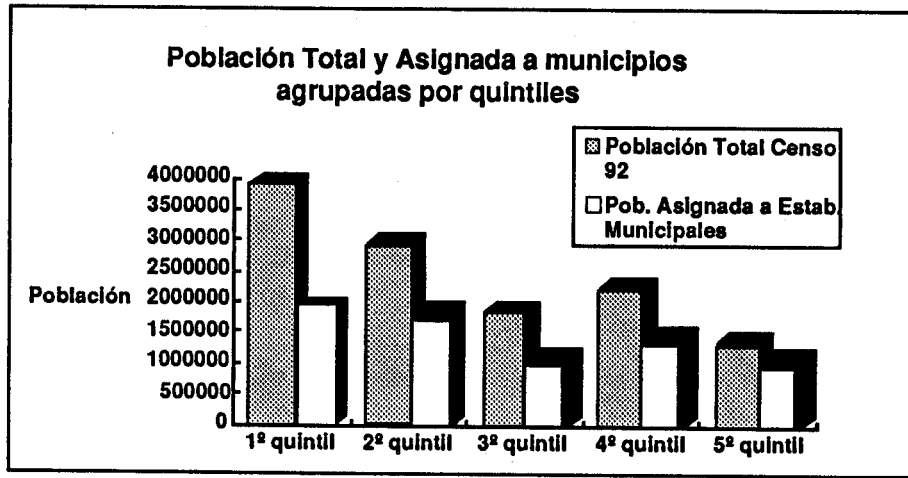
Fuente: Duarte, Dagoberto (1993b).

En esta Tabla 14 se puede observar que la población beneficiaria del sector público ha disminuido en un 6,5% desde 1989, sin duda debido al aumento de los beneficiarios del sector privado (ISAPRES). Por otra parte, la transferencia de recursos vía FAPEM han aumentado en un 16,5% en términos reales, esto implica que en 1989 se asignaban \$2.692 pesos por persona y en 1992 esto aumentó a \$ 3.362 (25% de aumento real). A partir de 1991 se agregan los recursos asignados vía reforzamiento. Al sumar el total de las transferencias desde el Ministerio de Salud se ve que el aumento existente entre el año 1989 y el año 1992 asciende a un 43%.<sup>32</sup>

Las transferencias municipales (aporte municipal) también han aumentado en el período.

Duarte (1993b) al clasificar la población según quintiles de ingreso, determinó que en el quintil 5, que representa al 20 % de los municipios con menor capacidad económica, se encuentra el 31,9% del total de la población y el 25,7% de la población asignada. La población asignada equivale al 79,8% del total de la población. A su vez, en el Quintil 1 la población asignada equivale al 48,3%. Esto se explica porque en el quintil 5 se agrupan las comunas rurales pequeñas, en las cuales el 100% de la población es asignada a establecimientos públicos con escasa participación del sector privado (ISAPRES).

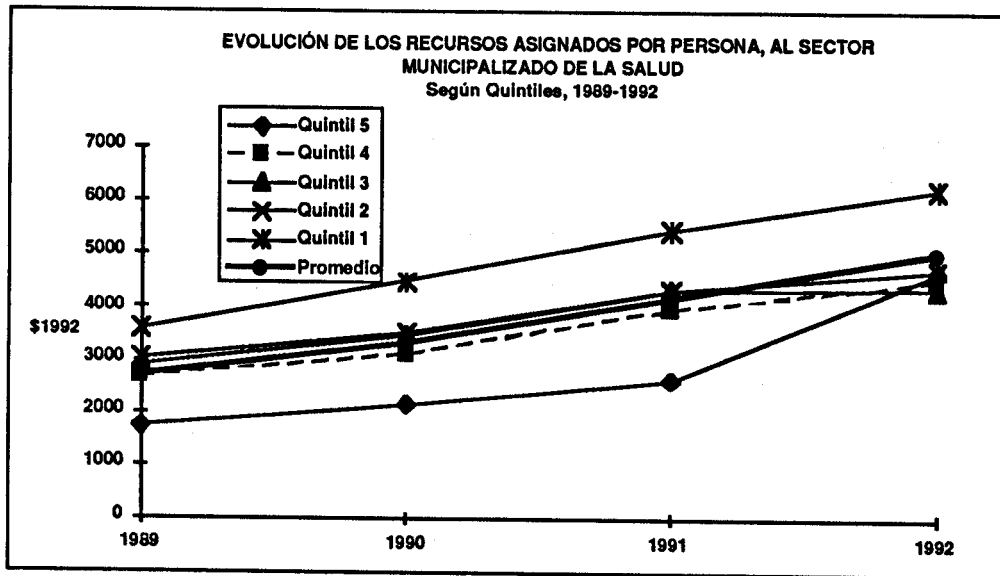
Figura n°7



Fuente: Duarte, Dagoberto (1993b).

Al analizar los recursos financieros asignados a los establecimientos primarios según el quintil en que se encuentre, se ve que el monto total ha aumentado en un 44% en términos reales, y si este monto se relaciona por persona beneficiaria, el porcentaje aumenta a un 53%. El mayor aumento total se observa en las comunas con menores ingresos, pero al relacionarlas con el número real de personas beneficiarias<sup>33</sup>, estos continúan siendo menores que en las comunas de mayores ingresos, como se puede observar en el figura siguiente (Figura n° 8).

Figura n° 8



Fuente: Duarte, Dagoberto (1993b).

Duarte concluye que:

1. Entre los años 1990 y 1992 se ha producido un fuerte aumento de los recursos financieros asignados al sector salud. Este alcanzó a un 53% de aumento por persona beneficiaria en términos reales. Este mayor nivel de gasto no parece haberse traducido en mejoras substanciales en el nivel de las prestaciones, si se toman en cuenta las opiniones y percepciones de los usuarios.
2. En el mismo periodo, se ha mejorado la focalización en la asignación de los recursos, pero esta sigue siendo insuficiente. Una mejor focalización implicaría disminuir aportes a las comunas con mayor capacidad económica, lo que es poco factible políticamente.
3. Los aportes municipales son mayores en términos absolutos en las comunas más ricas, pero las comunas más pobres hacen un mayor esfuerzo de aporte propio en proporción a sus ingresos municipales totales. El aporte municipal contribuye así a aumentar las diferencias entre las comunas de mayores ingresos y las más pobres.

En resumen, tenemos que los municipios están destinando una proporción importante de sus ingresos a la salud, principalmente al rubro remuneraciones de los funcionarios de salud. Es así que una proporción alta de las transferencias financieras vía FAPEM se utilizan para estos efectos. Con este diagnóstico, a partir del año 1990 el Ministerio de Salud, creó el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria con el fin de apoyar a los municipios en la contratación de personal, la compra de equipos, insumos de farmacia y vehículos, y en el desarrollo de programas específicos (laboratorios, SAPUS y terceros turnos). Esta mayor entrega de recursos no le significó una mayor flexibilidad para actuar a los municipios ya que los servicios son los que determinan donde y para qué se van a utilizar los recursos transferidos. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el mecanismo de transferencia financiera vía FAPEM no es bueno, y tiene una serie de inconvenientes. Esto ha llevado al gobierno a estudiar una posible reforma del sistema, transformándolo en un sistema de asignación que no dependa de las actividades realizadas, sino que se calcule en base al número de beneficiarios totales del establecimiento en cuestión. Este proyecto se encuentra actualmente en la etapa inicial de aplicación.<sup>34</sup>

## V. Factores de Proceso

Los factores de proceso dan cuenta de la forma en que se están utilizando y la gestión de los recursos para el logro de las metas y objetivos propuestos. El análisis de los procesos da muestra de como está funcionando el sistema. El determinar la existencia de los factores que dificultan estos procesos es fundamental para buscar los mecanismos adecuados para controlarlos, y por otro lado, determinar claramente los factores que los facilitan, de modo de optimizar los cambios.

Podemos distinguir dos tipos de procesos: Los de *aplicación* que corresponden a las actividades de intervención propiamente tal de un programa o proyecto determinado, y las de *gerencia* que corresponden a los mecanismos administrativos internos que se desarrollan para llevar a cabo la intervención. En el proceso de municipalización podemos considerar que los procesos de aplicación corresponderían a las actividades propias de los establecimientos de salud, a la participación de los usuarios y a las diferentes actividades intersectoriales, y los de gerencia corresponderían a los mecanismos administrativos que se desarrollan para la gestión de estos establecimientos.

### a. Procesos de aplicación

Por procesos de aplicación entendemos las actividades propias de salud. Entre estos se pueden identificar las actividades asistenciales realizadas, las actividades de capacitación y difusión, los diferentes mecanismos de coordinación y sus resultados, la participación de la comunidad, y las actividades con componente intersectorial. Estos son generalmente los más estudiados. Gran parte de la información generada en los establecimientos es integrada al sistema de información de salud.

El análisis cuantitativo de las actividades realizadas por el sector es una actividad que se realiza en forma periódica en los establecimientos de salud y en los servicios de salud correspondientes. Este análisis consiste en relacionar el número de actividades realizadas al momento del control, y compararlos con las actividades esperadas en relación a lo programado, con el fin de ir evaluando el grado de cumplimiento de los diferentes programas.

Otro tipo de análisis realizado periódicamente por los establecimientos consiste en estudiar los indicadores de coberturas de determinadas actividades. Estos analizan el número de actividades realizadas en relación a la población a la cual se debiera atender. Las cifras se expresan en tasas que relacionan el número de actividades con la población, expresadas en actividades por 100, 1.000 o 10.000 habitantes. Todos estos son criterios de análisis que miran los procesos desde el punto de vista cuantitativo.

Los análisis cualitativos buscan evaluar la calidad de las actividades prestadas, y son realizados menos frecuentemente por los establecimientos.

A continuación revisaremos algunos aspectos de las actividades de salud realizadas por los establecimientos, datos de accesibilidad y capacidad resolutive de los establecimientos, los mecanismos de coordinación y supervisión técnicas, y analizaremos dos actividades específicas: el Programa Ampliado de Vacunaciones, y el Programa de Control del Cáncer Cervicouterino.

## 1. Actividades de salud

El financiamiento vía FAPEM determinó, como se vió anteriormente, una progresiva disminución del componente preventivo de las acciones en favor de la atención médica curativa. Esto se debe a que las actividades curativas implican el pago de un arancel mayor debido al tipo de instrumento utilizado para su ejecución (generalmente médicos) y, por otra parte, al hecho de que algunas de las actividades de tipo preventivos no están consideradas en los aranceles. En algunos casos, la disminución de las actividades en el nivel primario se puede explicar por el aumento de la oferta de servicios por parte del sector privado (centros médicos y consultas particulares) que atraen a los sectores con mejores posibilidades económicas. Esto último incide principalmente a nivel de las consultas médicas y es algo menor en los controles de salud.

Los anuarios e informes realizados por el Ministerio de Salud, entregan la información sobre el número de actividades realizadas por los diferentes profesionales y técnicos acumulada por Servicio de Salud, lo que comprende tanto a los establecimientos municipalizados, como también a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud. Esto dificulta analizar la situación real de lo que sucede a nivel del total de establecimientos municipalizados, ya que a pesar de que los Servicios disponen de una proporción pequeña de establecimientos primarios propios, vale decir consultorios y postas, existe un porcentaje importante de acciones de nivel primario realizadas en Hospitales Tipo 4, que disponen de consultorios adosados. Es así que para analizar lo que ha sucedido en establecimientos municipalizados es necesario referirse a estudios específicos, en que se haya desagregado la información por tipo de establecimiento.

En la siguiente tabla se muestra un estudio realizado por el Departamento de Planificación del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 1992d), que indica la evolución de las consultas dadas por médicos, por otros profesionales y por auxiliares en los dos primeros trimestres del año 1992. Estas consultas están calculadas en consultas por cada 1.000 habitantes. Las cifras muestran que la tasa de consultas dadas por médicos es mayor a nivel de los establecimientos del SNSS no traspasados (37 consultorios y 24 postas no traspasadas) que en los establecimientos municipales (337 consultorios y 1.056 postas). Esto posiblemente se deba a la mayor disponibilidad de profesionales médicos en los establecimientos dependientes de los servicios de salud, ya que un número importante de las consultas médicas se entregan en los consultorios de atención primaria adosados a hospitales (Gattini, 1992/110). Esta situación se revierte a nivel de los indicadores de consulta de los profesionales no médicos y auxiliares.

Tanto las tasas de consulta a nivel de los S. de S. y de los municipios disminuyen entre el primer trimestre y el segundo trimestre, con excepción de las consultas por auxiliar y las obturaciones dentales a nivel municipal.

**Tabla n° 15**  
**Tasas\* de Consultas en el nivel primario S. de S. y municipal**  
**1° y 2° trimestre 1992**

Dependencia	Consultas médicas		Consultas profesional no médico		Consultas auxiliar de enfermería		Obturaciones dentales	
	1° trim	2° trim	1° trim	2° trim	1° trim	2° trim	1° trim	2° trim
S. de S.	88,5	84,0	33,9	32,4	7,7	7,1	-	-
Municipios	68,1	67,2	66,6	62,9	26,3	26,9	7,2	7,6

\*: Las tasas están calculadas por mil habitantes

Fuente: Ministerio de salud.1992d

Gattini (1992), calcula las tasas de actividades totales realizadas por la totalidad del personal, en los diferentes tipos de establecimientos de un Servicio de Salud. Los resultados son los siguientes.

**Tabla n° 16**  
**Tasa de actividades totales realizadas, según instrumento y tipo de establecimiento**  
**Servicio de Salud Coquimbo, año 1991**

Establecimiento	Total	Médico	Enfermera	Matrona	Auxiliar
Cons. Rural	24.345	7.443	3.101	4.614	9.186
Cons. Urbano	21.129	7.820	3.624	3.638	4.131
Cons Adosado	24.193	13.258	3.636	4.019	1.328
Total	22.799	10.229	3.585	3.892	3.300

Fuente: Gattini César (1992).

Como se puede observar en la tabla, los médicos realizan una proporción importante de las actividades de nivel primario, en los consultorios adosados a los Hospitales Tipo 4. En el caso de los auxiliares ocurre a la inversa. Si estimamos que esto ocurre a nivel de todos los Servicios de Salud, y que los datos de actividades de nivel primario incluyen las actividades realizadas en los

consultorios adosados, además de la proporción de consultorios de dependencia de los servicios, hace muy difícil determinar lo que sucede específicamente en los establecimientos municipalizados.

Así, aunque las cifras globales han ido aumentando, no es posible determinar con claridad que es lo que sucede específicamente a nivel de los establecimientos municipalizados.

## 2. Accesibilidad y Capacidad resolutiva

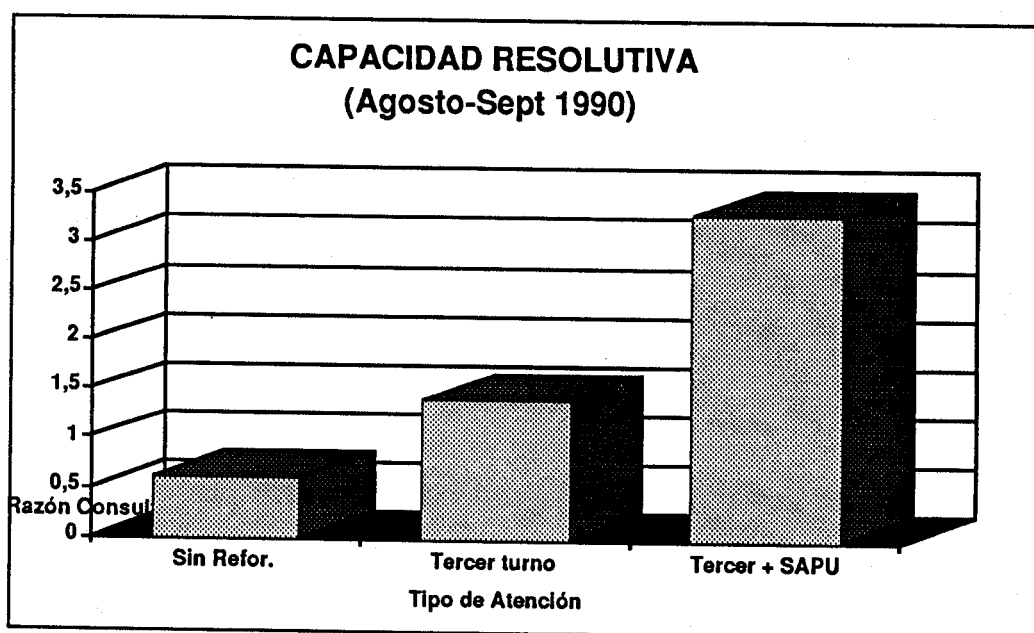
Las evaluaciones realizadas por el Gobierno de Aylwin, durante los primeros meses del año 1990, destacan como uno de los problemas más importantes a nivel primario, la falta de capacidad resolutiva y de accesibilidad de los establecimientos. Por capacidad resolutiva se entiende el poder real que tiene un establecimiento para solucionar los problemas de salud de la población a su cargo. Por accesibilidad se entiende las facilidades o inconvenientes que condicionan el uso de los servicios por parte de los usuarios.

### Capacidad resolutiva

Existen numerosas formas de medir la capacidad resolutiva de los establecimientos primarios. Un indicador propuesto por Symeán (Medina, 1984) juzga la capacidad resolutiva de los servicios sobre la base de cuantificar la proporción de pacientes que requieren referencia a los niveles secundarios o terciarios (capacidad resolutiva cualitativa), o bien el cálculo de la relación entre la demanda de servicios, estimada sumando las consultas realizadas y los rechazos, y las consultas realmente efectuadas (capacidad resolutiva cuantitativa). Según estos indicadores, Medina estima que el año 1982, los consultorios y postas rurales resuelven el 92% de las consultas, en relación al 94% de resolución de los consultorios adosados a hospitales. Estas cifras se refieren a la atención prestada por médicos. Al estimar la capacidad resolutiva de los auxiliares se observa que estos resuelven el 65% de las consultas en las postas rurales, el 77% en los consultorios, y un 38% en los consultorios adosados. En relación a la capacidad resolutiva por tipo de problema en las postas rurales, la patología con mejor capacidad resolutiva es la patología respiratoria con un 96%, le sigue la patología maternal y los accidentes con un 89%, las afecciones genitourinarias con un 87%, un 71% de las tuberculosis, y 67% de los casos de diabetes. En los consultorios rurales se resuelven un 93% de los enfermos respiratorios, un 87% de los pacientes con problemas del sistema nervioso, un 86% de la patología digestiva, y un 55% de la demanda oftalmológica. Debido a la falta de información, es difícil hacer estimaciones del comportamiento actual de estos indicadores. Pero, a inicios del Gobierno Aylwin, existía la percepción generalizada, de que durante la última década se produjo una disminución de la capacidad resolutiva a nivel de los establecimientos de salud primaria.

En base a este diagnóstico inicial, estos últimos cuatro años se implementaron una serie de estrategias para mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos primarios. Una de las estrategias más importantes para mejorar la capacidad resolutive y la accesibilidad, fue el aumento de los horarios de atención, a través de la implementación de terceros turnos, y SAPUS. En una evaluación realizada en Septiembre de 1990 se calculó la capacidad resolutive, calculada como la razón entre consultas comunes y las consultas de urgencia, de consultorios sin programa de reforzamiento, consultorios con terceros turnos y consultorios con terceros turnos y SAPUS. Los resultados se muestran a continuación.

Figura nº 8



Fuente: Exposición Ministro Jiménez «Atención Primaria de Salud», Julio 1992. (Jiménez, 1992)

Como se ve en el gráfico, el reforzamiento por medio de estas estrategias ha mejorado la capacidad resolutive de los consultorios de nivel primario, calculada con esta metodología.

Otra línea estratégica para mejorar la capacidad resolutive ha sido la implementación de un programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Este programa consiste en que el consultorio está capacitado para solucionar los problemas bronquiales agudos, a través de un sistema de hospitalización abreviada, con equipamiento específico y personal capacitado (Kinesiólogos).

La creación de Laboratorios Básicos, ha sido otra de las líneas estratégicas destinadas a mejorar la capacidad resolutoria de los consultorios.

### **Accesibilidad**

La accesibilidad se puede estimar de diferentes formas. De hecho, se describen diferentes clases de accesibilidad: Accesibilidad geográfica (distancia, tiempo, medios de locomoción); Accesibilidad financiera (costo del servicio), Accesibilidad cultural (concordante con las pautas de conducta de la comunidad); Accesibilidad funcional (el sistema debe estar preparado para prestar la atención adecuada a quienes la soliciten, en forma permanente y en el momento en que se les solicite). Algunas de las acciones implementadas estos últimos años para mejorar la accesibilidad son: Gratuidad de la Atención, Ampliación de los horarios y creación de SAPUS, compra de Ambulancias y Unidades móviles, y la contratación de personal.

En el estudio realizado por MIDEPLAN (1993), el problema más nombrado por los usuarios tanto a nivel de los consultorios municipalizados, como los dependientes del servicio, es el tiempo de espera y el rechazo de la atención por falta de horas. Esta percepción disminuye en los usuarios asistentes en horarios de la Extensión Horaria, o de los SAPUS. El estudio concluye que *«A pesar de los nuevos Programas persiste el largo tiempo de espera y el trato como lo peor en la atención»* (Ministerio de Planificación, 1993).

### **3. Coordinación con los otros niveles de salud 2º y 3º**

La coordinación con los niveles secundarios y terciarios es fundamental, debido a las limitaciones funcionales de los consultorios primarios para resolver la totalidad de los problemas de salud, esto es en su capacidad resolutoria. La división en niveles de atención busca facilitar la entrega de soluciones de salud optimizando los recursos y cubriendo la mayor población posible. Esta estructuración es, por lo tanto, una estructura funcional a la entrega de servicios de salud y no a los problemas de salud propiamente tales, ya que estos aparecen en un continuo que va desde los problemas de salud inaparentes hasta los altamente graves. Es así que un problema que se inicia en forma leve, se puede agravar rápidamente requiriendo urgentemente una atención de un nivel más complejo. El hecho de que el nivel primario pertenezca a una estructura administrativa diferente a los otros niveles, es un factor que entorpece la atención integral de los problemas. Para disminuir este problema se requiere la existencia de mecanismos de coordinación, que permitan la referencia y contrarreferencia entre niveles en forma rápida y expedita. Esto generalmente no ocurre así, siendo una de las limitaciones importantes para una buena atención de salud. La inexistencia de una articulación adecuada entre el nivel primario y los niveles de mayor complejidad dificulta la referencia y contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles.

Los establecimientos de salud municipalizados se rigen por el DFL 2.200. Si bien esta legislación permite a las Municipalidades máxima flexibilidad de gestión, el ejercicio de estos atributos ha resultado en una atomización, desmembramiento e ineficiencia del sistema. Esta flexibilidad y autonomía no ha sido utilizada para producir un real desarrollo del sistema de atención primaria municipal. Si se cumplieran las estipulaciones de los convenios de adscripción firmados entre los Servicios y las Municipalidades respectivas se podría tener mejores interrelaciones y coordinaciones. El problema es que muchas veces dichos convenios no se conocen y no se hacen cumplir los programas ministeriales explícitamente incluidos en ellos. La doble dependencia, técnica y administrativa, del nivel primario produce dificultades en la coordinación y en la supervisión por parte del Servicio de Salud.

#### 4. Supervisión técnica

Uno de los elementos críticos en la marcha del proceso de municipalización ha sido la falta de supervisión técnica de parte de los Servicios de Salud. En la práctica, las Direcciones de Atención Primaria se debilitaron después del proceso de municipalización. En algunos casos, ellas incluso desaparecieron. No se tomaron las medidas de reforzamiento de la capacidad de supervisión y coordinación. Esto motivó la existencia de fallas evidentes en los procesos de gestión administrativa y médica de muchos de los establecimientos traspasados. Estos cuatro últimos años, se han fortalecido los Departamentos de Atención Primaria DAP, apoyados por la creación del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, y se ha contratado personal, se ha entregado recursos para la compra de equipamiento, para la capacitación de los equipos, etc..

Especialmente a nivel de los establecimientos rurales (postas y consultorios) se reformuló la normativa técnica y se reforzaron los mecanismos de supervisión y de apoyo técnico, en el marco de una intervención global en el área de la salud rural. Esta intervención implicó cambios a nivel de la organización y de la gestión

#### 5. Actividades específicas.

Existen una serie de actividades específicas realizadas en el nivel primario, que podrían mostrar el grado de funcionamiento del sistema. La utilización de estas actividades como *trazadoras* del trabajo realizado a nivel de los establecimientos primarios, podría dar cuenta de la pertinencia de las actividades realizadas, de la coordinación con los niveles secundarios y terciarios, de la capacidad resolutoria del establecimiento y de la calidad de la atención brindada. Dos de estas posibles actividades son: El programa de control y pesquisa del cáncer cervicouterino, y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

## Programa de Control y pesquisa de Cáncer Cervicouterino

El cáncer Cervicouterino cuenta con un método de pesquisa sencillo y de bajo costo que permite detectar lesiones preinvasoras, las cuales tratadas oportunamente tienen un alto margen de curación. Chile se encuentra entre los países con alta tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino (13,7 por cien mil mujeres).

En Chile, se han venido realizando actividades de pesquisa y control de este cáncer desde el año 1966. Desde ese año hasta el año 1976 las actividades se centraron en el nivel secundario de atención del sistema de salud, vale decir, consultorios de especialidad, con la implementación de laboratorios y unidades específicas. También se desarrollaron programas de capacitación destinados a enseñar la técnica de toma de Papanicolau en el nivel primario.

Entre los años 1977 y 1985 se extendió la capacitación, y hacia el año 1985 en todos los consultorios de nivel primario se podía realizar la toma de la muestra para el examen. A partir del año 1987 se constituyó el Programa Nacional de Pesquisa del Cáncer Cervicouterino.

La importancia de este programa radica en que el Cáncer Cervicouterino es tratable si se detecta a tiempo, por lo tanto una buena planificación de las actividades, buscando las coberturas adecuadas permitiría un control de esta enfermedad. La importancia de la patología y la efectividad de los métodos de pesquisa condicionan que esta actividad sea un buen marcador para evaluar la eficiencia y la efectividad de las acciones del nivel primario.

Las actividades que se realizan en el nivel primario corresponden principalmente a la pesquisa en mujeres en edad fértil mediante la toma de muestras para que sean evaluadas en los laboratorios de patología cervical (nivel secundario). Un análisis del funcionamiento de esta programa podría mostrar:

- Focalización adecuada de la pesquisa: La focalización de la pesquisa debe centrarse en las mujeres con mayor riesgo, o sea entre los 30 y los 55 años.
- Frecuencias del PAP y seguimientos adecuados: El PAP debe efectuarse cada 3 años, y se debe realizar un seguimiento activo de las mujeres para que lo repitan.
- Coberturas adecuadas de la población: se deben buscar coberturas cercanas al 100% de la realización del PAP al menos una vez en la vida, y coberturas de PAP vigente, actualizado, cercanas al 80% de la población femenina.
- Calidad de la toma de muestra: Se debe buscar el perfeccionar la calidad de la toma de la muestra. Es necesario evaluar la calidad de las muestras tomadas.

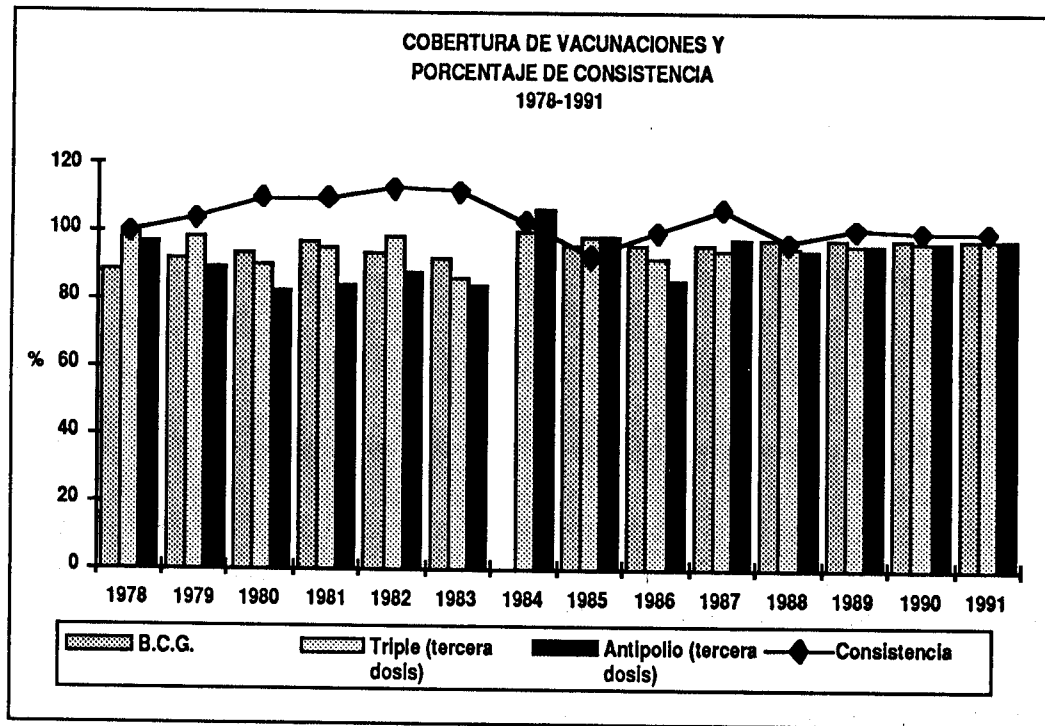
- Coordinación con los niveles secundarios: Este programa requiere de una coordinación adecuada con los laboratorios y las unidades de patología cervical. Para detectar los problemas es necesario realizar monitoreos y seguimientos de las pacientes.
- Capacitación: Se requiere capacitación continua, tanto enfocada a mejorar la calidad técnica de la pesquisa, como a aumentar la participación de la mujeres en el programa.
- Impacto: En este caso se puede relacionar las pesquisas con el impacto en la mortalidad por cáncer cervicouterino.

En el país, a pesar del esfuerzo realizado, no se ha producido una disminución importante de la mortalidad de esta enfermedad. Se puede estimar que ninguno de los elementos definidos se encuentra desarrollado en óptimas condiciones en los establecimientos de nivel primario: las coberturas, a pesar de los esfuerzos aún no son las ideales, y no se enfocan hacia el grupo de mayor riesgo; la evaluación de la calidad de las muestras es esporádica; la coordinación con los niveles secundarios ha ido mejorando en el tiempo; La capacitación es una de las actividades que se ha deteriorado en el sistema, sobre todo la referida a capacitación de la población; finalmente, la mortalidad por cáncer cervicouterino no ha disminuido.

#### **Programa Ampliado de Vacunaciones - PAI**

Otro programa que podría mostrar la calidad del trabajo de los establecimientos primarios es el programa de vacunaciones (Programa Ampliado de Vacunaciones: PAI). En este programa también se busca obtener altas coberturas, con una calidad adecuada, y con bajas tasas de morbilidad consecuentes. Estos programas y otros similares podrían ser utilizados para evaluar más cercanamente el trabajo de los equipos de salud. El gráfico siguiente muestra las coberturas de vacunaciones entre los años 1978 y 1991. Los datos corresponden a la suma de todos los establecimientos que realizan vacunaciones: Maternidades y establecimientos primarios en el caso de la BCG, y establecimientos primarios para la triple y la antipolio.<sup>35</sup>

Figura n° 10



Fuente: Coordinación e Informática, (MINSAL, 1991c).

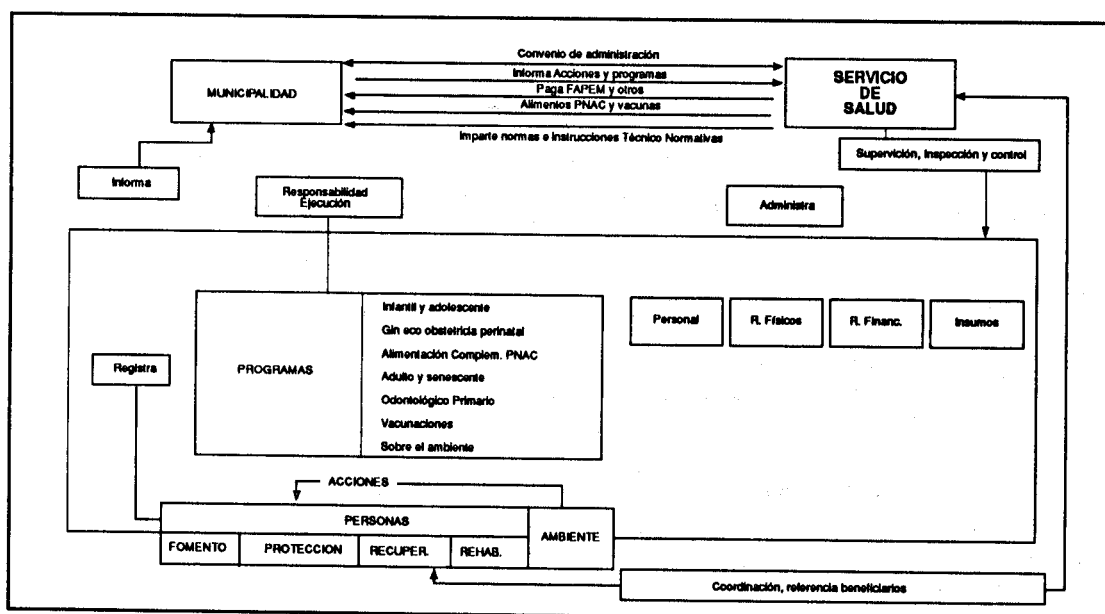
Como se puede ver en la Figura N° 10 las coberturas de vacunación se han ido estabilizando en el tiempo, y no parece haberse afectado en forma negativa por el proceso de municipalización. Para evaluar en forma más cercana los resultados de este programa sería necesario determinar el número de niños realmente inmunizados, es decir con un nivel de anticuerpos circulantes adecuados, y el porcentaje de los niños con su calendario de vacunas al día. Lo primero es más difícil de evaluar ya que requiere de la realización de exámenes de laboratorio, lo que es caro y complejo. Lo segundo, por otra parte, es más sencillo de realizar pero requiere de la adecuación del sistema de información de salud para detectar a estos niños.

#### b. Procesos Gerenciales

El análisis de los procesos gerenciales busca investigar la situación de los diferentes mecanismos de gestión utilizados para la adecuada administración de los establecimientos. Estos procesos están en su mayoría delegados a los municipios ya que la transferencia fue principalmente del ámbito administrativo y no técnico.

La Figura Nº 11 grafica el funcionamiento de los establecimientos asistenciales bajo administración municipal, según el convenio de traspaso tipo firmado entre el Servicio de Salud y el Municipio.

**Figura nº 11**  
**Funcionamiento Municipal y de Establecimientos Asistenciales Traspasados según Convenios Tipos entre Servicios de Salud y Municipalidad.**



Fuente: Gattini César, 1992.

Como se puede observar, el análisis de los procesos se liga fuertemente al análisis de los componentes estructurales, ya que es difícil desvincular, por ejemplo, el análisis del número de profesionales existentes en los establecimientos, de la gestión de estos recursos realizada por los organismos administrativos. A pesar de que el municipio tiene responsabilidad sobre la ejecución de las acciones de los programas, su rol en la definición técnica es nulo. El principal rol entregado es el que se refiere a la administración de los recursos (personal, físicos y financieros.)

Los municipios han recibido la responsabilidad de administrar establecimientos de nivel primario de salud. Ello implica un proceso de gestión centrado en la administración del recurso humano, de los recursos financieros, y de la infraestructura. *«los procesos de planificación y programación de actividades que definen en gran parte el contenido técnico de las acciones a ejecutar son realizadas de acuerdo a las normas emanadas del Ministerio de Salud y supervisadas en cumplimiento por los servicios de salud. En suma, la responsabilidad del municipio es fundamentalmente de tipo administrativo»* (Duarte, 1993b/8).

Esta doble dependencia del nivel primario de atención produce una ambivalencia: la Municipalidad no aparece como responsable de la gestión técnica de salud, mientras al Servicio de Salud no le es posible dirigir la operación administrativa del sistema. Esto determina que el nivel municipal no tenga la capacidad para efectuar una gestión autónoma en respuesta a las necesidades locales. Esta falta de capacidad se ve profundizada por la falta de capacitación en los niveles municipales para realizar una adecuada gestión de los establecimientos de salud.

En un estudio reciente en que se realizó una encuesta a Directores de Servicios de Salud y SEREMIS, ellos definieron los siguientes problemas generales en la gestión del nivel primario de salud.

---

**Tabla nº 17**

**Principales problemas de los modelos de gestión de la atención primaria de salud**

---

**Financiamiento**

Falta presupuesto, Aporte municipal es bajo

**Dependencia y Coordinación**

Falta coordinación entre APS municipalizada y servicio de salud  
Dualidad técnico - administrativa

**Capacitación en administración**

Faltan técnicas adecuadas de administración

**Recurso Humano**

Falta de personal adecuado  
Mala situación del personal  
Trato inadecuado del personal  
Rotación de personal

**Otros**

Escasa o nula conciencia de salud del alcalde y de los directivos de las corporaciones privadas de salud  
Discontinuidad de las políticas de salud por cambios políticos

---

Fuente: Heyermann en: Friedmann y Heyermann (1993).

Como se puede observar de la Tabla Nº 17, los directores de los Servicios de Salud, y el sector salud en general, tienen la percepción de que a nivel de la salud primaria municipalizada existe una falla principalmente relacionada con los mecanismos de administración de estos establecimientos. Este fenómeno es difícil de corregir debido a la falta de flexibilidad real de gestión que poseen los municipios. Esta falta de flexibilidad está condicionada, en parte, por la gran cantidad de normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud que establecen el tipo de actividades a

realizar, el tipo y el número de personal que se requiere, y el tipo de equipamiento necesario. A pesar de que estas son normas del componente técnico, en la práctica es muy difícil desligar el componente puramente técnico del componente puramente administrativo, radicados por ley en entidades distintas. De hecho ocurre que los municipios actúan como buzones para la transferencia de los recursos, con escasa participación en la planificación y evaluación de las actividades del establecimiento. En la realidad, los establecimientos de salud siguen estando fuertemente ligados al sistema de salud, tanto técnica como administrativamente.

El otro gran elemento que entorpece la adecuada gestión de los establecimientos por parte del municipio, es la falta de capacitación en técnicas de gestión adecuadas para administrar establecimientos de salud, y el desconocimiento del funcionamiento de los problemas ligados al cuidado de la salud.

### c. Sistema de información de salud

El sistema de información de salud fue establecido desde hace varias décadas en Chile, y se relaciona estrechamente a las actividades realizadas en los diferentes programas. El tipo de información que maneja se refiere a la información programática (actividades realizadas según tipo e instrumentos), información del manejo financiero (FAPEM), y del manejo de insumos (alimentación complementaria, vacunas, fármacos). El diseño y desarrollo del sistema ha sido llevado a cabo centralizadamente y en la estructura vertical, sin participación local.

Los principales módulos de información que se manejan son:

1. Información biodemográfica y de estadísticas vitales: Se relaciona con datos de población, nacimientos y muertes.
2. Recursos: personal, planta física, equipamiento, insumos y financiamiento.
3. Atenciones a las personas ya sean estas programadas (controles) o no programadas (consultas).
4. Sistemas de vigilancia: enfermedades transmisibles (sarampión, poliomielitis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual), vigilancia nutricional, auditorías de muertes infantiles y maternas, vigilancia de bronquitis y diarreas infantiles.
5. Otros sistemas de importancia epidemiológicas: cáncer, ausentismo laboral y licencias, accidentes del trabajo, accidentes escolares y enfermedades profesionales.
6. Condicionantes ambientales y del programa del ambiente.

Toda esta información es generada ya sea en los establecimientos de salud primarios o en los niveles superiores del Servicio de Salud, y recolectada en formularios específicos establecidos por el Ministerio de Salud (serie RMC). La utilización local de esta información es variable de establecimiento en establecimiento, siendo lo más frecuente que sea enviada directamente a los servicios de salud para allí ser consolidada. Los consolidados elaborados a nivel de los Servicios de Salud incluyen la información proveniente de los establecimientos dependientes del Servicio que realizan actividades primarias (consultorios y postas dependientes y consultorios adosados a hospitales), y de los establecimientos bajo administración municipal. La información agregada que entrega anualmente el Ministerio de Salud en los «Anuarios de Atenciones y Recursos», no diferencia las actividades realizadas en establecimientos municipales de las realizadas por los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, lo que dificulta comparaciones nacionales entre establecimientos municipalizados y no municipalizados.

El registro de las acciones realizadas en los establecimientos está adaptado para la medición de la productividad de los establecimientos (kilos de alimento entregado, número de actividades realizadas por instrumento), y en el caso específico de los establecimientos traspasados este registro se orienta hacia la notificación de las actividades incluidas en el listado de prestaciones y por lo tanto reembolsadas vía FAPEM. Esto explica la dificultad para obtener información sobre otros aspectos de la atención de salud que tengan más relación con aspectos técnicos o epidemiológicos (Duarte, 1993a).

Este sistema de información, que demanda tiempo y personal a nivel de los diferentes establecimientos es adecuado para el control de la productividad general del sistema, pero es insuficiente para entregar información para una adecuada gestión, o para un seguimiento epidemiológico. *«El actual sistema de información no es adecuado a las exigencias del sector salud. El sistema de información está obsoleto, pues se basa en procedimientos manuales, metodologías de evaluación para decisiones de gasto muy primariamente desarrolladas. La calidad, suficiencia, actualización y oportunidad de información al interior del sistema de salud son absolutamente deficientes.»*(Friedmann y Heyermann, 1993). Es pues necesario replantear el sistema de información de modo que este sea una herramienta útil para la gestión tanto administrativa como de salud a todos los niveles del sistema.

## **VI. Factores de Resultado**

La evaluación de los resultados es la que tradicionalmente se utiliza en la evaluación de los programas ya que da cuenta del grado en que se cumplieron los objetivos y metas propuestos para la intervención. Como anotamos previamente, el exclusivo análisis de los resultados no da cuenta de las condicionantes del éxito o del fracaso del programa. Por otra parte, debe tenerse en claro la relación existente entre los procesos y las actividades diseñadas, con los resultados que se están midiendo, ya que no siempre se pueden relacionar con un criterio causa-efecto los resultados obtenidos con las actividades realizadas.

Una evaluación de resultados de la municipalización de la salud implicaría evaluar los cambios producidos, explicados por la transferencia de los establecimientos a la administración municipal. Como hemos visto, establecer esta relación es casi imposible, debido a la multiplicidad de factores que han intervenido en los cambios producidos en la salud estos últimos decenios. En todo caso, el realizar un análisis de los indicadores tradicionales de impacto en salud es un ejercicio importante para tener una imagen de la situación en que se encuentran en este momento las diferentes comunidades, y establecer posibles causas y soluciones a los problemas así detectados.

Los resultados pueden ser evaluados desde diferentes puntos de vista. Estos pueden ser específicos en el área de la salud, o bien generales, cuando los resultados inciden fuera del ámbito propio de la salud.

En el área específica revisaremos datos de salud (mortalidad, morbilidad, opinión del usuario); de factores condicionantes (medio ambiente, socio económicas), y lo referente a la participación de la comunidad y de la intersectorialidad.

### **a. Resultados**

Los resultados específicos pueden haber sido previstos por el programa o no previstos. Generalmente el programa detecta rápidamente los resultados previstos, tanto positivos como negativos. Los resultados no previstos son generalmente más difíciles de detectar, al no incluirse explícitamente en los seguimientos establecidos. Para detectarlos es preciso realizar una búsqueda intencionada. Al realizar el proceso de traspaso, no se explicitaron claramente cuales eran los resultados esperados, y tampoco se diseñó un sistema de monitoreo para evaluar los cambios. Este hecho incide en la poca claridad que existe sobre los efectos de la municipalización de la salud en el país.

**Tabla n° 18**  
**Tipología de resultados**

	Resultados positivos	Resultados negativos
Previstos por el Programa	Logros y efectos	Efectos
No previstos por el programa	Efectos	Efectos

Los indicadores de resultados son los más conocidos y son ampliamente utilizados en salud. Generalmente se refieren al análisis de las condiciones de la salud de la población, desde el punto de vista de las muertes y de los episodios de enfermedad, de las condicionantes que influyen en la salud, y de la percepción de la población.

**b. Tipos de indicadores de resultado:**

En la tabla siguiente se grafican algunos de los indicadores posibles de ser utilizados en un análisis de resultados.

**Tabla n° 19**  
**Algunos Indicadores tipo de Salud**

Mortalidad	Enfermedad Morbilidad	Enfermedades específicas	Calidad de la atención
Tasa de Mortalidad General	Tasas de morbilidad por causas, ambulatorias	Tasas de enfermedades infecto contagiosas (sarampión, TBC, SIDA)	Opinión del Usuario
Tasas de Mortalidad por enfermedad específica	Tasas de morbilidad, hospitalarias. Causas de egresos hospitalarios	Tasas Desnutrición, Obesidad	Investigaciones específicas
Tasa de Mortalidad Infantil	Consultas de urgencia sobre el total de consultas	Prevalencia Enfermedades crónicas	
Esperanza de vida	Causas de invalidez	Prevalencia de adicciones, tabaquismo, alcoholismo, drogas	
Años de Vida Potencialmente perdidos (AVPP)	Causas de licencias	Prevalencia de accidentes y enfermedades laborales	

**Factores Condicionantes del bienestar**

Condiciones del Medio Ambiente	Situación económica y social	Nivel educacional, calidad habitacional
Saneamiento ambiental, Disposición de basuras y aguas servidas	Calidad habitacional	Analfabetismo, nivel de instrucción
Potabilización de las aguas	Población en extrema pobreza	Escolaridad promedio
Fuentes de contaminación	Población activa	Déficit habitacional
Condiciones viales, Seguridad vial	Desocupación	Calidad de las viviendas

**Participación de la comunidad**

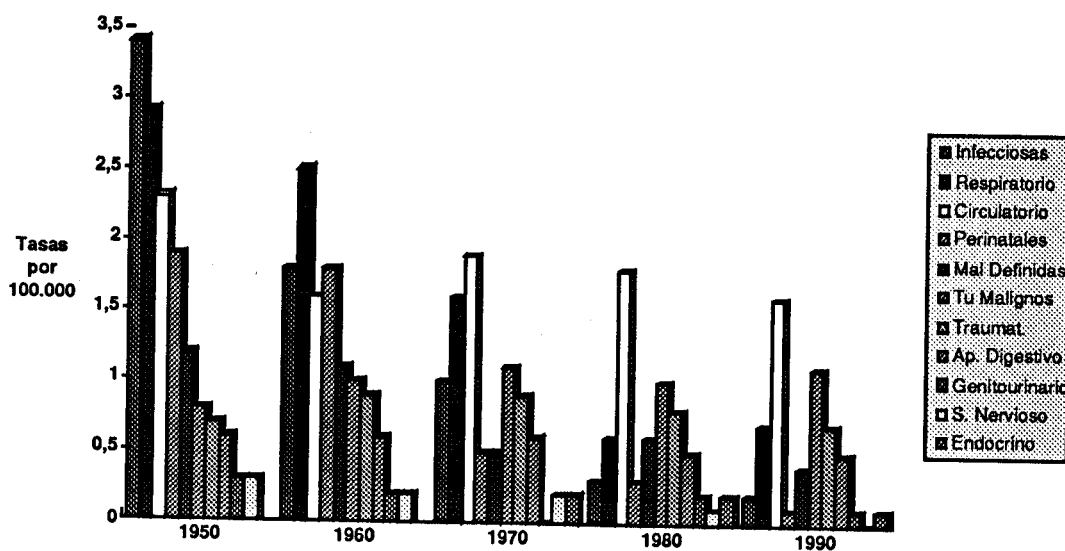
Actividades de capacitación realizadas, número de personas capacitadas  
Número de Centros comunitarios.

Como se puede desprender de la Tabla 19, existen numerosos indicadores de resultados que pueden ser utilizados para analizar los cambios. Algunos de estos tienen una relación directa con el trabajo en los establecimientos. Otros entregan información sobre otras áreas como son, por ejemplo, educación y los niveles socioeconómicos, que hay que tener en cuenta debido a que muchos de los cambios en las condiciones de la salud de la población se deben a cambios en estos otros factores y no a las acciones de salud propiamente tales. Es necesario por lo tanto, tener claros los cambios ocurridos en esos otros ámbitos para no asumir como propios los cambios ocurridos en otros sectores.

### 1. Indicadores de salud

Al igual que la mayoría de los países, Chile vive un proceso de transición demográfica y epidemiológica expresado en las cifras de los indicadores clásicos de mortalidad infantil descendentes desde cifras de 136 por mil en 1950 a 14,6 por mil el año 1991, y la expectativa de vida que aumenta de 58 años en 1960 a 72 años en 1990<sup>36</sup>. Por otro lado se puede observar un paulatino cambio en el perfil de causas de muerte y de enfermedad en el país, cambiando desde una alta proporción de enfermedades agudas e infecciosas, a una preponderancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes.

**Figura nº 12**  
**10 GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE**  
**CHILE 1950 - 1990**



Fuente: Jiménez, Jorge (1993b).

Como se puede observar en el gráfico, las causas de muerte en los años 50, difieren en forma importante de lo que ocurre en los años 90. Se puede ver que junto con la disminución de la mortalidad general, ha ido aumentando la importancia relativa de las enfermedades del aparato circulatorio y de los traumatismos en desmedro de las enfermedades infecciosas, principal causa de muerte en los años 50.

Obviamente, el uso de indicadores globales oculta las grandes diferencias que existen a lo largo del país, y tiende a desperfilar las acciones específicas que se deben efectuar en los niveles locales de acuerdo a sus realidades<sup>37</sup>. La realización de estudios epidemiológicos locales es fundamental para evitar que los promedios difuminen y escondan las realidades locales.

La importancia de este tipo de indicadores no radica solo en evaluar los impactos de las diferentes estrategias, sino que el conocer adecuadamente los problemas que afectan a la población va a condicionar el tipo de estrategia a utilizar para la solución de esos problemas en específico, y luego va a posibilitar el seguimiento de esta estrategia en cuanto a sus resultados.

### **Indicadores de Mortalidad**

La mortalidad infantil, y la mortalidad general, han venido disminuyendo en el país en forma progresiva en los últimos 20 años, variando la mortalidad infantil de cifras de 95,4 por mil el año 1965, a 14,6 por mil el año 1991; la mortalidad general bajó de 10,8 por mil en 1965 a 5,6 por mil en 1991. A pesar de esta gran disminución aún persiste un gran variabilidad entre las diferentes regiones del país con rangos que van desde un 5,7 por mil a 45,7 por mil, en el caso de la mortalidad infantil, y de 0,9 por mil a 10,7 por mil de mortalidad general, cifras del año 1990 (Sistemas Integrales, 1992). La mortalidad materna varió desde 29,9 por 10.000 nacidos vivos en 1960 a 4,0 por 10.000 nacidos vivos en 1990, la atención profesional del parto a su vez es de 99,1% en 1990. La esperanza de vida para el quinquenio 1985-1990 fue de 71,5 años, en relación a los 58,1 años, en el período 1960-1965.

Los indicadores de mortalidad (infantil, general, materna) usados tradicionalmente para medir el impacto de las acciones de salud, se relacionan en el momento actual de desarrollo socio-económico, según numerosos autores, a los llamados factores condicionantes más que a la realización de actividades de salud. Así, la reducción de la tasa de mortalidad infantil se explicaría, en gran parte, por el aumento en los niveles de alfabetización de las madres y por el acceso a agua potable.

Romero (1991), en su estudio «Indicadores de Salud en Chile. Evolución y determinantes en el período 1970 - 1987», concluye que las reducciones en la mortalidad infantil, postinfantil y materna en el período, se asocian al mejoramiento de la tasa de alfabetización de la población de 15 años y más, y al acceso al agua potable. Estos factores explicarían estadísticamente más del 90%

del cambio en los indicadores de mortalidad y esperanza de vida. Los niveles de ingresos, y el aporte fiscal a salud no han afectado la evolución favorable de los indicadores de mortalidad. Por su parte Castañeda (1984) concluye que la reducción de la natalidad y los programas de la embarazada son los que más contribuyen a la reducción de la mortalidad materna en el período 1975-1982. La mortalidad infantil se ve afectada por las coberturas de agua potable y alcantarillado.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, realizado por el Banco Mundial y dedicado a la salud refiere respecto de la disminución de la mortalidad en el mundo: *«Tres factores han revestido importancia en la disminución de la mortalidad... en el curso del siglo pasado. Estos factores son el aumento de los ingresos, los avances en tecnología médica, y los programas de salud pública.»* (Banco Mundial, 1993/35). Entre las medidas de salud pública que han contribuido a este descenso, el informe destaca el abastecimiento del agua potable, el desarrollo de servicios de saneamiento, y la reglamentación alimentaria. El rol del municipio en la disminución de los indicadores de mortalidad es por lo tanto innegable, aunque haya actuado a través de medidas de obras públicas y de saneamiento básico.

Los indicadores globales de mortalidad deben analizarse en este contexto más global, para evaluar los impactos reales de las diferentes medidas implementadas con el fin de mejorarlos.

Últimamente se han venido proponiendo indicadores diferentes para evaluar la importancia de las diferentes enfermedades, es así que el uso de indicadores que miden el peso de las muertes producidas a edades jóvenes, modifican la importancia relativa de las enfermedades. Este es el caso de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP<sup>38</sup>). Con el uso de estos indicadores podríamos detectar, por ejemplo que los accidentes y la violencia son los que contribuyen en una mayor proporción al número de años que se pierden por muertes antes de que la persona alcance la esperanza de vida calculada para esa población. El Banco Mundial sugiere el uso de un indicador en el cual no solamente pesan los años perdidos por muerte, sino que también se agregan los años perdidos por discapacidad generada por las enfermedades: AVAD<sup>39</sup>.

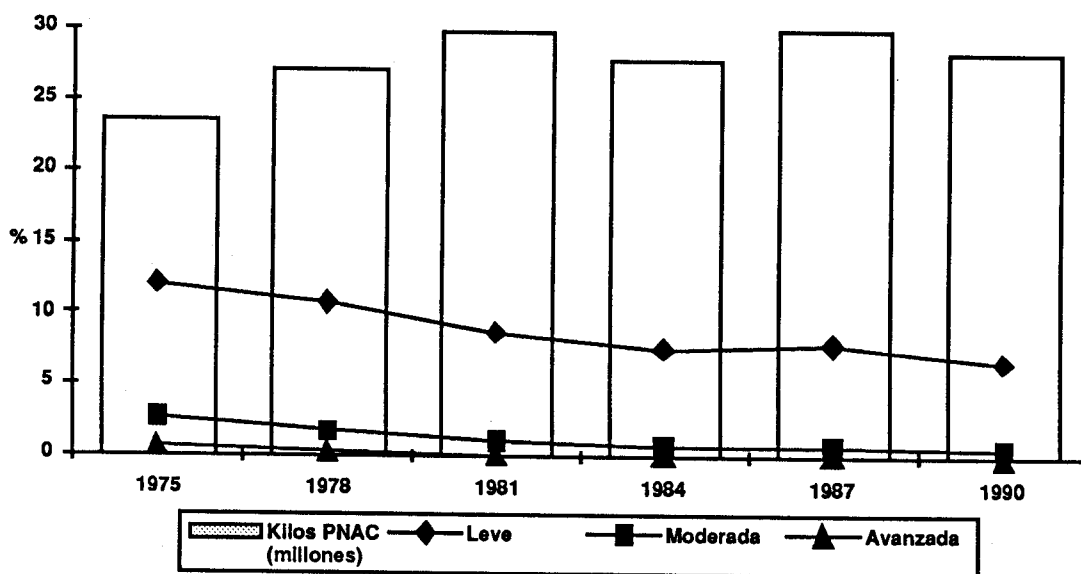
Es así que un análisis de los cambios en las tasas de mortalidad en el país debe considerarse en un contexto global, en el que se analicen también los cambios en los otros factores que condicionan los problemas de salud, como son, el nivel educacional, el saneamiento básico, la pobreza, etc. Evaluar el impacto del proceso de municipalización desde este punto de vista es por lo tanto altamente complejo, hecho que se ve agravado porque la mejoría de las condicionantes de la salud inciden en muchos casos muchos años después de realizados los cambios. Lo que sí podemos afirmar es que el proceso de municipalización no tuvo un efecto negativo en la mortalidad de la población.

## Morbilidad

Probablemente indicadores de morbilidad den mejor cuenta de la efectividad de las acciones llevadas a cabo por los establecimientos de salud. Es así que la prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación, hablan de la existencia de coberturas efectivas y de la calidad de la vacunación. Por otra parte la presencia de desnutrición severa en los niños es un signo de coberturas de población insuficiente, o de controles infantiles deficientes, que no son capaces de detectar el proceso de enflaquecimiento o los factores de riesgo de desnutrición existentes en los niños bajo su responsabilidad.

La siguiente figura analiza las enfermedades nutricionales en los niños menores de 6 años en relación a los niños bajo control.

**Figura n° 13**  
**PORCENTAJE DE DESNUTRIDOS SEGUN GRADO Y**  
**ALIMENTOS DISTRIBUIDOS. CHILE 1975 - 1990**



\* Indicador: Peso/Edad (bajo - 1 Desviación Standar SEMPE)

Fuente: Departamento de Planificación, MINSAL, (Ministerio de salud, 1992e).

Como se puede observar en la Figura n° 13, el porcentaje de desnutridos en el total de la población menor de 6 años bajo control, ha ido disminuyendo en el tiempo. El mayor mejoramiento se produce en la categoría *desnutrición avanzada* en que de 8.787 niños detectados en 1976 (0,8%) disminuye a 518 casos en 1991 (0,04%), con un 95% de descenso.

**Tabla n° 20**  
**Alimentos Distribuidos al año**  
**Totales, niños bajo control y desnutridos. (1977-90)**

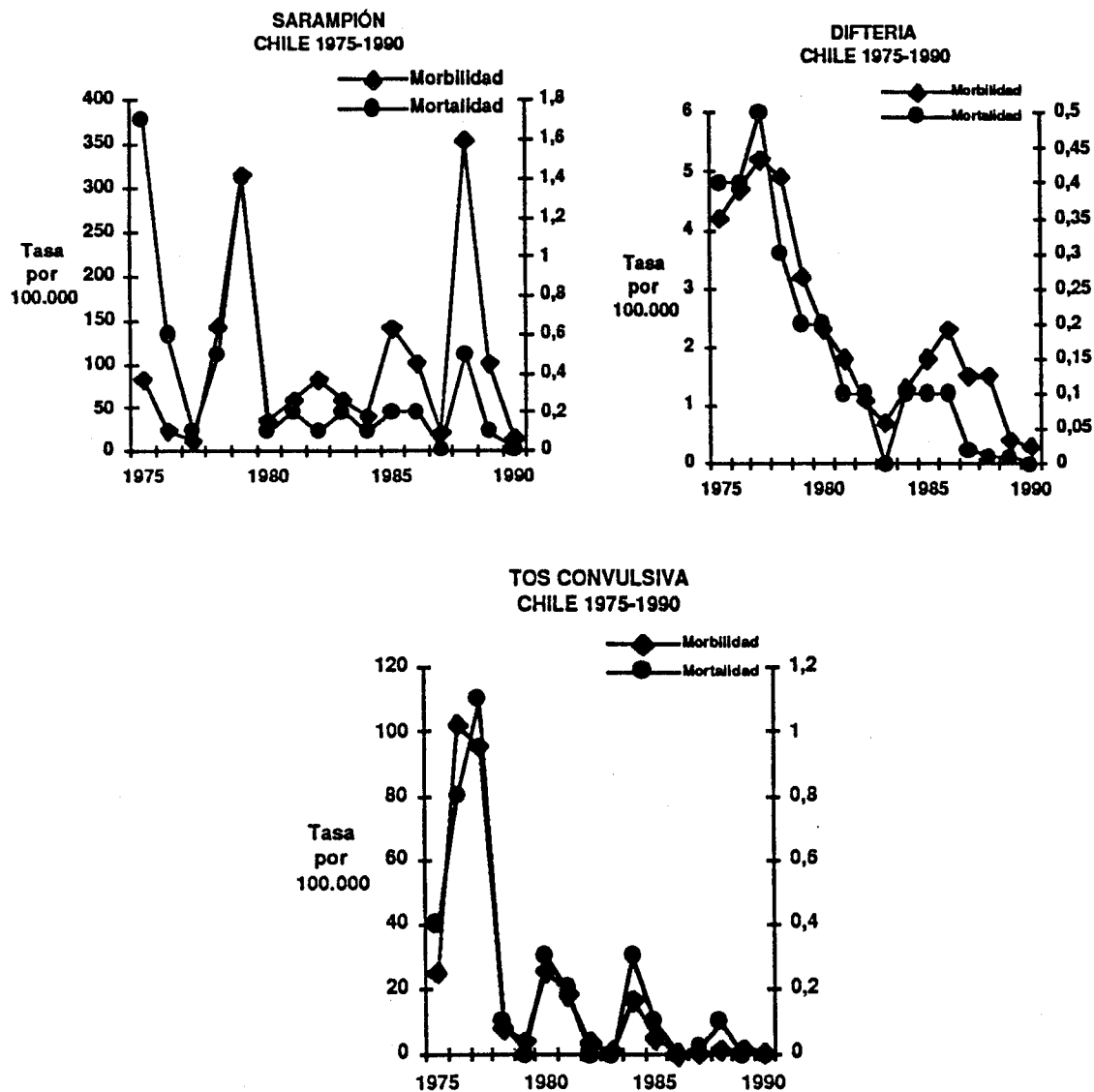
Año	Miles de Kilos	Kilos por niños menores de 6 años bajo control/año
1977	28.651	26,8
1978	27.180	25,9
1979	25.707	25,1
1980	25.194	24,1
1981	29.782	28,0
1982	30.267	26,1
1983	22.047	18,5
1984	27.850	22,7
1985	30.271	24,1
1986	32.109	25,5
1987	29.976	24,2
1988	28.609	23,1
1989	28.320	22,6
1990	28.341	22,2

Fuente: Departamento de Planificación MINSAL (1992e)

La cantidad de kilos de alimentos totales distribuidos ha mantenido un tendencia estable en el tiempo, con un brusco descenso de la cantidad ocurrido en el año 1983. Al calcular los kilos de alimentos según el número total de niños menores de 6 años bajo control se ve que ha habido algunas fluctuaciones en el tiempo, las cantidades entregadas actualmente son menores a las entregadas en el período 1977-1982, pero al analizar la tendencia, esta también es estable con una levísima tendencia a la baja.

En relación al Sarampión, la Difteria, y la Coqueluche o Tos Convulsiva, enfermedades prevenibles por medio de la vacunación, se ve que han venido disminuyendo sus tasas de mortalidad y también de morbilidad en el tiempo (Figura n° 14).

Figura nº 14



\* La escala de las tasas de morbilidad se ubican a la izquierda de los gráficos.

Fuente: Departamento de Coordinación e Informática, MINSAL, 1992f

Los gráficos muestran una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente en lo que se refiere a la difteria y a la tos convulsiva (coqueluche, tosferina). En el caso del sarampión no es tan evidente la disminución en las tasas de morbilidad, pero después de la campaña realizada el año 1991, los casos de sarampión casi han desaparecido.

## 2. Participación de la comunidad en salud

A pesar que la participación de la comunidad puede considerarse un elemento del proceso, lo analizaremos aquí debido a que la promoción de la participación de la comunidad en los procesos de salud y enfermedad, se consideró uno de los objetivos de la municipalización de la salud, y del posterior apoyo a la estrategia de la Atención Primaria. Para el desarrollo efectivo de la estrategia de atención primaria y de la descentralización, la participación de la comunidad es esencial: *«La participación y la descentralización-centralización constituyen elementos inseparables y son requisitos y factores de todo proceso de democratización y desarrollo efectivo de las políticas de salud resumidas en la propuesta SPT/2000<sup>40</sup>»* (Barrenechea, Trujillo, Chorny, 1990).

Se puede establecer que la participación de la comunidad en las actividades de salud no se incrementó con la municipalización. La existencia de alcaldes designados por el gobierno autoritario y la ausencia de otros mecanismos que permitieran la efectiva participación de la comunidad fueron las causas iniciales de esta falta de participación. Por otra parte, los equipos de salud están poco habituados a trabajar en conjunto con la comunidad en el desarrollo de diagnósticos y programación participativa, y su posterior evaluación.

El informe de MIDEPLAN explicita: *«La participación de la comunidad en torno a la salud es mínima. Dirigentes de la comunidad y participantes de los grupos señalan que no tienen la oportunidad de opinar sobre la gestión de salud a nivel local»* (Ministerio de Planificación, 1993).

En una encuesta realizada por ILPES a los Directores de Servicios de Salud y SEREMIS (Friedmann, Heyermann; 1993), se les consultó sobre cuales serían las actividades en las cuales existiría una real participación de la comunidad en salud, ya sea a nivel de los Servicios de Salud como en los municipios. A nivel municipal se nombró las siguientes iniciativas:

- Capacitación de monitores de la comunidad
- Desarrollo de programas de autocuidado
- Formación de líderes comunitarios

Estas actividades son realizadas por parte de los equipos de los establecimientos de salud hacia la comunidad, y se basan en las políticas de atención primaria del Ministerio de Salud.

Entre las actividades de participación comunitaria desarrolladas por parte de los Servicios de Salud, según los encuestados, serían:

- Programa de Salud Rural y, Proyecto MINSAL-AID-Rural (Programa de Salud y Bienestar Familiar en Sectores Rurales Pobres)
- Proyectos de salud locales, desarrollados por el proyecto anterior (MINSAL-AID Rural)

- Programas educativos para enfrentar el cólera y el SIDA
- Programas de saneamiento básicos

Estas actividades son ejecutadas en muchos casos por los establecimientos municipales, ya que se enfocan a la atención de nivel primario. Como se puede observar, las actividades mencionadas se refieren principalmente a actividades de tipo puntual y generadas desde los servicios de salud o bien desde el Ministerio. Cabe destacar el «Programa de Salud Rural», el cual ha desarrollado todas las actividades nombradas (formación de monitores, desarrollo de programas de autocuidado, promoción de proyectos de salud locales, desarrollo de programas educativos y de saneamiento, diagnóstico participativo y programación local), a nivel de los establecimientos rurales de todo el país, con una importante participación de los municipios y de las organizaciones comunitarias en la generación de los proyectos. El Proyecto de Salud Rural se ha focalizado sobre las 104 comunas más pobres del país (Heyermann y Gamboa, 1994; MINSAL, 1992b).

Las causas dadas en la citada encuesta por los que opinan que la participación comunitaria ha sido escasa en el nivel local municipal son:

- Desmotivación de la comunidad y de los equipos de salud
- Insuficientes medios y canales de participación
- Falta de personal
- Desorganización de la comunidad
- Intereses diferentes del sector salud y de la comunidad

La opinión de los encuestados es similar a la dada por el Dr. José Luis González (S. de S. Valdivia) en las «Jornadas sobre la Salud en el Nivel Local: Estado del Sistema Municipalizado de Salud», realizadas en Santiago el día 20 de Diciembre 1991 (González J.L., 1992/36). González plantea que el desarrollo de la participación comunitaria ha sido lento principalmente debido a:

- Los diferentes grados de organización de las organizaciones comunitarias.
- La «auto censura» a la participación, por la escasa conciencia de protagonismo social
- La poca valorización de la participación comunitaria por parte de los municipios.
- La falta de continuidad en los equipos de salud (alta rotación del personal).
- Las prácticas paternalistas de los equipos locales que desincentivan la participación.

### 3. Desarrollo de estrategias intersectoriales

Como ya analizamos en relación a los indicadores, es evidente que la solución de los problemas de salud no siempre corresponde exclusivamente al sector salud. El fenómeno salud-enfermedad es producido no sólo por condiciones genéticas o biológicas, sino que resulta también de procesos sociales, de factores educacionales y culturales. Tradicionalmente, el sistema de salud

ha intentado afrontar los problemas relacionados con los hábitos de vida, el medio ambiente, y la cultura, con soluciones impulsadas por la incidencia de otros sectores. En muchos casos se coordinaron acciones, pero ha existido un número importante de intervenciones que han significado una duplicidad por superposición de actividades. En ese sentido, al ser el municipio (y los establecimientos dependientes) el ejecutor lógico de la mayoría de estas intervenciones, es lógico pensar que allí se deba producir la conjunción y la coordinación final, muchas veces imposible de realizarse en las instancias superiores.

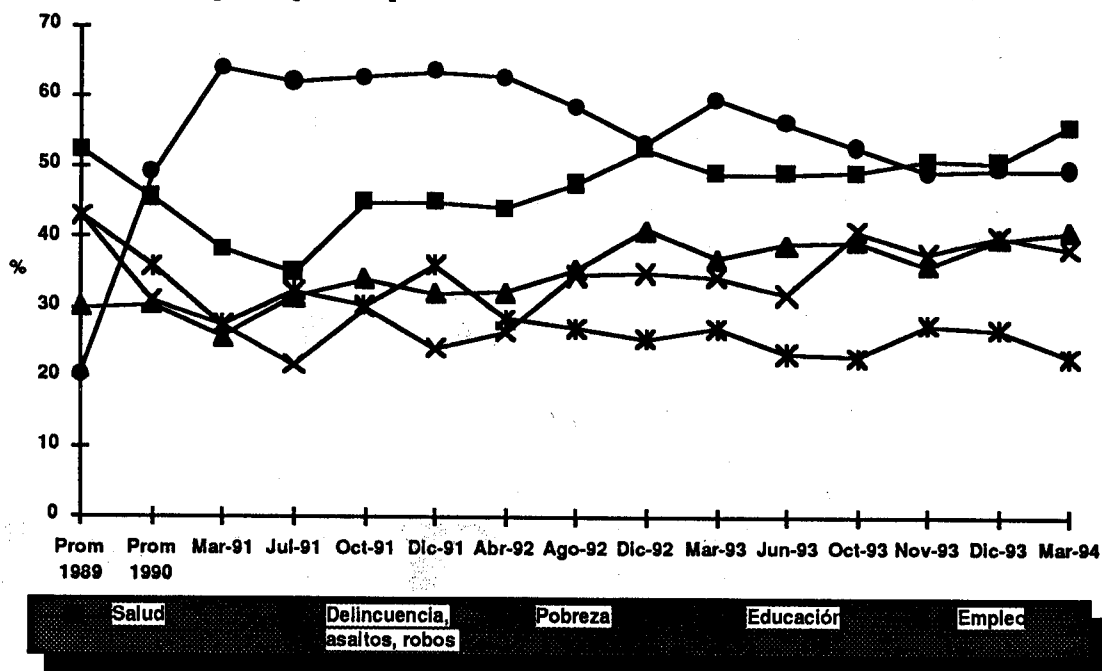
A pesar de que el desarrollo de soluciones intersectoriales es uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud y del municipio, *«este aspecto (desarrollo de estrategias intersectoriales) aún no se traduce en una coordinación más global con los otros sistemas de salud u otros, aunque existen factores que la predisponen como el funcionamiento de comisiones mixtas de salud y educación, de programas gubernamentales de intervención nutricional y de desarrollo rural. También existen factores predisponentes a la coordinación en las funciones de cada Intendencia Regional y en las Secretarías Regionales Ministeriales, en SERPLAC y en la coordinación comunitaria local mediada por las Municipalidades.»*(Gattini, 1992)

Las estrategias intersectoriales desarrolladas a nivel de los establecimientos municipales son escasas. El mayor trabajo cooperativo se realiza con los establecimientos educativos, a través de los profesores en las comisiones mixtas salud-educación. Cabe destacar que este trabajo conjunto se realiza desde hace muchos años y es previo al proceso de municipalización. Así, las estrategias intersectoriales que se han llevado a cabo en los niveles locales, han sido impulsadas principalmente por el sistema de salud y no por los municipios. Es así que el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Atención Primaria, ha desarrollado programas en los cuales el enfoque intersectorial ha sido fundamental. Este es el caso de la intervención en las comunas rurales (Programa de Salud Rural y Proyecto MINSAL/AID/Rural), el Programa Minsal-Organizaciones No Gubernamentales, y otros.

#### 4. Percepción de calidad de atención por parte del usuario.

Una de las formas de percibir la calidad de la atención de salud es a través de la determinación de la satisfacción de los usuarios. La preocupación por la salud es prioritaria para la población, lo que se puede percibir en las encuestas realizadas por CEP-Adimark (Adimark, 1994). La salud está siempre dentro de los primeros temas de interés para la población. En el estudio de CEP-Adimark de Junio-Julio 1993 (Horwitz, 1993) un 53,62% de los encuestados se declaran insatisfechos o muy insatisfechos de su sistema de salud, siendo el porcentaje algo mayor para los usuarios del sistema público (72,9%).

**Figura n° 15**  
**Principales preocupaciones de los encuestados. 1989- Mar 1994**



Fuente: Adimark, 1994.

El mismo estudio consultó sobre la percepción de la mejoría de los servicios de salud disponibles, y un 65,4% de los encuestados opinó que su sistema de salud ha empeorado o se ha mantenido igual, independiente del nivel socioeconómico de la persona consultada. Al consultar sobre los cambios percibidos en los rubros de atención de urgencia, disponibilidad de medicamentos, horarios de atención, y trato del personal, este estudio detectó una diferencia entre los establecimientos municipales y los dependientes de los servicios de salud, ya que la percepción de mejoras en los rubros definidos es mayor a nivel de los establecimientos municipales.<sup>41</sup>

En la encuesta de satisfacción realizada por MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1993) se concluye que un 62% de los encuestados está insatisfecho con el sistema primario de atención de salud, siendo el porcentaje más alto de insatisfacción el de la región Metropolitana (69%), y el menor el de la primera región (30%). La proporción de consultados satisfechos en la muestra, es similar entre usuarios de consultorios de los Servicios de Salud (41%) y de los Municipios (37%). Los principales problemas identificados por los usuarios continúan siendo: el rechazo, las colas, la espera, la resolutiveidad y el trato del personal del consultorio. Los nuevos programas implementados por el Gobierno de Aylwin (SAPUS, terceros turnos), han mejorado la percepción de los usuarios respecto de los problemas de accesibilidad, pero no ha variado la percepción respecto del trato del personal. Según el mismo estudio, la proporción de

consultados satisfechos es similar entre usuarios de consultorios del Servicio de Salud y municipales, por lo que concluye que el cambio en la administración no explica los problemas de la atención primaria.

### c. Resultados Generales

Los efectos generales se refieren a cambios vinculados a la intervención pero que ocurren en el contexto o entorno. Estos pueden darse a varios niveles, más o menos cercanos al sector en estudio. En el caso de la municipalización, pueden ser cambios locales, regionales o nacionales y se pueden determinar 4 ámbitos generales:

- **Cambios en el ámbito social:** Estos se refieren a cambios como la introducción de nuevas jerarquías sociales, cambios en las comunidades locales, a nivel macro, cambio en las interacciones entre comunidades locales y regionales o nacionales.
- **Económicos:** Beneficio de algunos sectores económicos locales. A nivel macro puede existir una ampliación de las demandas por imitación a nivel regional.
- **Políticos:** Canalización de los beneficios a grupos específicos, apoyos de otros niveles.
- **Etno culturales:** Cambios y modernización en las conductas tradicionales, conflictos culturales.

Todos estos análisis requieren del desarrollo de estudios específicos que detecten los cambios producidos en los diferentes ámbitos debidos al proceso de municipalización de salud y educación.

## VII. Dos proyectos pendientes: Estatuto de Atención primaria y Financiamiento per cápita<sup>42</sup>

Existen dos proyectos pendientes que pueden cambiar el perfil de la situación de salud a nivel municipal. Estos son el Estatuto de Atención Primaria y el cambio del sistema de financiamiento actual a través del FAPEM hacia un sistema Per Cápita. A continuación haremos una descripción de ambos proyectos y de las perspectivas que se esperan para estos y la salud municipal.

### a. Estatuto de Atención primaria

Uno de los proyectos más importantes del Ministerio de Salud en el área de la salud primaria es, sin lugar a dudas, el *Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal*. Con este proyecto, el Gobierno pretende fortalecer la atención primaria de nivel municipal, adecuarla e integrarla plenamente al Sistema de Salud.

Los objetivos del proyecto son (MINSAL, 1992c):

- a) Aumentar y mejorar la capacidad de los establecimientos, optimizando la calidad y cantidad de las atenciones, de los medicamentos e insumos de la atención primaria, en consultorios y además establecimientos de esta índole, que mantenga y/o atraiga a profesionales y funcionarios calificados; y
- b) Asegurar la integralidad de las acciones de salud, regulando el cumplimiento, en los establecimientos de atención primaria, de los planes, programas y normas del Ministerio de Salud.

El proyecto aseguraría, afirmó el MINSAL, «*alcanzar la descentralización, la participación social, la intersectorialidad y el rol solitario y normativo del Estado*» (MINSAL, 1991b).

El proyecto inició su tramitación en la Cámara de Diputados el 8 de enero de 1992. El Mensaje del proyecto del Ejecutivo incluye un breve diagnóstico de la atención de salud primaria municipal en el país e indica que «*la descentralización que significó la municipalización de la atención primaria es esencial para el desarrollo del proceso, pero también ha tenido un impacto negativo en la situación funcionaria del equipo de salud de atención primaria municipalizada*»<sup>43</sup>. Habla en seguida de que este Estatuto busca solucionar la ausencia de una carrera funcionaria, de la discontinuidad de la capacitación, de la desigualdad de ingresos entre los funcionarios del sector y de la inexistencia de normas de estabilidad funcionaria.

El proyecto ley propone nuevas normas para el sistema de atención primaria de salud que administran las Municipalidades. Estas se refieren a un nuevo régimen laboral para sus trabajadores, a disposiciones sobre el financiamiento estatal a este sistema y las reglas sobre la administración del mismo (Ministerio de Salud, 1994b).

### 1. Sobre régimen laboral

El ámbito de aplicación de las normas será respecto de todo el personal que desempeña funciones de atención primaria de salud en establecimientos municipales, sean consultorios, postas, estaciones médico rurales, centros comunitarios de atención mental familiar, dentales y laboratorios, cuya administración se encontrase traspasada a las municipalidades.

Sus normas se extienden tanto a la relación laboral, derechos y deberes y carrera funcionaria del personal, como a las normas generales de financiamiento y administración a los referidos establecimientos. Excluye de su aplicación al personal que presta servicios directamente a las municipalidades o en sus servicios de bienestar, a las corporaciones y a los que se desempeñan en los departamentos de salud municipal. Se establece la cantidad de funcionarios (dotación

adecuada) que podrán ser contratados, tanto indefinida como transitoriamente; se establece los derechos de que gozarán los funcionarios entre los que destacan: la estabilidad en las funciones, los permisos para ausentarse del trabajo hasta por seis días hábiles, el feriado progresivo de vacaciones con goce de remuneraciones, la licencia médica, el derecho a permutar los cargos y el derecho a que se le efectúen las imposiciones por el total de sus remuneraciones. Las remuneraciones estarán constituidas por el sueldo base, la asignación de atención primaria municipal y otras asignaciones como son las de desempeño en condiciones difíciles, la asignación por responsabilidad directiva, y la asignación de zona. El sistema garantiza, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para el ingreso, el acceso a la capacitación y al perfeccionamiento, la objetividad de las calificaciones y la estabilidad en el empleo, reconociendo la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario.

Mediante el Estatuto, se establecería un régimen laboral para los trabajadores de la salud primaria administrada por las municipalidades, basado en el concepto de régimen público (carrera basada en sueldos bases y asignaciones fijadas por ley, además de otros beneficios como permiso administrativo, permutas de cargo, etc.), alejándose del régimen laboral general que regula el Código del Trabajo.

## 2. Normas de financiamiento

El proyecto legisla también sobre el financiamiento del sistema de atención primaria. Se reemplaza al FAPEM y su techo por un financiamiento basado en: la población potencialmente beneficiaria; los niveles socioeconómicos de la población, la ruralidad y la dificultad de acceso, y la cantidad de prestaciones efectivamente realizadas.

Este aporte se determinará anualmente mediante decreto del Ministerio de Salud, suscrito además por los Ministros del Interior y de Hacienda. Este decreto precisará la proporción de los criterios definidos en el párrafo anterior, el listado de las prestaciones consideradas para el pago, y los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del aporte.

## 3. Normas para la administración

El proyecto dispone que los establecimientos municipales de atención primaria de salud deberán cumplir las normas técnicas, planes y programas, y someterse a la supervisión e inspección técnica del Servicio de Salud y del Ministerio de Salud.

Las municipalidades que administren establecimientos de salud de atención primaria, podrán celebrar convenios entre sí, que tengan como finalidad una administración conjunta de los establecimientos, en conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.

Cada entidad administradora de salud municipal deberá formular anualmente un proyecto de programa de salud que debe enmarcarse dentro de las normas técnicas, directrices y recomendaciones del Ministerio de Salud y del respectivo Servicio de Salud. Se establecerá un reglamento que contendrá los diversos aspectos que debe contener dicho programa.

El programa anual será propuesto por el Alcalde, quien lo remitirá al Servicio de Salud respectivo. Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas y directrices del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde para que las remita al Consejo Municipal para su aprobación o rechazo. Si las observaciones del Servicio fueren rechazadas total o parcialmente, se remitirán los antecedentes al Intendente, quien previa consulta al Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, determinará si el programa aprobado por el Consejo se ajusta al marco fijado por los planes nacionales y regionales que regulan la respectiva actividad. El programa entrará en vigencia una vez que se hayan incorporado las observaciones efectuadas por el Intendente.

Se constituirán Comisiones Técnicas de Salud Intercomunal en cada jurisdicción de Servicios de Salud, de carácter asesor, para apoyarse técnicamente en la formulación de los programas de salud, en los procesos de evaluación, en la preparación de convenios intercomunales, en alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal, y en el diseño de proyectos de inversión.

Estas Comisiones estarán integradas por el Director del Servicio de Salud respectivo, quien las presidirá, por los directores de las entidades administradoras de salud municipal y los jefes de las direcciones de atención primaria, del programa de personas y del programa del ambiente del respectivo Servicio.

Durante el año 1993 se generó una gran cantidad de discusiones en torno a este proyecto de ley. El proyecto en su conjunto fue rechazado por el Consejo General del Colegio Médico que pidió el retiro y reestudio de este con mayor profundidad y amplitud, alegando que no se basaba en un análisis acabado de la realidad de la atención primaria en Chile, la que, de paso, disociaba, impidiendo una comprensión integral de salud. El proyecto, según la Orden, no superaría la situación grave de atomización y descoordinación que enfrenta el sector salud (Colegio Médico de Chile, 1993).

El principal partido opositor del gobierno, Renovación Nacional, señaló durante el año 1993 que el proyecto contiene serios defectos que impiden el logro del perfeccionamiento de la atención primaria y el mejoramiento de la situación actual del servicio. Cita una serie de disposiciones que constituirían *«un nuevo reflejo del espíritu centralista y retrógrado que inspira esta iniciativa de ley»* (Instituto Libertad; sf). El proyecto, según el documento, desconoce las realidades particulares de cada comuna e impidiendo a la entidad encargada de la administración pactar libremente con su personal las condiciones de trabajo, atenta en contra la de descentralización de la salud, no

avanza en absoluto en la clarificación del financiamiento de la salud primaria; y el sistema de administración propuesto se caracteriza por una alta injerencia del Servicio de Salud en la gestión de los establecimientos y la ausencia de sistemas de incentivos para que las entidades administradoras presten una mejor calidad de atención.

También dentro de la Concertación han surgido críticas respecto al proyecto de ley. Según un Informe elaborado por Roberto Fuentes, el Estatuto, a pesar de permitir la recuperación del Sistema Local de Salud, «no apunta a solucionar problemas de estructura y funcionamiento» (Fuentes; 1993).

Los principales conflictos que se podrían generar debido al Estatuto de Atención Primaria serían, según la percepción de los Directores de servicios y SEREMIS serían (Friedmann y Heyermann, 1993):

- Conflictos entre los diferentes actores (Municipio, Servicio de Salud, SEREMI, Gobiernos Regionales);
- Distribución arbitraria de los recursos por falta de los elementos necesarios para priorizar adecuadamente los recursos regionales (aspectos técnicos);
- Descoordinación intersectorial en la región;
- Problemas de supervisión y control hacia los municipios;
- Tendencia al centralismo; y
- Diferencia en la administración del recurso humano a nivel municipal y en el Servicio de Salud, lo que provocaría conflictos laborales.

También existen voces a favor del Proyecto Estatuto de Atención Primaria. El Presidente de la Comisión Salud de la Cámara de Diputados, Isidoro Tohá (PS), enfatizó que el proyecto del Ejecutivo no pone en juego la municipalización, sino que busca normar y perfeccionar el sistema de salud municipalizado. Tohá destaca que en materia de financiamiento desaparece la facturación por atención (FAPEM), se agrega el concepto de financiamiento per cápita, y ello permite adecuarse a las realidades de cada zona. Según Tohá, esto es un avance sustantivo<sup>44</sup>.

Según el diputado Francisco Baye (RN), la ley perfecciona y consagra el sistema de salud descentralizado y entrega una estructura jurídica definida a los 17 mil funcionarios que laboran en todas las comunas del país, además de un mejoramiento económico. Destaca la importancia del proyecto despachado en el primer trámite constitucional por la Cámara y que ahora pasa al Senado, por cuanto no sólo perfecciona el sistema de atención primaria de salud municipal, sino que lo consagra como un sistema descentralizado de prestación de salud a través de las municipalidades, «que ha demostrado ser eficiente y eficaz».

Para el ex Ministro de Salud, Jorge Jiménez de la Jara, el proyecto consolidará una reforma histórica a la atención primaria nacional. La normativa del proyecto «rearticula la APS con los otros niveles de atención, gestándose un reforzamiento de la tuición técnica hacia ese nivel a través de la asesoría que presentan los Servicios de Salud» que adquieren un papel central en el diseño de programas de salud, a través de comisiones intercomunales de salud (Jiménez; 1993a). Señala que «el espíritu de esa normativa es que los Servicios de Salud (tuición técnica) están presentes en la génesis, aprobación y ejecución de los programas».

Otro elemento trascendente, destaca Jiménez, es que «la ejecución puede seguir siendo desarrollada por otros organismos no sólo las municipalidades, que pueden ser empresas privadas con o sin fines de lucro, por ejemplo, organizaciones no gubernamentales».

Y por último, destaca que el Proyecto facilita el sentido de pertenencia de los quince mil funcionarios existentes en el marco de un sistema jurídico del personal de la salud municipal que los considera empleados públicos sujetos al Estatuto de la Atención Municipal.

A manera de resumen: el proyecto es un intento de institucionalizar el Subsistema Municipal, pero la ley muestra una serie de deficiencias. Las deficiencias más relevantes dicen relación con:

- a) *Las normas sobre el manejo del recurso humano (sistema rígido, falta de flexibilidad poca claridad en esta materia). Se genera respecto de los recursos humanos una serie de normas sobre remuneraciones, asignaciones y condiciones de trabajo que tienden a consolidar una estructura administrativo-funcionaria dependiente del nivel central y rígida que contradice con el espíritu de descentralización que emana de la propuesta general;*
- b) *las normas sobre el financiamiento La fórmula de financiamiento no está suficientemente elaborada, es decir el proyecto no avanza en la clarificación de este aspecto tan importante; y*
- c) *Hay serias dudas respecto a que el Estatuto estaría en condiciones de superar la difícil situación («atomización» y «descoordinación») en que se encuentra actualmente este sector de la salud. El Estatuto no apunta a solucionar enteramente problemas de estructura y funcionamiento» (Friedmann, Heyermann, 1993).*

**b. Per cápita**

El Ministerio de Salud propuso un nuevo mecanismo de asignación de recursos destinado a financiar el funcionamiento de los establecimientos del sistema municipal, el cual se encuentra en aplicación desde Julio de 1994. Esta propuesta se basa en la aplicación de un per cápita, como criterio básico para calcular el monto máximo de recursos a asignar a los establecimientos de

atención primaria municipalizados. Los recursos se traspasarían por dos mecanismos: el primero consiste en entregar la mayor parte del monto, en función de la población adscrita, y el segundo, en entregar un porcentaje del mismo monto, en función de las actividades realizadas.

Los principales objetivos del modelo per cápita son:

- a. Asegurar la transferencia equitativa y transparente de recursos a las entidades administradoras, con el fin de asegurar a toda la población beneficiaria las prestaciones de salud básica;
- b. Favorecer una gestión descentralizada y eficiente a través de una asignación de recursos de carácter principalmente prospectiva.

Este nuevo sistema de financiamiento, se fundamenta en tres pilares básicos: la determinación del costo de un Plan de Atención de Salud Familiar como marco de referencia para los municipios, la inscripción de la población beneficiaria del sector público y la definición de compromisos de gestión.

El monto del per-cápita corresponde a la suma entre un per-cápita basal y un per-cápita diferenciado. El per-cápita basal es determinado por la estimación del costo de un paquete de prestaciones definida por los programas del Ministerio de salud en base a la normativa vigente y a los rendimientos esperados. El cálculo incluye los costos asistenciales definidos en base al Estatuto de Atención Primaria, y los costos no asistenciales (farmacia, operación, y administración). El per-cápita diferenciado refleja los factores diferenciadores por comunas, vale decir, Ruralidad, Pobreza, Asignación de Desempeño Difícil, y la Asignación de Zona.

Este sistema se inició a partir del 1º de Julio de 1994 en una primera etapa de transición, la cual no considera la situación que considera la aprobación del Estatuto de Atención Primaria, y con una estimación de la población, ya que la inscripción se inicia el año 1995.

### III. Conclusiones

El municipio desempeñó desde la fundación de Santiago funciones ligadas a la salud pública. Estas funciones se fueron perdiendo en la medida que se fueron fortaleciendo los diferentes Ministerios y niveles centrales. Con la creación del SNS se desvincula casi totalmente a la salud de los municipios. Esto vuelve a cambiar con la reforma introducida por el Gobierno Militar, reforma que no fue buscada por los municipios, ni por el sector salud. Para la salud pública, la centralización de las actividades con la creación del SNS, significó un gran avance. El país logró indicadores de salud muy superiores a lo esperado en relación a su nivel socio económico. La

municipalización rompe así este esquema, generando un gran rechazo por parte del sector salud. Con la vuelta de la democracia, se produce una revisión de los cambios, decidiéndose mantenerlos ahora en el marco de la descentralización democrática. Aún así las diferentes acciones implementadas por el Ministerio de Salud tienden a recentralizar las decisiones y el poder, enfatizando fuertemente el rol de los Servicios de Salud.

En relación a los impactos de la municipalización en el personal de salud, esta significó un rechazo y una resistencia permanente, ya que este fue un cambio que no provino del sector salud (basado por lo tanto en los conocimientos de la salud pública o en un determinado modelo de salud), sino que se diseñó a partir de un modelo económico. Por otra parte, estos cambios no fueron consultados al sector salud, e implicaron una pérdida real del poder que tradicionalmente poseía este sector. Esto desencadenó, en gran medida, el permanente descontento presentado por parte de los trabajadores de la salud, sean estos traspasados o no. El traspaso en sí implicó una serie de cambios a los derechos adquiridos por los trabajadores y produjo un aislamiento de estos establecimientos con los niveles de atención más complejos, contacto que es esencial para la capacitación, perfeccionamiento y especialización. Debido a esto, cada vez se hizo más difícil el encontrar personal dispuesto a trabajar en lugares aislados o muy pobres. Es así que cargos han permanecido vacantes durante mucho tiempo, a pesar de ofrecerse sueldos elevados en comparación con los pagados tradicionalmente. Todo esto también se tradujo en una alta rotación del personal, que busca constantemente mejores condiciones de trabajo. Probablemente el punto referido al recurso humano ha sido el más afectado por la transferencia.

El sistema de financiamiento para los establecimientos municipales es considerado malo por la mayoría de los implicados. La restricción financiera, el empobrecimiento del sistema y los problemas que esto produjo incidieron también en los procesos del sistema, con lo que se generó un número importante de rechazos por falta de personal, listas de espera importantes para las interconsultas, debido a la falta de capacidad resolutive del nivel primario, pero también de los niveles secundarios y terciarios. Es probable que el financiamiento insuficiente sea el principal condicionante de los problemas que enfrenta el sector público de salud, ya que los diferentes problemas referidos se presentan también mayoritariamente en el resto del sector público de salud. Con respecto a la infraestructura física, la disminución global del financiamiento implicó una creciente deterioro de la infraestructura, con el consecuente deterioro en la calidad de la atención y en la percepción de los usuarios, que no se ha revertido a pesar de las inversiones que se han realizado los últimos años.

En relación a la gestión, Raczynski y Serrano (1988) definen dos tipos de autonomía municipal, autonomía política y autonomía técnica. Analizando la autonomía municipal en salud desde esta perspectiva, se puede plantear que la primera no existió durante el Gobierno Militar, al estar subordinados y nombrados por el Presidente. Esto cambia con la elección democrática de los alcaldes. En el caso de salud, esta autonomía, está parcialmente subordinada a la autonomía

técnica, autonomía que, según las autoras, si poseían los municipios a partir de la Reforma. En realidad, la autonomía técnica de los establecimientos municipalizados en salud es irreal, ya que ésta no se delegó, quedando siempre en manos de los servicios de salud y de los establecimientos propiamente tales. Los establecimientos de salud han seguido funcionando ligados funcionalmente a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de los grandes indicadores de salud, la municipalización no ha implicado grandes cambios, ya que la tendencia a la mejoría se han mantenido relativamente estable. Por otra parte, es difícil desligar esta mejoría de los cambios en los factores condicionantes generales, como la educación, los niveles socioeconómicos, la potabilización del agua, el saneamiento ambiental, etc. Lo que sí podemos afirmar es que la municipalización no implicó un empeoramiento de los indicadores de salud.

### Capítulo 3 MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN

Chile y el resto de los países latinoamericanos han sido tradicionalmente países con una administración de tipo centralista, heredera de la organización castellana, en que las unidades locales han estado sometidas de alguna forma u otra a los organismos centrales. Estos últimos años se ha desarrollado un impulso para producir una descentralización de la administración de gobierno hacia las unidades locales, como una forma de solucionar los numerosos problemas, tanto sociales como económicos que se presentan en estos países. En este marco, la entrega de atribuciones y funciones a unidades locales como son los municipios, parece ser una alternativa atractiva para la mayoría de los países.

#### I Por qué ahora?

El concepto de la descentralización y su uso viene siendo promovido por diferentes teóricos desde hace más de treinta años. Pero esta ha tomado impulso real, recién en el último decenio. Esto lleva a pensar que existen algunos factores condicionantes actuando en este momento, que han hecho de la descentralización algo atractivo. Boisier (1990), refiere cuatro grupos de causas que estarían impulsando en este momento la ola descentralizadora en los países de Latinoamérica, a saber: la búsqueda de la eficiencia política-administrativa de los estados; la redemocratización de los gobiernos latinoamericanos; la progresiva privatización de las empresas públicas; y los numerosos adelantos técnicos que se han producido.

**a. La Reestructuración política de los Estados**

Las sucesivas crisis económicas que han determinado importantes endeudamientos a los Estados latinoamericanos, asociado a la obsolescencia de sus aparatos administrativos, han llevado a una reestructuración administrativa de la mayoría de los países en la búsqueda de mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado. Los mecanismos de desconcentración del poder, ampliamente utilizados en Latinoamérica estas últimas décadas, no fueron capaces de responder satisfactoriamente a estas necesidades. La descentralización aparece así como una estrategia que, al entregar poder y responsabilidades a los niveles menos complejos, favorece así la disminución del tamaño y el mejoramiento de la eficiencia del aparato estatal. Esta fue una de las premisas usadas por el Gobierno Militar en Chile para realizar las reformas. Cabe señalar que estas no determinaron una mayor descentralización sino, por el contrario, incidieron en una mayor centralización a través de la fuerte desconcentración llevada a cabo (Rufián, Palma 1993/26).

**b. La privatización de empresas públicas**

Otra de las causas que impulsan a la descentralización, es el concepto de la privatización progresiva de las empresas públicas. Boisier (1990), considera la privatización de las empresas públicas como un tipo especial de descentralización, ya que el proceso implica la entrega de la gestión a un nuevo administrador con personalidad jurídica propia. Esta definición no es aceptada por todos los investigadores. En todo caso, es claro que la gestión local descentralizada facilita que los productores y proveedores privados presentes en esos niveles participen directa o indirectamente en la gestión local, estimulando el mercado local. Este es un aliciente importante para los partidarios de la economía de libre mercado para propiciar una gestión descentralizada del Estado, ya que en un Estado descentralizado con una multiplicidad de entidades con capacidad de negociación individuales la participación del sector privado en algunos de los procesos se ve favorecida. Por otra parte, la privatización de las empresas públicas es vista por muchos técnicos como una alternativa o bien como un complemento a la descentralización, ya que buscarían objetivos semejantes: la eficiencia en el uso de los recursos; la equidad en la asignación de los beneficios; esfuerzo de los beneficiarios; y libre elección de los usuarios. De hecho, estos planteamientos fueron los que estuvieron en la base de la municipalización en Chile, que buscaban llegar finalmente a la privatización (Sánchez 1990; Büchi, 1991).

**c. Redemocratización de los gobiernos**

En la década de los setenta, en la mayoría de los países latinoamericanos existían gobiernos autoritarios o democracias imperfectas. Esto implicaba que el poder y las decisiones estaban en manos de los gobernantes de turno, con muy escasa participación del resto de la población. Con la llegada de los años ochenta, se inicia en Latinoamérica un proceso de redemocratización, con la consiguiente elección popular de los gobernantes y una valorización muy importante de los

derechos de participación y de opinión de todos los sectores. Es así que los nuevos gobiernos electos democráticamente, que plantearon como prioridades políticas la participación de las comunidades en la gestión y el desarrollo de las libertades a nivel local, vieron en la estrategia de descentralización una forma de operacionalizar estos planteamientos. Esta democratización se hace efectiva en el nivel municipal, con la libertad de acción que poseen las autoridades locales para tomar decisiones y buscar soluciones propias a los problemas.

d. Adelantos técnicos:

Los adelantos técnicos en las comunicaciones y en la computación casi han eliminado los problemas debidos al aislamiento y las grandes distancias entre las unidades, lo que ha significado para muchas empresas la posibilidad de tener sus diferentes componentes distribuidos en distintos lugares geográficos sin perder su unidad como empresa. Este tipo de adelantos técnicos pueden favorecer tanto a la descentralización como a la centralización, ya que la cercanía virtual determinada por la facilidad de las comunicaciones, permite que las decisiones se tomen a mucha distancia de los hechos y no necesariamente en el territorio donde ocurren las situaciones. De hecho, la cercanía física y territorial a los niveles superiores en la estructura administrativa implica que en muchas ocasiones las decisiones son asumidas por estos niveles en desmedro de los niveles descentralizados<sup>45</sup>. Esta situación podría repetirse con la cercanía comunicacional determinada por los adelantos técnicos, favoreciendo así la centralización y no la descentralización.

De estas cuatro causas, sólo las dos primeras pueden claramente vincularse a las reformas introducidas por el Gobierno Militar.

## II. ¿En qué consiste la descentralización?

Existen muchas definiciones del concepto de descentralización, pero en términos funcionales la descentralización consiste en: «*aumentar el poder, la autonomía de decisión y de control de recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales en detrimento de los órganos del estado central*» (De Mattos, 1988). Implica, por lo tanto, una reforma de carácter político, jurídico y también administrativo, en la cual el poder se redistribuye en base a órganos definidos por límites territoriales. En términos administrativos, la descentralización se refiere al proceso de subdivisión del espacio territorial dentro de un Estado, para su administración o gobierno.

*«La descentralización: un signo de los tiempos, una nueva modalidad contractual entre el Estado y la sociedad civil, un fundamento de algunas utopías sociales, pero, en un sentido inmediato, un procedimiento de acción política que requiere ser desmitificado, revalorizado, clarificado y puesto al servicio de una verdadera democracia»* (Boisier, 1990)

La descentralización es planteada por sus partidarios como una estrategia para solucionar una serie de problemas del Estado como son; el desarrollo de los niveles de administración locales para mejorar la eficiencia y la eficacia de estos; la participación social a nivel de las comunidades; la democratización de los procesos sociales, y; la reducción de la injusticia social.

**a. El desarrollo local<sup>46</sup>:**

La descentralización se presentó como una forma de solucionar los problemas de administración pública. Estos problemas, tales como la ineficiencia y la burocratización, se ha relacionado directamente al las administraciones burocráticas de tipo centralistas, siendo este tipo de administración considerado actualmente, per sé, responsable de gran parte de las actuales dificultades administrativas. En muchos casos, la descentralización, más que ser un medio para, se ha considerado un fin, un principio básico de la gestión administrativa. Esto implicaría que por el sólo hecho de descentralizar aumentaría la eficiencia y eficacia de la administración pública. Esta es una afirmación arriesgada que habría que evitar. Probablemente ni la centralización, ni la descentralización a ultranza, sean mecanismos totalmente eficaces y eficientes para resolver todos los problemas de la administración pública en sus diferentes niveles.

**b. Aumentar la participación social a nivel de las comunidades**

Participación implicaría una cierta redistribución del poder, de la capacidad de influencia, desde los administradores del Estado hacia los actores sociales, con una actitud activa y no pasiva. Se entiende por participación, por lo tanto, como la acción y efecto de participar, así como la intervención más o menos directa en la realización de una cosa.

Esta se da en una mayor forma en los niveles locales, más cercanos a la comunidad, por lo que lógicamente un proceso de descentralización tendería a favorecer la participación social. El sólo hecho de una mayor descentralización administrativa no garantiza la participación, ya que esta no sólo depende de que se creen los canales para esta, sino que requiere de una conducta activa (acción) de la comunidad. Así el grado y tipo de participación estaría también determinado por las características propias de la comunidad, como son, el nivel educacional, el grado de organización que tenga, etc.

**c. La democratización de los procesos sociales.**

La descentralización se ha ligado fuertemente a la democratización de los Gobiernos. A fines de los años ochenta, los países latinoamericanos salían de gobiernos autoritarios, no democráticos, y al mismo tiempo la descentralización como corriente se fortalecía. La elección democrática de los gobiernos nacionales y locales, y la necesidad de gobernar cerca del pueblo que había ganado

la democracia, llevó naturalmente a asumir la descentralización como un mecanismo adecuado para fortalecer esta democracia naciente. Si bien la centralización es perfectamente compatible con la democracia, este concepto lleva subyacente la imagen de un gobierno fuerte, autoritario, alejado de las personas. Así la descentralización es asociada con la democratización. En el nivel local, y en forma práctica, esta democratización se entiende como la capacidad que poseen las autoridades electas de decidir, en el ámbito de sus competencias, sobre las diferentes formas de llevar adelante el desarrollo. En este marco, la delegación y entrega de funciones y responsabilidades sí es un elemento que contribuye directamente a la democratización de los países.

#### d. Reducir la injusticia social

La justicia social tiene que ver con la redistribución del poder y de los derechos hacia la comunidad, y también se relaciona con la participación en el poder local de las organizaciones representativas de la comunidad. Este, que es uno de los objetivos buscados con la descentralización, puede ser el más difícil de lograr. La definición de quiénes o qué organizaciones representan a la comunidad en mejor forma, puede llevar a que las oligarquías locales, mejor organizadas y generalmente más preparadas, usen estas atribuciones para beneficio propio y no hacia la comunidad.

¿Qué es la comunidad? Para definir una comunidad se requiere la presencia de algunos elementos básicos como son: la existencia de un espacio físico delimitado o territorio; un grupo humano con intereses comunes; y con un sentimiento de solidaridad. Esto es posible encontrarlo en grupos homogéneos, en que los intereses y las capacidades son similares. En las divisiones territoriales, es raro encontrar este grado de homogeneidad, siendo lo más común el que existan una multiplicidad de grupos, con diferentes características, con diferentes problemas e intereses y con diferentes grados de poder real. Es así que el grupo que esté más cerca del poder descentralizado y que participe en este cogobierno, es el que se verá favorecido, y a su vez los grupos alejados se verán marginados. La justicia social y la búsqueda del interés general, no están ni mucho menos, garantizados por la descentralización.

### III. La descentralización en Chile.

En Chile la descentralización se ha introducido en los procesos de reforma del Estado, impulsado por corrientes provenientes de diferentes sectores de la sociedad. Ya los grupos partidarios de la economía liberal en el Gobierno Militar, venían impulsando esta estrategia, a través de la formación de las regiones, la privatización de las empresas, etc. Pero debido a las características autoritarias del gobierno, este proceso fue utilizado como un mecanismo para manejar en mejor forma el poder desde el nivel central, y consistieron más bien en una desconcentración del poder<sup>47</sup>. A este respecto, Rufián y Palma (1993) en el documento «La

Descentralización, Problema Contemporáneo en América Latina» refieren: «*se ha señalado que la regionalización llevada a cabo por el régimen del General Pinochet es solamente una desconcentración*». Aún así en las reformas llevadas adelante durante los primeros años del gobierno de Aylwin, estas fueron apoyadas fuertemente por los partidos políticos de derecha (Ley de Gobiernos Regionales).

El Presidente Aylwin planteó en su discurso en las Primeras Jornadas de Regionalización (Valparaíso 1990) que «*..la descentralización es una de las formas concretas de realizar uno de los compromisos de mi gobierno con Chile, que es la democratización de nuestra sociedad...Descentralizar significa ampliar a un mayor número de gente la capacidad de decisión sobre los problemas que le afectan*» (Aylwin, 1990)<sup>48</sup>.

En el país existen dos tipos de unidades territoriales en los cuales se estaría hablando de descentralización: Los municipios y las regiones. En el caso de las unidades regionales esta se operacionaliza con la dictación de la Ley de Gobiernos Regionales (Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional; Ley Num. 19.175; 11-Nov-1992). Este proceso es la culminación de un cambio gradual que se había venido produciendo en el país desde la década de los sesenta, primero como planificación del desarrollo, posteriormente con la regionalización y la desconcentración territorial de los ministerios (SEREMIS), culminando con la creación de los Gobiernos Regionales<sup>49</sup>. Aún así, la regionalización no otorgó una personalidad jurídica a la región como unidad territorial sino que se le entregó al Gobierno Regional, a diferencia de los municipios que sí la poseen.

En el caso de los municipios, estos existen desde antes de la creación de las regiones, habiendo pasado por etapas en que se les ha dado mucha importancia, y otras en que su relevancia ha sido mínima. El nivel provincial en Chile, tiene actualmente una escasa importancia en lo que se refiere a la gestión político-administrativa. A pesar de esto, en algunos sectores del Estado, el nivel provincial aún juega un rol importante y a veces crucial como en los sectores Salud (servicios de salud) y Educación.

La descentralización a nivel de los municipios es vista actualmente como una posibilidad real y con perspectivas diferentes a las que tuvo durante el Gobierno Militar. En este marco, la mantención en el ámbito de competencia de los municipios de la administración de los servicios sociales traspasados, es vista actualmente por los partidarios de un poder municipal fuerte, como un elemento fundamental para la revalorización del rol municipal.

#### **IV. Descentralización y salud**

Durante los últimos años, organizaciones de relevancia en la fijación de políticas de salud como la Organización Panamericana de la Salud, han propiciado la descentralización política, administrativa y territorial de la salud en los países de la Región, como una estrategia que permite

que las autoridades locales respondan a las necesidades individuales, familiares y/o comunitarias de la población del área bajo su responsabilidad, de manera más apropiada y oportuna que cuando el proceso es dirigido y administrado por el nivel central.

Este proceso de descentralización propiciado para el sector salud, no ha ido siempre en paralelo a la reestructuración de los Estados, sino que se enmarca generalmente en el concepto de descentralización funcional dado por Boisier (1990/17), en que existiendo dos personas jurídicas sin relación de dependencia se produce el reconocimiento de competencias específicas o delimitadas a sólo un sector de actividad, al ente descentralizado. Esta situación ha llevado a que se produjeran desencuentros entre las políticas de descentralización del Estado, y las llevadas a cabo por el sector salud.

a. Qué entiende salud por descentralización?

La OPS ha propiciado la descentralización de la salud basada en tres elementos básicamente. El primero es el logro de la meta planteada para la salud en el Año 2000, «*Salud para todos en el año 2000*». El segundo es la Estrategia de Atención primaria, que ha venido promoviendo desde la reunión producida en Alma Ata en 1979. El tercer elemento es la definición de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como una forma funcional y territorial para operacionalizar las metas y las estrategias propuestas. Para el logro de estos elementos se requiere que los sistemas de salud tradicionalmente centralizados, deleguen atribuciones, funciones, y responsabilidades en estos SILOS. Es así que la descentralización de la gestión de salud es un elemento básico para lograr las metas y los objetivos propuestos.

Esta necesidad de descentralizar algunas atribuciones y funciones, se origina en un diagnóstico de la situación de la salud de las personas y de los modelos de sistemas de salud, y no de la situación global del Estado. Por lo tanto, a pesar de usar los mismos elementos en la definición, la descentralización propuesta por el sector salud, se origina en otra fuente y busca objetivos diferentes.

En Chile, el proceso de redistribución de atribuciones dentro del sistema de salud, entendida como descentralización bajo el concepto OPS<sup>50</sup>, se ha ido produciendo gradualmente. El Sistema de Salud que el país posee actualmente es el resultado de una serie de cambios introducidos al modelo prevaleciente durante la década de los años sesenta y gran parte de los setenta. El modelo de carácter nacional, solidario y centrado en el rol del Estado, pasó a un modelo de 27 Servicios de Salud legalmente autónomos, pero en que aún existe una gran cantidad de decisiones radicadas en el nivel central. Estos 27 Servicios constituyen para el sector la unidad básica de descentralización, con un concepto que involucra un territorio, problemas de salud específicos, y la estructura del sistema de salud (red de hospitales, consultorios y postas). Así, al pensar en descentralizar, el sector salud busca fundamentalmente entregar atribuciones a los Servicios de Salud. Esta

redistribución del poder hacia los servicios es necesaria para mejorar la gestión del sistema de salud, sin perder las ventajas que posee para el sector salud la centralización de las decisiones. Esta descentralización propuesta por el sector salud, busca un nuevo equilibrio al sistema tradicional presente ya en el SNS, centrando al poder en unidades territoriales más pequeñas que faciliten así el manejo administrativo. No implica por lo tanto una reforma del sistema de salud, o una nueva forma de enfrentamiento de los problemas, sino un nuevo punto de equilibrio en una unidad territorial más manejable.

La percepción del sector salud queda claramente planteada en el documento «Sistema de Salud Chileno. Una Agenda para el Cambio» (Ministerio de Salud 1991a), donde se plantean una serie de criterios para definir las políticas del sector. En este documento se definió al Sistema de Salud Chileno como un sistema de salud mixto Público-Privado, y se señalaron los siguientes puntos<sup>51</sup>:

- a. «La política de salud impulsará el fortalecimiento y ampliación de la descentralización. *Un proceso de descentralización constituye un elemento consustancial al logro de los objetivos de mayor participación y de incremento de la eficiencia. La descentralización deberá permitir una gestión flexible y autónoma, manteniendo una estrecha coordinación que asegure la integralidad del sistema de salud chileno.* Asimismo, deberá considerar las necesidades y los derechos de la población en lo relativo a disponibilidad, acceso, calidad de la asistencia, participación de la comunidad en el sistema de prestación de asistencia de salud. *La ampliación del proceso de descentralización se expresará en el campo de la toma de decisiones respecto de los recursos financieros, a través de un incremento en las atribuciones de los Servicios de Salud. En el campo de los recursos físicos se dará mayor relevancia a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud como coordinadores de los planes de inversión sectorial y extrasectorial. Así mismo, se aumentarán las atribuciones de los Servicios en los demás campos propios de su acción.*
- b. De manera complementaria a las políticas reseñadas en el punto anterior, se reforzarán las tareas de supervisión y coordinación, mediante el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, tanto a nivel central como regional;
- c. Se elevará la eficiencia productiva y la eficacia del sector público frente al nuevo perfil epidemiológico del país, asignando recursos en forma prioritaria a las soluciones de mayor costo-efectividad. Política de mejoramiento de la eficiencia considerará las acciones necesarias en lo que se refiere a modernizar los sistemas administrativos, implementar sistemas de información para la gestión, e incorporar los incentivos adecuados. La excelencia institucional que se espera del sistema de salud, para que concurra efectivamente al proceso de desarrollo, deberá manifestarse en la calidad de los servicios que se prestan a la comunidad; y

- d. La reorganización de los sistemas y el consecuente cambio en las estructuras administrativas se realizará en un marco de participación de los agentes involucrados en el proceso.» (MINSAL, 1991a).

Estos párrafos muestran claramente lo que busca el sector salud al impulsar la descentralización. Estas diferentes concepciones y objetivos llevan a una consecuencia lógica: la existencia de numerosos conflictos y desencuentros entre los personeros del sector salud y del gobierno.

#### b. Conflicto descentralización-descentralización

El conflicto generado en torno a la descentralización y la salud se origina, en parte, en los diferentes conceptos de descentralización que se manejan. El sector salud, en su concepto amplio, concibe la descentralización, como una estrategia sectorial, para mejorar su eficiencia y eficacia, generada y comandada desde el sector. Desde este punto de vista, las entidades ejecutoras de este proceso son los Servicios de Salud autónomos. Desde el punto de vista del Estado, la descentralización es una estrategia política y administrativa que no involucra a un sólo sector, y que busca el desarrollo, la democratización, la participación y mejorar la gestión local. Desde este punto de vista, el ejecutor lógico de esta estrategia es, por una parte, el municipio y, por otro lado, los gobiernos regionales. Es así, que si la descentralización se hubiera efectuado desde el sector salud, probablemente los municipios no tendrían actualmente las funciones que ahora tienen en salud.

Este conflicto es un problema aún no resuelto. La viabilización del proceso de descentralización que se inicia en el país, requiere de un entendimiento entre los diferentes sectores involucrados, y principalmente entre gobierno interior, salud y educación. Para el logro de este entendimiento se hace necesario homogeneizar los lenguajes, y conocer las fuerzas que impulsan los cambios en los diferentes sectores, de modo de que los cambios vayan en un solo sentido y tengan una lógica universal.

### V. Municipalización de la salud-descentralización

El proceso de municipalización de los establecimientos de nivel primario, se realizó en un momento en que el municipio estaba sujeto a una serie de cambios en relación a lo que tradicionalmente había representado. Es así que en Septiembre de 1973 (Decreto Ley 25) los municipios dejaron de ser cuerpos pluripersonales generados democráticamente, y cesaron en sus cargos todos los alcaldes y regidores. En el año 1974, con la ley 573 se suprime la autonomía jurídica de los municipios y el alcalde pasa a ser designado directamente por el Jefe Supremo de la Nación, siendo supervigilado por el Ministerio de Interior (DL. 575, Julio 1974). Posteriormente, el municipio es incorporado definitivamente al sistema de administración interior del Estado, debiendo el alcalde realizar entre sus funciones aquellas que le fueran delegadas por el Gobernador

(Decreto Ley 1289, Enero 1976). La Constitución de 1980 (artículo 25 transitorio) ratifica el nombramiento directo de los alcaldes por parte del presidente con lo que se mantiene la verticalidad y la jerarquización, y la falta de participación de la comunidad.

Todas estas condiciones hacen de la municipalización realizada en Chile un proceso especial en que la reforma administrativa no significó una real descentralización de los servicios públicos, ni creó las condiciones para un efectivo desarrollo local, debido a la falta de autonomía municipal y a la ausencia de participación de los ciudadanos en la gestión de los asuntos locales (Hevia, 1988).

Por otra parte, como hemos visto en el Capítulo 2, desde el punto de vista de los establecimientos traspasados, estos han seguido ligados a los Servicios de Salud y al sistema de salud en su trabajo diario, en la planificación de sus actividades, y en el sentido de pertenencia de sus trabajadores.

Podemos afirmar entonces que, en realidad, la municipalización de la salud en Chile, entendida en el marco de la descentralización, aún no se ha producido.

La municipalización de los servicios sociales, realizada a partir de 1982, no puede ser considerada como una real herramienta de descentralización, democratización y participación de la comunidad. Es por eso que, desde este punto de vista, la municipalización aún no se ha realizado. Esta premisa nos abre varias posibilidades de acción. La primera, consistiría en deshacer lo que fue definido legalmente pero no llegó a concretarse. Esta alternativa parece ser actualmente poco atractiva para la mayoría de los diferentes actores del país. La segunda alternativa, es no aceptar esta afirmación y pensar que la municipalización sí se hizo, con lo que sólo es necesario realizar ajustes para mejorar las situaciones problemáticas. Finalmente, la tercera implica asumir que la municipalización tiene ventajas y hacer todo lo necesario para hacer efectivo el proceso. Es decir, municipalizar realmente lo que antes fue un traspaso en el papel.

Poniéndonos en esta última alternativa, en los próximos párrafos analizaremos las diferentes perspectivas de la municipalización, las amenazas y las oportunidades, y algunos lineamientos para el cambio.

#### **a. Perspectivas de la municipalización**

La situación del país en este momento es substancialmente diferente a como se encontraba hace 10 años atrás. La aplicación de la ley municipal, la ley de gobiernos regionales, la elección democrática de los alcaldes, permiten reenfocar el tema de la municipalización desde una nueva perspectiva.

Como afirmamos, la municipalización aún no se ha hecho, pero nos encontramos ante una oportunidad única para probar realmente la efectividad de la estrategia. En este momento de la evolución política del país, la mayor parte de las fuerzas están de acuerdo en que la descentralización es necesaria y que el país es suficientemente maduro para encarar la responsabilidad que esto representa. Cada vez es más importante y hay mayor consenso en la necesidad de desarrollar las capacidades de gestión de los niveles locales y de entregarles poder.

Desde el punto de vista del sector salud, ya es aceptado que las soluciones a los problemas de la salud no provienen exclusivamente de la atención de salud sino que también es necesario la participación de elementos provenientes de otros sectores. El concepto de la salud integral, basada en la concepción ecológica de la salud, sitúan al sector salud a la cabeza del impulso descentralizador.

Las perspectivas para la descentralización y, por lo tanto, para la municipalización son en este momento más favorables que lo fueron nunca antes. Esto no implica que esto sea un proceso fácil. En los próximos párrafos analizaremos algunos obstáculos y amenazas que enfrenta actualmente la municipalización.

**b. Amenazas y obstáculos a la municipalización**

- Una de las mayores amenazas a que se enfrenta la municipalización, es el apoyo insuficiente del gobierno a la descentralización efectiva y a la municipalización. El Estado chileno sigue funcionando en forma centralizada porque los que trabajan en los niveles centrales quieren seguir manteniendo el control sobre el diseño de las políticas, los planes, los programas, los proyectos, el financiamiento, bombardeando a los niveles locales sectoriales con actividades planificadas centralizadamente, y dejando poco espacio para la elaboración de políticas locales en los establecimientos y municipios. Esto no es de exclusiva responsabilidad de los niveles centrales, ya que ni la comunidad, ni los niveles locales de gestión asumen la autorresponsabilidad sobre los diferentes problemas locales y sus soluciones, demandando rápidamente soluciones directas por parte del nivel central.
- Esta dificultad en entregar la capacidad de elaboración de soluciones locales se manifiesta, en salud, en una normación excesiva y en detalle de todas las actividades que se deben realizar en establecimientos primarios. El estatuto de Atención Primaria, en estudio, plantea en el ámbito de la administración, que las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud. El alcalde respectivo deberá presentar el proyecto al servicio de salud, el cual deberá realizar observaciones. Estas observaciones serán analizadas por el consejo comunal.

En caso de no existir acuerdo, el Intendente regional es el que definirá. Este mecanismo, de ser aprobado, deja la posibilidad al municipio de programar de acuerdo a su realidad, si es que las normas técnicas y los reglamentos ministeriales no son exageradamente restrictivos. Pero requiere de la existencia, a nivel de los municipios, de grupos de personas capacitados en el diagnóstico y la planificación en salud, de modo de planificar de acuerdo a las necesidades locales. Para disponer de recursos capacitados en todos los municipios se hace necesario iniciar un proceso de capacitación intenso, que incluyan entre otros temas: planificación de salud, criterios de costo beneficio, evaluación, elaboración de proyectos. La necesidad de tener recursos capacitados en todos los municipios puede disminuirse si los municipios tienen la posibilidad de formar unidades que incluyan a más de un municipio, con problemas comunes, de modo de presentar un proyecto único para todos.

- El financiamiento es otra de los grandes obstáculos que enfrenta la descentralización. La descentralización no implica necesariamente una disminución de los costos del sistema, sino que generalmente esta va ligada a mayores gastos. La gestión local requiere de profesionales capacitados, bien remunerados, equipamiento, etc. Por otro lado, la cercanía a los problemas afina los diagnósticos detectándose problemas que antes no eran vistos debido a que los promedios ocultaban las realidades locales. Así, un apoyo real a la municipalización significará un mayor desembolso financiero que deberá acompañarse de una redistribución de los fondos, buscando la equidad para no desfavorecer a las comunas más pobres. Este punto es muy importante, ya que actualmente se pueden observar grandes diferencias en las capacidades financieras entre las comunas con mayores ingresos y las más pobres. Esta diferencia financiera no se conpadece con las necesidades reales ya que generalmente las comunas con menores ingresos son también las más necesitadas, donde se concentran los beneficiarios de los sistemas públicos y las que presentan mayores problemas sociales, económicos, educacionales y de salud. La redistribución de los recursos requiere de un sistema que no premie la ineficiencia pero que asegure la equidad.
- La municipalización requiere de la existencia de una estructura administrativa regional fuerte y capacitada. El nivel regional en el país se encuentra aún en una etapa inicial de desarrollo y requiere también de un apoyo importante para desarrollarse efectivamente.
- Las diferencias entre la estructura territorial existente en la división política administrativa del país y la división funcional del sistema de salud (incluso en las áreas geográficas de competencia de los establecimientos de salud), dificulta el manejo de la información y el trabajo coordinado entre los servicios de salud y los municipios. Para que el municipio asuma la responsabilidad real sobre los problemas de salud de su comunidad, la conformación territorial de la comuna debe incluir entre los criterios de

delimitación, criterios provenientes del área de la salud pública. Esto permitirá que la concepción de la salud se incorpore al concepto de desarrollo local.

- Otra de las grandes amenazas que afectan al proceso de municipalización, es la persistencia de la concepción del modelo de salud único y nacional entre los trabajadores del sistema. Los graves problemas de coordinación existentes y la falta de integralidad en la atención de salud parecen elementos que apoyan esta conducta. Es así que personeros del sector salud afirman que la falta de integralidad del sistema de salud debe solucionarse a través de la devolución a los Servicios de Salud de los establecimientos traspasados.
- La debilidad organizacional de los municipios ante la organización de los Servicios de Salud, ha condicionado que los establecimientos traspasados se sientan más ligados a estos últimos que a los municipios. Para los establecimientos de salud el referente técnico dado por los servicios es fundamental. En relación a los problemas presentados por el personal, una de las dificultades más grandes para el fortalecimiento de la salud municipal es la dificultad que existe para que los recursos humanos capacitados permanezcan en los establecimientos. Esto fue condicionado en un primer momento por la pérdida de algunos beneficios, pero probablemente en estos momentos los problemas que se presentan se deban a las condiciones económicas, a las dificultades para la capacitación, el perfeccionamiento, y para la continuidad de una carrera dentro del sistema de salud.
- La «alcaldización» de la gestión municipal es un problema no resuelto. La personalidad y el estilo de gestión del alcalde sigue comandando en gran medida las acciones del municipio e influyendo en la gestión de salud. Por otra parte, en muchos casos el municipio es considerado el trampolín para una carrera política, lo que determina por parte del alcalde la realización de acciones populistas que buscan impactar de modo de conseguir una mayor votación.
- Las diferencias internas entre la condición de los funcionarios municipales y de los funcionarios de salud son una fuente generadora de problemas, ya que constituyen dos «castas» diferentes. Estas diferencias se manifiestan en la diferentes condición laboral en las remuneraciones, y en muchos casos en el nivel profesional. Esto determina una importante brecha en la organización en la cual se establece una relación nosotros - ellos, no formando parte de una misma organización.
- Para algunos, el Estatuto de Atención Primaria en estudio en el Congreso, es un elemento que va a entorpecer la gestión municipal, dificultando el desarrollo de una descentralización real, al demarcar las funciones del municipio sobre la salud.

- El fuerte surgimiento del sector privado en gran parte de las comunas del país, sobre todo las urbanas, está produciendo una menor demanda de los servicios primarios del sector público. Esto requiere por parte de los municipios replantearse las estrategias de salud para la población a su cargo.
- c. **Potencialidades**
- Apoyo político: El Gobierno ha manifestado reiteradamente que pretende convertir al municipio en una unidad real de desarrollo comunal integrado en que la salud se aplique en su concepto más amplio y básico. La planificación del desarrollo será así integral, unificando la información, diagnóstico y asignación de recursos. Por otra parte, los diferentes grupos de poder han ido acercándose lentamente y existe un cierto grado de acuerdo y apoyo a la municipalización.
  - Participación Comunitaria: Los municipios tienen una posibilidad real de promover la participación de la comunidad en la gestión local y de salud, debido a la cercanía física y funcional entre estos.
  - Estrategias Intersectoriales: Los municipios, al ser ejecutores de las actividades de los diferentes sectores, tienen la posibilidad de desarrollar las actividades en forma coordinada promoviendo la intersectorialidad. Este punto es de mucha importancia ya que gran parte de los problemas que inciden en la salud de las personas pueden ser enfrentados por los municipios, en su rol de ejecutores de las políticas y planes de los diferentes sectores. El municipio podría así buscar la reversión de las causas, y coordinar las soluciones, provenientes de diferentes sectores. El proceso de salud-enfermedad está condicionado por múltiples factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen, directa o indirectamente, en la situación de salud de las personas y del ambiente. El trabajo coordinado localmente para promover la salud y prevenir la enfermedad implica realizar acciones simultáneas en los niveles de educación formal e informal, mejorar la vivienda, aumentar empleos, garantizar estabilidad laboral, realizar acción cultural y de recreación, entre otras. La delimitación de espacios territoriales puede contribuir a facilitar la planificación intersectorial local.
- d. **Oportunidades**
- Actualmente existe un apoyo generalizado a la descentralización como herramienta para el logro de la democratización del país. Este apoyo proviene no solamente de instituciones nacionales, sino también de organismos internacionales como la OPS, la CEPAL, UNICEF, etc.

- La generalización y difusión de conceptos de gestión local, administración local adecuada a las necesidades, se manifiestan en la existencia de numerosos programas de capacitación. Este factor es una oportunidad al estar presentes los elementos de base para establecer un sistema o programa de capacitación que incluya en forma integral los temas de salud y de gestión municipal.
- El sistema de salud posee normas y reglamentos difundidos y conocidos a lo largo del país. Es así que el personal de salud conoce y maneja los elementos básicos suficientes para entregar una determinada calidad de atención. Es el momento de darles más autonomía y la oportunidad de diseñar sus propias estrategias, cumpliendo los niveles centralizados un rol de apoyo y supervisión. Esta autonomía debe plantearse en el marco de la acción del municipio, y no solo de la acción del establecimiento de salud.
- El costo económico que implicaría el devolver los municipios a los servicios de salud, es suficientemente elevado como para imposibilitar esta acción.
- El fortalecimiento de los gobiernos regionales es un elemento favorecedor de la autonomía de los niveles locales. Los niveles regionales cumplen un rol fundamental al acercar los niveles centrales a las realidades existentes en los niveles locales, por una parte, y para acercar a los niveles locales a los diferentes niveles centrales. Actúa así como un elemento articulador de políticas, planes y acciones.
- La posibilidad de formar agrupaciones municipales para enfrentar problemas similares va a facilitar el desarrollo de acciones concertadas, optimizando las capacidades instaladas de los diferentes municipios.

## **VI. Estrategias para fortalecer la municipalización**

La descentralización, tal como lo refieren numerosos autores, es un medio, un instrumento. Para lograr los resultados esperados no basta con implementar una reforma político-administrativa, sino que se requiere dar una serie de pasos, sino previos a la reforma, al menos paralelos a ésta, de modo de ir dirigiendo, apoyando, y evaluando los cambios.

Procesos tan complejos como la descentralización y la municipalización requieren de la implementación de medidas en diferentes estructuras y niveles de la administración del Estado, como también, de los diferentes grupos involucrados y la comunidad. A continuación se presentan algunos lineamientos estratégicos que podrían desarrollarse a nivel de los diferentes sectores involucrados en el proceso de cambio.

#### A. Desde Salud

- **Modelo de salud:** Es importante que el sector salud haga un esfuerzo importante por acercar sus ideas a las que están determinando y conduciendo los cambios administrativos del país. Esto significaría, para el sector, plantear la reforma del modelo de salud en el marco de un concepto de salud integral, sobrepasando la búsqueda de la mejoría de la gestión sectorial del sistema de salud. El concepto de sistema de salud cambia así de una *concepción estructural* (como un conjunto de instituciones) a una *concepción analítica*, en la cual el sistema de salud es entendido como un conjunto de interacciones o conductas humanas en la sociedad y frente al ambiente que determinan el proceso de salud-enfermedad. Este reenfoque facilitaría una acción integrada y coordinada entre los diferentes sectores involucrados en mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población, y mejorar la salud de la población.
- **Coordinación:** Como se ha evidenciado en el capítulo 2 la coordinación es un factor no resuelto actualmente. El sector, y sus diferentes subsistemas, deben buscar mecanismos para mejorar la coordinación, en los niveles locales, regionales y nacionales. Esta debe ser en el área técnica, de información, de definición de prioridades, de proposición de políticas de desarrollo, etc. La coordinación debe buscarse también con los otros sectores, de modo de concertar estrategias comunes. La coordinación final debe producirse a nivel del municipio, ya que este es el efector final de las estrategias.
- **Acercamiento a la comunidad:** La municipalización representa para el sector una oportunidad de salir de los grandes hospitales, de la alta tecnología y la ultraespecialización, para acercarse nuevamente a las personas y a los problemas de salud, donde estos se producen. Esto significa que el sector no debe enfrentar la municipalización como la pérdida de sus establecimientos básicos y del personal que allí labora, sino que como una forma de integrarse en el nivel en que se debe producir el desarrollo local global.

#### B. Desde Gobierno Interior

- **Acercamiento de los paradigmas:** El gobierno debe dar un apoyo real a la gestión municipal de modo de revalorizar el rol que estos cumplen. Por otra parte, los cambios en la estructura administrativa del país deben incorporar los elementos propios de los diferentes sectores. Así, para viabilizar la descentralización y la municipalización, se hace necesario el incorporar los elementos que han condicionado el desarrollo del modelo de salud y de educación, al modelo impulsado por el gobierno interior.

- **Apoyo Político:** El fortalecimiento de la municipalización requiere de la existencia de un apoyo real y decidido a los municipios. Este apoyo implica por parte del nivel central y de los diferentes ministerios, asumir que es el momento de entregar no sólo las funciones, sino el poder real y las responsabilidades que este trae consigo. Sin este apoyo, los municipios van a seguir siendo considerados como estructuras destinadas a pavimentar calles, a dar patentes, o a servir de trampolín a los políticos locales, olvidándose de la función que debieran cumplir, como elemento fundamental en el desarrollo local.
- **Capacitación:** Se requiere capacitar al personal municipal (incluyendo los «traspasados») y a la comunidad. La capacitación debe abarcar desde la difusión del nuevo enfoque para producir cambios en la organización, hasta la capacitación en aspectos específicos de la gestión municipal, de salud, de educación, etc. La capacitación de los diferentes actores del nivel local es básica. El gobierno central debe impulsar una capacitación en los aspectos más comunes a los cuales se van a ver enfrentados en su gestión.
- **Financiamiento:** El sistema de financiamiento del municipio debe buscar una redistribución que resguarde la equidad del sistema, pero que facilite la autogestión. El financiamiento de las actividades de salud y educación traspasadas han significado para el municipio una disminución de las inversiones y de su capacidad de autonomía. Cualquier sistema de financiamiento municipal debe permitir a éste algún grado de autonomía, que le permita generar iniciativas propias. Por otra parte éste debe considerar las diferencias debidas a las condiciones específicas de las diferentes comunas, sirviendo así de factor de equilibrio.
- **Apoyo a la gestión:** La aparente incapacidad, inmadurez o falta de experiencia para tomar decisiones en el nivel local, no debe ser utilizada por el nivel central como un argumento para demorar o entorpecer la descentralización. Es aquí donde la asesoría, la capacitación, la supervisión técnica del nivel central, acompañadas de un alto grado de motivación y preparación de los recursos humanos en los niveles ejecutivos locales, se vuelven fundamentales para apoyar el proceso y colaborar en la solución de problemas y en la corrección de faltas. No solamente es necesario la capacitación en gestión, es indispensable que se mantenga un enlace permanente entre este nivel y el nivel central, de modo que ante una situación específica, el nivel local pueda solicitar apoyo a las estructuras superiores en la búsqueda de la solución de sus problemas. Esto no debe implicar una disminución de su libertad de gestión

### C. Desde la Región

- **Rol de articulador:** La función de los niveles regionales como articuladores de las políticas, programas y de las diferentes iniciativas, tanto centrales como locales, va a ser fundamental para el apoyo al trabajo de los municipios. Un gobierno regional fuerte, es fundamental para una adecuada descentralización comunal. El gobierno regional debe actuar como articulador de las diferentes iniciativas, generadas ya sea a nivel municipal, como también las nacionales. La articulación debe darse no sólo entre nivel central y local, sino intraregional e interregional, buscando optimizar las iniciativas locales para problemas comunes dentro de la región o con regiones vecinas.
- **Información:** Un sistema de información regional que incorpore datos regionales y nacionales, facilita el trabajo del municipio, ya que éste requiere para una adecuada gestión, disponer en forma oportuna información de nivel nacional, o regional, con fines de comparación o seguimiento.

La información es importante para realizar una buena gestión en los diferentes niveles. Esta debe enfrentarse, no sólo como una entrega de información desde los niveles locales hacia los niveles centrales, sino como un proceso dinámico, en que la información fluya en ambos sentidos. Este intercambio además de dinámico, debe ser concertado. Es decir, todos los niveles participantes deben poder definir sus necesidades básicas de información y determinar en conjunto cual es la información que se va a recabar, con qué periodicidad, y con qué fines, con el objeto de no recargar el sistema con información inútil y al personal con trabajo extra.

### D. Desde el municipio

- **Rol del Municipio:** El municipio debe redefinir su rol, integrando definitivamente los conceptos de salud y educación en su quehacer. El municipio debe dejar de ser el buzón de las iniciativas planeadas y generadas desde el nivel central, sino que debe convertirse en la unidad básica desde donde nazcan las políticas regionales y nacionales, y en un elemento generador de iniciativas.
- **Relación municipio-gobierno. Municipio-Base social:** *«Para comprender el municipio como instancia descentralizada de poder, se requiere incorporar al análisis dos niveles: por un lado, las relaciones del municipio con el Gobierno central y, por el otro, las relaciones del gobierno local con la base social»..» Las relaciones Centrales-locales son determinantes de la capacidad de acción, de la efectiva autonomía, de la creatividad del municipio»* (Raczynski, Serrano, 1988). La relación municipio-base

social, esto es, la manera en que el alcalde, el funcionario, el planificador local detectan las necesidades específicas de su comuna, y se interrelacionan con sus habitantes para responder a estas necesidades, deben ser fluidas. Para esto, los municipios deben buscar diferentes vías para producir y facilitar la participación de la comunidad en la detección de sus problemas y la búsqueda de las soluciones. Por otra parte, deben tener claros los canales por los cuales contactarse con los diferentes niveles centrales de los cuales actúan como efector.

- Relación municipio-salud: La relación con el sector salud debe buscar facilitar la coordinación entre los diferentes niveles de atención.
  - Consejo comunal de salud: Un elemento para mejorar la coordinación es la creación del Consejo Comunal (o intercomunal) de Salud previsto en el Estatuto de la Atención Primaria de Salud. Su función principal tendría que ser integrar a nivel local los organismos públicos y privados y las agrupaciones de base de la comunidad y coordinar los recursos para la producción de servicios dirigidos a la solución de los problemas de salud a este nivel. Este Consejo Comunal debería formar parte de una estructura de coordinación a través de Consejos Provinciales y Regionales.
  - Agrupaciones municipales : Los municipios tienen la posibilidad de formar asociaciones municipales para efectos de facilitar la solución de problemas que les sean comunes o lograr el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles (González, 1992/57). Esta prerrogativa facilitaría el aprovechamiento del recurso humano calificado, ya que permitiría formar un equipo para la formulación de políticas, planes y programas de desarrollo local (incluidos salud y educación) que integra a varias comunas con problemas similares.
  - Rol del alcalde: La personalidad y el estilo de gestión de los alcaldes condiciona en forma importante la forma de trabajo del municipio. Cualquier iniciativa que promueva el encuentro de alcaldes, la capacitación en aspectos específicos, el análisis conjunto de problemas, tenderá a homogeneizar hasta cierto punto las acciones. La tendencia debe ir hacia la «profesionalización» de la gestión municipal, para disminuir los efectos de las ideologizaciones extremas.
- E. Desde la comunidad:
- Autoresponsabilidad: La comunidad debe asumir la responsabilidad que le corresponde en la solución de los problemas que les conciernen, y no esperar que las soluciones vengan siempre desde terceros.

- **Participación:** El asumir la responsabilidad por parte de la comunidad se manifiesta en el grado de participación que esta tenga en la gestión de su municipio. Dicha responsabilidad no termina al momento de votar por un determinado candidato en las elecciones municipales, sino por el contrario, se inicia en ese momento.
- **Control:** La comunidad debe ejercer un control responsable sobre la gestión municipal, analizando los resultados de las estrategias implementadas y retroalimentando al municipio para que se vayan generando las adecuaciones y las correcciones.

La municipalización no es una estrategia de un sólo sector, al involucrar cambios en la organización y la gestión de varios sectores. Este hecho introduce por una parte una gran dificultad para hacer efectivos los cambios pero, por otra parte, es uno de los aspectos que le da más potencialidad a esta estrategia.

## Capítulo 4. Municipio y salud

### I. Qué entenderemos por Salud

La Organización Mundial de la Salud dió hace algunos años una definición de salud que es actualmente aceptada por todos: «*Salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad*»(Fajardo, 1983). Esta meta es imposible de ser lograda desde el sector salud exclusivamente, ya que compromete atribuciones y competencias de diferentes sectores. Esta es la definición que deben considerar los municipios, y es esa la meta hacia la cual deben tender. Los municipios tienen, por lo tanto, un rol fundamental en esta concepción integral de la salud, que no depende de si son dueños o no de los diferentes establecimientos de atención de salud.

En esta concepción, el municipio debe considerar la salud como un producto de sus acciones. Así, una de las metas del municipio pasa a ser el de llegar a ser saludable, productor de salud, es decir, contar con los elementos necesarios que permitan el logro de la meta individual de estar sano. Esto significa no solamente entregar servicios de atención de salud, sino generar condiciones favorecedoras de la salud, influyendo en las condiciones de vida a través de sus atribuciones en la economía y empleo, vivienda, cultura, recreación, educación, seguridad, ambiente, planeamiento urbano y organización comunitaria.

Este enfoque de municipios saludables, inspirado en un modelo europeo-canadiense (ciudades saludables), es una propuesta de acción local para la movilización de recursos y esfuerzos para conseguir cambios positivos en la salud y el bienestar.

El rol del Municipio en salud debe basarse en los siguientes principios básicos:

- la concepción de salud integral como un fin: **Salud es el completo bienestar físico, social y mental;**
- el rol del individuo, la participación;
- su rol como coordinador e integrador de las diferentes estrategias sectoriales, y la promoción de estrategias intersectoriales;
- la creación de ambientes saludables;
- y el cambio de estilos de vida.

La salud pasa a ser así un producto social de la gestión municipal, ya que el logro de esta implica acciones que sobrepasan la acción del sector salud, como son las actividades productivas, empleo, ambiente, entre otras.

## II. El rol del individuo - participación

Participación implica un cambio en el centro de poder. El gran sentido de la descentralización es el acercamiento del poder a cada uno de los individuos. Este poder se manifiesta en la elección de los representantes, en la posibilidad de decidir, de buscar soluciones y de evaluar las realizadas. En este sentido, el rol del municipio en salud pasa ser el de representante y canalizador de la participación de los individuos en las acciones que tengan que ver con el tema de la salud en su concepción integral.

El municipio debe proporcionar a la comunidad los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, respetando la diversidad social, política, cultural y económica.

Para esto se requiere la presencia de algunos elementos:

1. La realización de un trabajo complementario con organizaciones públicas y privadas, y fortalecer la formación de nuevas organizaciones.
2. La participación debe realizarse en todas las etapas del proceso, vale decir, diagnóstico, priorización, búsqueda de soluciones, puesta en marcha, ejecución, control y evaluación de los resultados, asumiendo así parte de la responsabilidad de la realización.
3. Esto implica una readecuación del trabajo municipal y de los establecimientos de salud, de modo de integrar el trabajo de la comunidad a su gestión. Pero también introduce un replanteo de la estructura de salud global, al invertirse la pirámide de las decisiones.

### Modelos de participación

Algunos modelos de participación factibles de ser aplicados en los municipios son:

1. **colaboración:** En este modelo basta con que la comunidad brinde la colaboración que se les solicite, generalmente como mano de obra.
2. **cogestión:** Implica una intervención en las decisiones. Supone, por lo tanto, la vigencia de una descentralización efectiva y la existencia de una democratización del poder. Este mecanismo es difícilmente implementado en los sistemas de salud ya que el modelo de gestión vigente está basado en el conocimiento técnico, y por lo tanto liderado y conducido por éstos. A nivel de la gestión municipal esto no parece tampoco muy generalizado debido también a que las decisiones político-técnicas se ligan principalmente a la dirección.

3. **Autogestión:** Es una forma de participación independiente de la voluntad institucional. Puede surgir a partir de procesos tutelados que marchan a la autonomía.
4. **Negociación:** En este modelo se distribuyen responsabilidades entre la comunidad y las instituciones. Para esto se requiere que la comunidad, a través de sus organizaciones comunitarias, tenga clara conciencia sobre sus derechos y responsabilidades, y esté dispuesta a movilizarse cuando sea necesario.

Las diferentes modalidades de participación pueden coexistir, de acuerdo al problema y al tipo de estrategia con que se decida actuar.

### **III. Democratización**

Otro elemento que tiene relación con el anterior, es la democratización de los gobiernos locales.

La redemocratización de los gobiernos locales ha producido un cambio en la representatividad de la comunidad en el municipio. El alcalde y los concejales electos asumen una responsabilidad no sólo hacia el gobierno regional o nacional, sino principalmente hacia la comunidad. Esto debiera acompañarse, por lo tanto, de una promoción de la participación de ésta en las diferentes iniciativas generadas desde el municipio.

### **IV. Desarrollo de estrategias intersectoriales**

El logro de la meta de salud solo es posible a través de la acción concertada y coordinada de los diferentes sectores. El municipio debe, por lo tanto, actuar como catalizador y canalizador de iniciativas que tiendan hacia el mejoramiento de la salud de la población, ya sea que estas provengan de salud, obras públicas, vivienda, educación, etc. Las estrategias de alfabetización, el desarrollo de destrezas y capacidades para el desarrollo económico y social, el mejoramiento de las condiciones de habitación y de los espacios urbanos, el desarrollo agrícola, etc., están estrechamente relacionados con logros en la salud.

De este modo, las iniciativas individuales de los diferentes sectores, se verán potenciadas, logrando en forma conjunta lo que de otra forma es muy difícil de lograr. En esto, el municipio no debe tener un rol pasivo, siendo solo un depositario de iniciativas, sino que por el contrario, debe ser un activo generador de iniciativas locales, demandando acción a los niveles regionales y nacionales.

Para la puesta en marcha de estrategias intersectoriales se requieren de algunos elementos:

1. **Características institucionales:** Se requiere realizar un análisis de la estructura institucional y administrativa nacional, regional y local que influye sobre la gestión municipal, sus esferas legales de competencia y los mecanismos de acción entre ellas. Este análisis busca identificar los elementos facilitadores y obstaculizadores de las acciones del municipio.
2. **Recursos Humanos adecuados:** Se requiere generar recursos humanos con una capacidad técnica que permita dar respuestas flexibles y creativas a los problemas locales, que exceden de la simple visión sanitaria.
3. **Recursos Financieros:** La estructura de financiamiento por paquetes sectoriales dificulta, sino impide, la implementación de estrategias intersectoriales. Es necesario definir mecanismos de financiamiento de las actividades que faciliten la gestión intersectorial, con la elaboración de proyectos complementarios.
4. **Definición clara de la meta:** Es necesario conocer cual es el perfil de bienestar y las condiciones de vida que se espera lograr, de modo de elaborar políticas globales que integren a los diferentes sectores.

## V. Creación de ambientes favorables a la salud

El tema ambiental, al ser terreno de todos, en muchos casos pasa finalmente a ser tierra de nadie.

Actualmente, en el país, muchas personas viven en ambientes nocivos para su salud, en condiciones de pobreza, deterioro del saneamiento básico, contaminación, viviendas inadecuadas, sitios de trabajo inseguros, ausencia de opciones de recreación, sistema vial inseguro. El municipio debe buscar modificar y conservar el ambiente global (físico, social y psíquico) de modo que este no sólo no sea dañino para la salud, sino que la promueva y la favorezca. Esto es más factible a nivel municipal ya que, a diferencia de la región o el país, el municipio es una entidad real, geográfica y social, en la cual las acciones de los diferentes sectores se hacen realidad. Así, el municipio deberá condensar las acciones de los diferentes sectores nacionales, imprimiéndole un sentido local.

Para la intervención en problemas ambientales, la mayor dificultad estriba en la capacidad de coordinación. (Coordinación intermunicipal y con estructuras provinciales, regionales y

nacionales dependiendo del problema), ya que los problemas ambientales son de responsabilidades múltiples. En este punto vale lo dicho para la elaboración de estrategias intersectoriales, con la complejidad que implica la diferente distribución territorial de los diferentes problemas.

## VI. Cambio en los estilos de vida

Los estilos de vida se traducen en conductas personales, pero son fuertemente influenciados por el contexto social, político, económico o cultural. Así, para lograr modificaciones en los estilos de vida, se requiere de programas integrales, que sobrepasan la acción de los establecimientos y del personal de salud. La modificación de los estilos de vida requiere de educación y reforzamiento constante en todas las actividades y en todas las etapas de la vida de las personas, para lograr algún cambio. Por otra parte, este cambio requiere también del desarrollo de acciones de apoyo que signifiquen algún grado de gratificación directa para el cambio. De este modo, si queremos disminuir el sedentarismo y formentar el deporte, deben existir lugares apropiados para realizar deportes, facilidades en los lugares de trabajo, etc.

## VII. Sistema de atención de salud

El sistema de atención de salud se compone de los diferentes tipos de establecimientos de salud que son un eslabón más en la búsqueda de la salud. El sistema de atención de salud propiamente tal corresponde a *«conjunto de recursos (humanos, técnicos, de tiempo, económicos y materiales) destinados por la sociedad para el fin específico de cuidar de la salud de la población a través de la realización de ciertas acciones sobre los individuos o sobre el ambiente»* (Fajardo, 1983). Desde el punto de vista integral, este sistema es un eslabón más en la construcción de la salud.

### A. Los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud juegan un rol fundamental en esta estrategia de municipios saludables. En primer lugar, por su formación y preparación técnica, dirigida a la resolución de los problemas de salud. En segundo lugar, por su fuerte organización corporativa. En tercer lugar, porque a pesar de que hemos hablado de participación y responsabilidad de la población en los problemas de salud, los trabajadores de la salud son los principales responsables de la situación de salud de las personas.

Los principales problemas presentes en relación a los trabajadores de la salud son:

1. **La especialización y la tecnologización:** Han determinado una gran estratificación y segmentación de los profesionales y técnicos del sector. Así, los profesionales que pueden emigrar hacia lo que se consideran estratos superiores (más complejos), en el momento en que adquieren mayor capacitación y experiencia.
2. **La feminización de la fuerza de trabajo en salud:** Esta es una realidad en toda Latinoamérica y en el mundo, la cual crea nuevas necesidades en materia de manejo de personal, horarios, jornadas, reemplazos, que hay que afrontar con un nuevo enfoque de gestión.
3. **Disminución de la retribución salarial en los niveles menos complejos:** Esta es una situación repetida a nivel de Latinoamérica, lo que ha llevado en muchos casos a un descenso en la demanda en la formación de pregrado en carreras como enfermería y servicio social, produciéndose un cambio en la proporción personal de enfermería/médicos.
4. **Fortalecimiento del sector privado:** Con un traspaso importante del recurso humano capacitado hacia ese sector.
5. **Medicalización de la salud:** Reducción del concepto de la acción de salud hacia la atención médica.

Todos estos problemas inducen a que, en la actualidad, exista una pugna constante entre estos trabajadores y sus empleadores. Así, es necesario generar mecanismos que permitan la confluencia de los intereses de los trabajadores entre sí, de modo que formen equipos, y con otros agentes sociales locales, un sentido de pertenencia a esta nueva estructura local, la personalización, participación de los problemas y soluciones, para así salir de la situación de conflicto actual.

#### **B. Reorientación de los servicios hacia actividades de promoción y prevención**

El traspaso de los establecimientos de salud a los municipios cobra su real sentido en la medida que exista una reorientación de los servicios hacia la prevención y la promoción de la salud. Esto no implica dejar de lado los aspectos curativos, pero en la medida que los establecimientos traspasados privilegien actividades de promoción y prevención, las acciones tendrán un mejor costo beneficio, ya que se logrará actuar antes de la aparición de las patologías. Por lo contrario, si se busca fortalecer la medicina curativa a nivel local, los establecimientos de nivel primario siempre serán insuficientes, en tamaño, personal, equipamiento e infraestructura para resolver los problemas de las personas.

El énfasis en la promoción y la prevención no debe dejar de lado las actividades curativas. Estas se pueden optimizar con diferentes alternativas: convenios con los hospitales y centros especializados para la resolución de patologías; rondas de especialistas; sistemas de derivación y contraderivación; intercambio de profesionales, etc. Este tipo de actividades permiten mantener vivo el lazo entre los diferentes niveles, y son un mecanismo de incentivo para el personal, especialmente el personal médico.

Esta reorientación de los servicios de salud, debe acompañarse de una reorientación e integración de los otros servicios municipales (educación, obras públicas, aseo y ornato, etc.), de modo de realizar estrategias comunes y coordinadas que busquen el mismo objetivo, y mejorar las condiciones locales, a fin de que las personas vivan en un ambiente sano.

### VIII. Conclusión

El municipio es una entidad real, desde el punto de vista territorial, político, administrativo y cultural, en la cual se pueden llevar a cabo estrategias concretas. Esta oportunidad no debe rechazarse. La municipalización de la salud es aún un desafío pendiente. Esta municipalización representa para el municipio un cambio en la concepción de la salud, integrando esta nueva idea en su trabajo habitual, buscando la meta de ser un lugar en que se favorezca la salud como un producto social.

Por otra parte, representa un cambio en el modelo tradicional de salud transformándose desde un sistema cerrado a un sistema abierto y interactivo con los otros sistemas organizacionales del nivel local. Para el sector salud existe la posibilidad real de salir de los grandes hospitales y de la salud altamente tecnificada, y reencontrarse con las personas. Con una adecuada organización, coordinación y trabajo conjunto, el país y el sistema de salud podrían recuperar el contacto directo y diario con las personas, enfermas y sanas, para que junto a ellas definamos y trabajemos por mejorar, pero sobre todo promover, el estado de salud en el país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adimark, 1994. «Encuesta de Opinión Pública Adimark correspondiente a marzo de 1994». Santiago, 25 de marzo.
- Ballart, Xavier. (1992) «¿Cómo Evaluar Programas y Servicios Públicos?. Aproximación sistemática y estudio de caso». Colecciones Públicas, Serie Administración del Estado, Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- Barrenechea Juan José, Trujillo Emiro, Chorny Adolfo (1990). «Salud para todos el año 2000 - Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud». Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia/OPS. Colombia.
- Boisier Sergio (1990). «La Descentralización: Un tema Difuso y Confuso». Documento 90/05, Serie Ensayos, ILPES/CEPAL.
- Briones Guillermo (1985), «Evaluación de Programas Sociales. Teoría y metodología de la investigación evaluativa», PIIE, Santiago.
- Büchi Hernán (1991), «Papel del Estado y del Sector Privado en la Atención de salud». Documento de Trabajo, Instituto Libertad y Desarrollo. Santiago.
- Carmona Osvaldo (1992). «Experiencia de la Corporación Municipal de Santiago». Cuad. Méd.-Soc. XXXIII. 2. 1992/7-13.
- Castañeda Tarsicio (1984) «Contexto Socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile». CPU. Santiago
- Castañeda Tarsicio (1990). «Para Combatir la pobreza, Política Social y Descentralización en Chile durante los '80». Centro de Estudios Públicos (CEP), Santiago, Noviembre.
- Centro de Estudios del Desarrollo CED (1991). «Seminario, el Municipio: Tarea de hoy». Informe del Seminario, Santiago.
- Colegio Médico de Chile (1993). «Llamado del Presidente del Colegio Médico de Chile convocando al país a dar Un Proyecto de Salud para Chile». Separata, Santiago, 3 Julio.
- Constitución Política de la República de Chile, Ediciones Publibey, Santiago.
- Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada (1992) «Análisis Del Anteproyecto De Ley Estatuto De La Atención Primaria De Salud Municipal». Cuad. Méd.-Soc. XXXIII. 2.
- De Mattos Carlos A (1988). «La Descentralización, ¿Una Nueva Panacea para Enfrentar el Subdesarrollo Regional?». Documento CPRO-D/110, ILPES-CEPAL, Chile.

- Duarte Dagoberto (1993a). «Descentralización del Nivel Primario de Atención» en: Venturini Gabriela, Giaconi Juan (ed.), «Descentralización en Salud, ¿Un Proceso Terminado?». CPU, Santiago.
- Duarte, Dagoberto (1993b). «Asignación de recursos financieros al sector municipalizado de salud». Papeles de Trabajo, Programa de Estudios Prospectivos PEP, Noviembre.
- Escudero Pedro (1992). «Atención Primaria: Un Proceso Irreversible.». Revista Vida Médica. Volumen 44, nº2. Junio-Julio.
- Estévez Jaime (1993). Presentación del Diputado Estévez en las «VII Jornadas Chilenas de Salubridad: Crisis de la Salud en Chile - Financiamiento en Salud y Equidad». Documento de Trabajo, Sociedad Chilena de Salubridad. Santiago, 8 de Julio.
- Fajardo Guillermo (1983). «Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica». Editorial Salvat, 1ª edición, México.
- Fielbaum German (1994). «Transferencia de Recursos-Atención Primaria 1993». Comunicación personal, Santiago, Marzo.
- Fuentes Roberto; Verdessi Daniel (1993): «Esbozos para un Plan Nacional de Salud», Comunicación personal, Valparaíso, Enero.
- Fuentes, Roberto (redactor) (1993). «Sistema Nacional de Servicios públicos de salud. Aportes para un Perfeccionamiento de su Estructura y Funcionamiento.» Comunicación Personal. Santiago, Mayo.
- Fundación Friedrich Ebert (1992). «El sistema Financiero Municipal Chileno: Problemas, Desafíos y propuestas». Materiales para el desarrollo Local y Regional. Programa de Asesoría de la Fundación Friedrich Ebert (FAUS). Santiago, Enero.
- Galecio Jorge, Heyermann Beatriz, Vergara Hugo, Gundian Ximena. (1993) « Proceso de Desarrollo Institucional Aplicado a las SEREMIS de Salud. Informe Final». Informe Proyecto Minsal/AID/CPU. Marzo.
- Giaconi Juan (1985). «Organización y estructura del sector salud en Chile, 1974-1984. Análisis Preliminar». CPU. Documento de Trabajo Nº 8-85. Santiago.
- González Carlos.(1987) «Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Ley nº 18.695». Editora Jurídica Publibey.
- González Carlos.(1992) «Ley nº 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades. Última modificación Ley nº 19.130, publicada en el D.O. de 19 de Marzo de 1992». Editora Jurídica Publibey.
- González José Luis (1992). «Situación De La Salud Municipalizada De Valdivia». Cuad. Méd.-Soc. XXXIII. 2.

- Hernández Hector.(1993) «Servicios Traspasados, Programa en Gestión Directiva Municipal», texto especializado, N°5, Santiago.
- Hevia Patricio (1988) «La Salud en Chile. Situación Actual y Propuestas para la Transición Democrática». Comunicación personal, Santiago.
- Heyermann Beatriz, Gamboa Rubén (1994). «Memoria de gestión. Programa de salud Rural. 1990-1993». Ministerio de Salud.
- Horwitz Violeta.(1993) «Percepción de Opiniones de la Calidad de la Salud en Chile», en: Estudio Social y de Opinión Pública n° 20. CEP, Documento de trabajo n° 200, Julio.
- Illanes Marfa Angélica (1993) «En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...)» Historia Social de la salud Pública. Chile 1880/1973. (Hacia una Historia social del siglo XX). Colectivo de Atención Primaria (ed.), 1ª Edición. Santiago, Febrero.
- ILPES.(1992) «Manual de Capacitación Municipal», Santiago, Mayo.
- Instituto Libertad.(sf) «Comentarios al Anteproyecto de Estatuto de Atención Primaria de Salud del Sector Municipal», Separata, Santiago, sin fecha.
- Jiménez de la Jara Jorge, Gili Margarita (1990). «Municipalización de la Atención Primaria en Salud», en Romero MI (editor): Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile. CPU, Santiago, Chile.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1992) «Atención Primaria de Salud», Exposición del Ministro Jiménez. Comunicación Personal, Julio.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1993a) «Análisis de la evolución de la Salud Pública. Chile 1990-1993», Documento de Trabajo, CED, Santiago, Marzo.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1993b) «La Gestión Gubernamental en el Sector Salud: 1991 - 1992.» CPU, Documento de Trabajo n° 45/93, Septiembre.
- Llambías-Wolff, Jaime (1984). «La santé au Chili: de l'état providence au laissez-faire». Tesis para la obtención del grado de Doctor en Sociología, Universidad de Montreal. Octubre.
- López Nibaldo. (1993) .»Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud» en :Venturini Gabriela, Giaconi Juan (ed.), «Descentralización en Salud, ¿Un Proceso Terminado?». CPU, Santiago.
- Medina Ernesto (1984). «Uso de la Epidemiología en la Evaluación de la Atención Primaria». Rev. Colombia Médica, Vol. 15 n°2.
- Medina Ernesto (1989). «Indicadores en Salud». CPU. Documento de trabajo n° 1/89.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (1993). «¿Cómo evalúan los beneficiarios la Atención Primaria en Salud?». Mideplan/División Social/Departamento de Información y Evaluación Social. Informe de Investigación, Santiago, Enero.

- Ministerio de Salud (1982). «Manual para Postas y Consultorios Generales Urbanos y Rurales Traspasados a la Administración Municipal». Departamento de Planificación. Santiago, Mayo.
- Ministerio de Salud (1987). «Anuario de Atenciones y Recursos, 1987». Departamento de Coordinación e informática.
- Ministerio de Salud (1988). Departamento de Planificación. «Registro de establecimientos Asistenciales de atención primaria» Santiago, Junio. (actualización a Octubre de 1989)
- Ministerio de Salud (1990a). «Necesidades inmediatas para 1990». Departamento de Atención primaria. Santiago.
- Ministerio de Salud (1990b). «Documento de grupo de trabajo sobre principales Problemas del Subsistema de salud Primaria Municipal». Subsecretaría de Salud, Santiago, 6 Noviembre.
- Ministerio de Salud (1990c). «Consolidado Establecimientos de salud, Chile 1990». Departamento de Planificación. Santiago.
- Ministerio de Salud (1991a) «Sistema de Salud Chileno. Una Agenda para el Cambio», Santiago.
- Ministerio de Salud (1991b) «Atención primaria a nivel de la Comuna». Minsal/Dept. Atención Primaria. Documento de Trabajo, D-747, Agosto.
- Ministerio de Salud (1991c) «Anuario de Estadísticas - 1991». Departamento de Coordinación e Informática, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (1992a) «Sistema de Salud Chileno». Departamento de Planificación. Santiago.
- Ministerio de Salud (1992b). «Memoria 1990/1991». Minsal, Depto de Atención Primaria. Santiago.
- Ministerio de Salud (1992c). «Estatuto de la Atención Primaria Municipal. Gufa de discusión y análisis». Ministerio de salud. Depto. de Planificación. Abril.
- Ministerio de Salud (1992d). «Informe sobre comportamiento de indicadores de actividades seleccionadas del nivel primario y secundario. Primer semestre 1992.» Departamento de Planificación, Julio.
- Ministerio de Salud (1992e). «Indicadores de desnutrición». Departamento de Planificación.
- Ministerio de Salud (1992f). «Estadísticas e Indicadores de Atenciones - Chile, 1978-1991, Servicios de salud 1991». Departamento de Coordinación e Informática, Santiago.
- Ministerio de Salud (1992g). «Beneficiarios de Sistemas de Salud Institucionales, Chile, 1987 - 1992». Departamento de Planificación, 16 de Septiembre.
- Ministerio de salud (1992h), «Tarjeta de Presentación, Situación y Atención de la salud en Chile». Serie Documentos.
- Ministerio de Salud (1994a). «La Gestión del Ministerio de Salud - Informe del Sector Salud durante el Gobierno del presidente Patricio Aylwin Azócar». Chile 1990-1994.

- Ministerio de Salud (1994b). «Proyecto de Ley Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal - Texto de análisis comparativo». Departamento de Atención Primaria, Santiago, Febrero.
- Ministerio del Interior (1992). «Manual de Gestión Municipal». Santiago.
- Miranda Ernesto (1991). «Estudio de Desarrollo de la Investigación sobre Modelos Evolutivos del Sector salud y su Relación con los Sistemas Locales de Chile», Documento de Trabajo, Santiago, Agosto.
- Miranda, Ernesto (sf). «Descentralización y Privatización del Sistema de Salud». Estudios Públicos, Nº.39, Santiago.
- Navarrete Gonzalo (1991). «Municipalización». Cuad. Méd.-Soc. XXXII. 4.
- Nohlen Dieter (1985). «Chile - El fracaso de los Modelos de Desarrollo». Comunicación personal. Heidelberg.
- Oliveros Rubaldo (1993). «Fondo Nacional de Salud y Descentralización» en: Venturini Gabriela, Giaconi Juan (ed.), «Descentralización en Salud, ¿Un Proceso Terminado?». CPU, Santiago.
- Ortíz Nancy (1992). «Desafíos Legislativos en Materia de Salud». Rev. Administración en Salud. Nº 17, año VI.
- Paganini JM, Capote R, (editores).(1990). «Los Sistemas Locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias». Publicación Científica nº 519, OPS, Washington, D.C.
- Palma Nivia, Alvarado Rafael, Parra Luis (1986). «Documento informativo». Departamento de Acción Gremial del Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile. Santiago, Agosto.
- Proyecto Minsal/Banco Mundial (1992). «Anexo IV-Mecanismo de Asignación de Recursos Financieros al Interior del Sistema Público de Salud». Informe. Ministerio de Salud Chile, Enero.
- Raczynski Dagmar, Serrano Claudia (1988) «Descentralización y Planificación Local: la experiencia de municipios en comunas pobres de Santiago». Notas Técnicas CIEPLAN nº108, Enero.
- Requena Bichet Mariano (1992). «Crisis del Sistema Chileno de Cuidado de la Salud». Cuad. Méd.-Soc. XXXIII. 1.
- Requena Bichet Mariano (1993). Presentación en las «VII Jornadas Chilenas de Salubridad: Crisis de la Salud en Chile - Financiamiento en Salud y Equidad». Transcripción del Seminario. Sociedad Chilena de Salubridad. Santiago, 8 de Julio.
- Rodríguez, Fernando (1976): «Estructura y características del sector salud en Chile», en: Livingstone, Mario; Raczynski, Dagmar: «Salud Pública y Bienestar Social,» CIEPLAN, Santiago.
- Rofman Alejandro (1990). « Aspectos Conductuales sobre Descentralización Político-administrativa en América Latina», en Seminario-Taller Regional sobre Descentralización de los Servicios de Salud, como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud , CLAD/ OPS, Quito, 28 de Mayo- 1ª Junio.

- Romero Luis Raúl (1990). «Indicadores de salud en Chile. Evolución y determinantes en el Período 1970-87». Comunicación Personal. Enero.
- Romero, María Inés (1990), «Evolución de la Atención de Salud en Chile», en: (Romero, María Inés Ed.) Eficiencia y calidad del Sistema de Salud en Chile. , CPU, Santiago.
- Rosselot Vicuña Jorge (1993), «Reseña Histórica de las Instituciones de Salud en Chile», Cuad. Méd.- Soc., XXXIV, 1, 1993/7-20.
- Rufián Dolores, Franco Rolando (editores) (1992). «Manual de Capacitación Municipal»I. ILPES/Didesco/PNUD. Mayo.
- Rufián Dolores, Palma Eduardo (1993). «La descentralización Problema Contemporáneo en América Latina». ILPES/PNUD. Seminario sobre gestión y Capacitación Municipal, Santiago, Chile, 27 y 28 Septiembre.
- Sánchez Héctor (1990). «Análisis Subsistema Isapres- Período 1981-1989.», en (Ed. Romero M I) Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile. CPU, Santiago.
- Sánchez Héctor (1993).»El Sistema Privado de salud previsional y la Superintendencia de Isapres» en :Venturini Gabriela, Giaconi Juan (ed.), Descentralización en Salud, ¿Un Proceso Terminado?. CPU, Santiago.
- Sánchez Leonel (1993). «Instituto de Salud Pública» en :Venturini Gabriela, Giaconi Juan (ed.), Descentralización en Salud, ¿Un Proceso Terminado?. CPU, Santiago.
- Schuster Augusto (1989). «Salud. Mensajes y Reflexiones», Santiago.
- Silva Patricio (1990). «No somos contrarios a la Municipalización». Rev. Administración de Salud, nº9, Santiago.
- Sistemas Integrales (1992). «La salud en Chile: 1992. Informe Nacional Proyecto DISAL». Informe. Santiago.
- SNS (1967), Servicio Nacional de Salud, 15 años de labor, Documento interno SNS. 1952-1967.
- Subsecretaría de Desarrollo y Asistencia Social (1986). «Evaluación del resultado de los trasposos de los establecimientos primarios de salud». Informe. Santiago.
- Superintendencia de Isapres (1993). «Boletín Estadístico Trimestral del Sistema Isapre - II Semestre 1993».
- Vida Médica (1992a). «Encuesta de Opinión Pública: Imágen de los Médicos». Rev. Vida Médica, Vol 44 nº 2, Junio-Julio 1992/16-22.
- Vida Médica (1992b). «Atención primaria». Rev. Vida Médica Volumen 44, nº2. Junio-Julio 1992/4-11

## NOTAS

<sup>1</sup> Las Siete Modernizaciones fueron: el Plan Laboral; la Reforma Previsional; la Directiva Presidencial sobre Educación; la Reestructuración de la Salud; la Modernización del Sector Justicia; el Reordenamiento Agrícola fundado en la propiedad privada, y la Reforma Administrativa y Regionalización.

<sup>2</sup> El término Economía «social» de Mercado fue utilizado en Chile durante el gobierno militar; generalmente se habla de Economía de Mercado. El modelo utilizado también es catalogado como ultraliberal, o neoliberal por otros investigadores (Nohlen, 1985; Friedmann, 1993).

<sup>3</sup> Estas fueron reconocidas legalmente con la Ley 16.744, en la cual se les facultó para realizar acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, dirigidas a los trabajadores pertenecientes a empresas afiliadas a una mutual.

<sup>4</sup> La Ley estipula que todos los trabajadores deben cotizar obligatoriamente el 7% de sus ingresos, ya sea hacia el Estado, a través de FONASA, o bien hacia el Subsistema Isapres. El DFL 3.626 de Febrero de 1981 de la Reforma Previsional y luego el DL 3 del Minsal permitieron la creación de las ISAPRES, que tienen por fin administrar los fondos del Seguro Obligatoria de Salud correspondiente al 4% de la renta imponible en un primer momento, subiendo posteriormente a un 7%. En marzo de 1990 se publica en el diario oficial la Ley 18.933, que crea la Superintendencia de Isapres y regula el funcionamiento de las Isapres.

<sup>5</sup> Al realizar un análisis histórico del sistema de salud chileno, se puede constatar que ya desde inicios del siglo XX los profesionales y técnicos de la salud conformaban un cuerpo relativamente unido en torno al Estado, que fue el que dió origen al Servicio Nacional de salud, como un sistema nacional, único, líder y conductor de las políticas de salud. Este cuerpo, reconocible aún hoy día, es el que aquí denominamos «Sector Salud». Al referirnos a la oposición generalizada, nos enmarcamos en este concepto tomando al sector salud como un grupo homogéneo. En la realidad esto no fue así, existiendo un grupo de médicos y técnicos que apoyaron y llevaron adelante los cambios, principalmente desde el Ministerio de Salud, con el apoyo inicialmente del Colegio Médico.

<sup>6</sup> De esta condición se exceptúa el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, el cual es responsable de la salud ambiental de la Región Metropolitana. Los otros servicios incluyen entre sus departamentos uno encargado de la salud ambiental.

<sup>7</sup> «El otro elemento importante», así lo afirmó el ex Subsecretario de Salud, Hernan Büchi, «fue la descentralización. (...). En la medida que se podría descentralizar la gestión del sector salud era más factible en el futuro un traspaso gradual de las acciones estatales a acciones privadas». Büchi Hernán, «Papel del Estado y del sector privado en la atención de salud». Instituto Libertad y Desarrollo, Santiago, 1991. Citado en: Friedmann Reinhard y Heyermann Beatriz, 1993.

<sup>8</sup> Esta información, y la correspondiente a los consultorios rurales, fue proporcionada por la Unidad de Salud Rural del Departamento de Atención Primaria, y corresponde a datos actualizados a 1994. Incluyen establecimientos de la región metropolitana.

<sup>9</sup> Beneficiarios convencionales son aquellos que adquieren el beneficio a través de un convenio entre el servicio de salud y la institución a la cual pertenecen. Este es el caso de los asegurados e imponentes de las Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile.

<sup>10</sup> Corresponden a 532 convenios que se han debido firmar entre los Servicios de Salud y los municipios, para la realización de un número similar de proyectos de desarrollo comunitario.

<sup>11</sup> En el Manual para postas y consultorios generales urbanos y rurales traspasados a la Administración municipal del Ministerio de salud 1982, se anexa un facsimil del convenio firmado entre el municipio y el servicio de salud, y en la cláusula décimonovena se explicita: *«la Municipalidad queda expresamente autorizada por el servicio para entregar la administración y operación de los establecimientos, .. , a personas jurídicas que constituya la municipalidad para este efecto o a personas jurídicas de derecho privado que no persigan fines de lucro..»* (Minsal, 1982/7).

<sup>12</sup> Esta información no ha podido ser confirmada en la práctica. Los diferentes funcionarios del Ministerio de Salud entrevistados por la autora desconocen la existencia de algún establecimiento traspasado en estas condiciones.

<sup>13</sup> El financiamiento de los establecimientos de salud se analiza en el capítulo 2, D, 3 (Factores estructurales, Recursos Financieros).

<sup>14</sup> Los términos están en inglés ya que en la traducción al español generalmente se utiliza la palabra evaluación.

<sup>15</sup> Definición de Rossi y Freemann en «Evaluation: A systematic Approach». Citado por Ballart X. 1992/73.

<sup>16</sup> La Universidad de San Felipe, fue fundada en 1747, los primeros cursos de medicina se dieron en 1769. Entre los años 1769 y 1838, solo seis médicos obtuvieron su diploma en esta institución.

<sup>17</sup> Dr. Borman en Sesión de Congresos, Diputados, Agosto 27 de 1949. Citado por Illanes M. A. 1993/335

<sup>18</sup> Sobre la alternativa de devolver los establecimientos traspasados a la administración por parte de los servicios de salud, Aylwin dijo en un entrevista en Noviembre de 1993: *«Nosotros creemos que hay que mantener el nivel primario de salud y educación básica y media en el nivel municipal..»*. *«Los serios problemas de financiamiento que padecen los sistemas de salud y educación municipalizados no se resuelven traspasando esos servicios al Estado.»*. Aylwin Patricio, en El Mercurio, 30 Noviembre, 1993.

<sup>19</sup> « Extracto de una carta de un Médico General de Zona a su ex. profesor», citado por: Llanes M. A. 1993/472.

<sup>20</sup> El Ministerio de Salud, la Subdere, y el Ministerio de Hacienda realizaron durante el año 1993 una encuesta para determinar el número real de personal de salud en el sector municipal. Es posible que de estos datos se pueda estimar si existe un déficit y la magnitud de éste. Los datos de este estudio se encuentran en etapa de elaboración.

<sup>21</sup> Todas las cifras están expresadas en tasas, es decir número de profesionales por cada 1.000 beneficiarios.

<sup>22</sup> Cifra estimada para 1989 por la División de Planificación y Presupuesto del Minsal, proyectando e interpolando los datos obtenidos del CASEN '87 (Ministerio de Salud, 1992h). 1989= 9.844.496 ; 1990= 9.729.020.

<sup>23</sup> El personal de los servicios, corresponde al incluido en las dotaciones, no incluyéndose personal a contrata o a honorarios.

<sup>24</sup> El municipio es responsable de las reparaciones, así como del pago de los impuestos, contribuciones y gastos generales, que se generen en los establecimientos traspasados.

<sup>25</sup> Corresponde actualmente al Hospital San Borja - Arriarán.

<sup>26</sup> Esta información aparece en «La gestión del Ministerio de Salud - Informe del sector Salud durante el Gobierno del Presidente de la República Don Patricio Aylwin Azócar». Chile 1990-1994. (Ministerio de Salud, 1994a)

<sup>27</sup> SAPU: Corresponde a pequeñas postas adosadas a un Concultorio General destinadas a prestar atención de urgencia inmediata las 24 horas al día.

<sup>28</sup> Cifras 1993. Fuente entregadas por encargado Sapus DAP-Minsal, en Enero 1994

<sup>29</sup> Estas cifras incluyen los recursos transferidos para Farmacia, a los establecimientos primarios de dependencia de los Servicios de Salud.

<sup>30</sup> A partir del año 1990 los municipios reciben la totalidad del techo FAPEM asignado. « Desde el año pasado (1990) se nos entrega el techo contra facturación, cualquiera que esta sea, de lo contrario no pagan los sueldos.» (Navarrete G., 1991/6).

<sup>31</sup> Sólo algunas comunas del país participan en este programa de reforzamiento.

<sup>32</sup> Durante el año 1993, se transfirieron un total de \$ 31.839.917.998 pesos, que se desglosan en un 79,4% para el FAPEM tradicional, un 13,7% para reforzamiento municipal y un 7,9% para reforzamiento de los servicios de salud (Fieldbaum, 1994).

<sup>33</sup> Los valores anuales están calculados en pesos de Diciembre de 1992 por persona beneficiaria a establecimientos municipalizados.

<sup>34</sup> Ver Pér Cápita, en Capítulo 2-VII, Dos proyectos pendientes.

<sup>35</sup> La BCG corresponde a la vacuna para prevenir la tuberculosis, y se utilizan dos dosis: la primera al nacer, y la segunda en 1º año básico. El gráfico muestra las coberturas de la BCG al nacimiento. Las vacunas triple y antipolio sirven para la prevención de la difteria, el tétanos y la tos convulsiva, y la poliomielitis respectivamente. Estas dos se suministran juntas, y se dan tres dosis y dos revacunaciones (2 meses, 4 meses, 6 meses, 18 meses, 4 años.). La consistencia se refiere a la relación entre dosis de triple y de antipolio, que debido a que se suministran juntas debieran ser equivalentes.

<sup>36</sup> La esperanza de vida al nacer de los chilenos en el quinquenio 1990-1995 es de 68,5 años para los hombres y 75,6 años para las mujeres.

<sup>37</sup> Esto podría ser considerado otro tipo de centralismo, el centralismo de las cifras e indicadores. Este tipo de centralismo lleva a los niveles locales a trabajar en base a diagnósticos nacionales, olvidándose de observar y analizar su realidad específica.

<sup>38</sup> AVPP. Años de Vida Potencialmente Perdidos: Corresponde al número de años que ha dejado de vivir una persona, debido a su fallecimiento antes de haber alcanzado su esperanza de vida. (Galecio, Heyermann, et al., 1993)

<sup>39</sup> AVAD corresponde a los Años de Vida Ajustado según Discapacidad.

<sup>40</sup> SPT/2000: Salud para Todos el Año 2000. (OPS)

<sup>41</sup> En esta encuesta se le preguntó a las personas si habían visitado algún establecimiento, y en caso de ser positiva la respuesta se les consultó si el establecimiento era municipalizado o no. La información puede estar alterada si es que la población no tiene claro quien es el administrador del consultorio al cual asiste, lo que podría determinar un sesgo de las respuestas.

<sup>42</sup> El proyecto de Atención Primaria fué aprobado en Noviembre de 1994 por el Congreso después de casi 4 años de discusión, y con oposición de la derecha y un gran número de alcaldes de todas las tendencias políticas. El sistema Per Cápita se encuentra en su etapa inicial, a partir de Julio de 1994. A partir de Enero se inicia el proceso de adscripción, y la firma de los convenios de gestión.

<sup>43</sup> Citado por Friedmann y Heyermann (1993) Op. cit.

<sup>44</sup> Estos comentarios fueron publicados en el artículo «Cámara despachó Proyecto Ley: Fue aprobado Estatuto para la salud Municipal». El Mercurio, 7 de mayo 1993.

<sup>45</sup> Esto se ve claramente en la Región Metropolitana en que las desiciones son muchas veces asumidas por el Gobierno Nacional, en desmedro de los sistemas de gobierno de nivel regional.

<sup>46</sup> **Desarrollo local:** Fortalecimiento de las unidades territoriales, regionales y subregionales, para que puedan detectar y solucionar sus problemas.

<sup>47</sup> «La regionalización permite a la más alta autoridad disponer de una organización piramidal, ampliamente desplazada en todo el territorio nacional, para hacer sentir su presencia y acción en todos los ámbitos de este». General Julio Canessa (1979), citado por Hevia (1988) op.cit.

<sup>48</sup> Aylwin A., Patricio. Discurso de clausura, «Séptimas Jornadas de regionalización», Valparaíso, Junio 1990.

<sup>49</sup> Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. Ley Nº 19.175. 11 Noviembre de 1992. Diario Oficial.

<sup>50</sup> Es también lo que Boiser (1990) llama descentralización Funcional.

<sup>51</sup> La cursiva es nuestra.



Parte Segunda

MUNICIPIO y SERVICIOS SOCIALES  
La experiencia Chilena  
(1980 - 1993)

JULIO RUIZ FERNÁNDEZ



## I.- MUNICIPIO Y SERVICIOS SOCIALES

### 1. A modo de presentación.

En las últimas décadas se ha puesto cada vez más de manifiesto la tendencia a subrayar la importancia del desarrollo de los ámbitos locales o subnacionales y las instituciones que las administran o gobiernan (municipios, distritos, departamentos, etc.).

En una época de cambio (¿o cambio de época?), el traspaso de funciones y competencias desde organismos centrales a regionales o locales, ya sea mediante procesos desconcentrados o descentralizados, es una corriente internacional que se desarrolla a la par de los procesos de globalización e internacionalización económica, del surgimiento de un nuevo orden mundial, del desarrollo e impacto de una nueva revolución científico tecnológica, del avance de la economía de la información, del surgimiento de nuevos paradigmas del desarrollo y de la emergencia de un nuevo humanismo.

En este nuevo reordenamiento sociocultural de nivel mundial, lo universal y lo local, lo internacional y lo subnacional, se conjugan de un nuevo modo, reafirmando e imbricándose en su distinción en un mismo tiempo histórico, pero expresando sus diversas temporalidades a la vez.

En América Latina, el traspaso de competencias y funciones desde las administraciones centrales a los ámbitos locales, se ha dado en un contexto de reordenamientos económicos profundos. Sin embargo, dicho traspaso de competencias y responsabilidades ha variado su significación, desconcentrada o descentralizadora, conforme a los contextos sociopolíticos en los cuales acaecieron. Esto último no siempre ha sido claramente dilucidado en análisis de organismos multinacionales o nacionales. Se ha tendido a confundir, o hacer equivalentes, traspaso de funciones y competencias a organismos locales con descentralización. La experiencia chilena ha sido ilustrativo de lo anterior.

Lo cierto es que más allá del significado desconcentrador o descentralizador que tienen las medidas de asignación de nuevas competencias a los ámbitos locales o municipales, ellas por sí sólo han provocado un reordenamiento de las organizaciones de los Estados, contribuyendo a la emergencia de un municipio de nuevo cuño, distinto por cierto al antiguo.

Con todo, en América Latina los procesos descentralizadores han concurrido con la reemergencia de regímenes democráticos y constituyen procesos que apoyan su afianzamiento y consolidación.

El surgimiento de un nuevo tipo de municipio en las postrimerías del milenio, implica la asunción de nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo, planificación e inversión local; la provisión y administración de servicios sociales y urbanos diversos; la preservación y cuidado medioambiental, el desarrollo y fomento de la economía local, la seguridad ciudadana, etc.

En esta perspectiva, la municipalización de programas y servicios sociales tales como la asistencia social y los servicios de educación y salud de nivel primaria, como una «manera de enfrentar y resolver los problemas lo más cerca de donde ellos están», constituye una de las tendencias que se impulsa y promueve en América Latina. La experiencia seguida por Chile, especialmente en lo que respecta a la educación y la salud y también en lo relativo a la asistencia social, ha sido considerada por diversos analistas y organismos internacionales como un paradigma o modelo de procesos municipalizadores.

Transcurrido más de 10 años desde que se llevaron adelante estas políticas en el caso chileno, conviene recrear su itinerario y significación, intentar evaluar sus efectos e impactos en el ámbito municipal y social y avizorar los desafíos en su evolución.

#### **- Estado, Municipio y Servicios Sociales.**

En Chile, al igual que en los restantes países latinoamericanos, la relación Estado-Comuna ha estado jalonada por diversos momentos y procesos desde la consitución de ambos; sin embargo, no cabe duda, que la tendencia creciente fue la del avasallamiento de la comuna por el Estado<sup>1</sup>.

Una de las principales tendencias que ha caracterizado la evolución de la sociedad nacional, ha sido la concentración y centralización de los procesos económicos y decisorios políticos en el Area Metropolitana de Santiago y en las ciudades capitales de las principales regiones, hoy existentes en el país.

Desde el punto de vista político, el proceso de centralización fue acumulativo y, como en el resto de América Latina, fueron diversos los componentes que explican dicha centralización.<sup>2</sup>

Bien conocida es, en primer lugar, la conformación del Estado Nacional, el que implanta sus relaciones de autoridad desde el centro dominante (Santiago), hacia los restantes espacios subnacionales, logrando hegemonizar y articular las normas y el edificio institucional que regirían a la república independiente. Chile se constituye, entonces, en Estado unitario y no federal.

Como segunda dimensión, habrá que agregar el afianzamiento de un esquema presidencialista de características concentradoras, lo que va generando una matriz administrativa funcional y territorialmente concentrada (ministerios, agencias públicas), dependientes del Ejecutivo, que se incrementa con el correr de los años, por efecto de la expansión de la administración pública.

En tercer lugar y no menos importante que lo anterior, es el impacto que todo ello produce en el patrón de organización de la sociedad civil, ya que la tendencia apuntó a que el nucleamiento de las organizaciones sociales con el objeto de influir en el sistema de decisiones, también se enriera por modalidades centralizadoras. Así, dichas organizaciones en sus estructuras nacionales destacan en la capital a sus principales dirigentes, inhibiendo a las provincias como espacios de gestión y concertación social y política.

Simultáneamente a los procesos de centralización política descritos, el proceso de concentración económica territorial va influyendo en sus diversas etapas en las modalidades y ritmos de aquélla. Así ocurre desde la propia época colonial, pasando por el modelo primario exportador, el proceso de industrialización y la temprana urbanización que incrementa las economías de aglomeración y la reciente aplicación de esquemas neoclásicos que agudizó los niveles de heterogeneidad de eficiencia, modernidad y ventajas comparativas, tanto a nivel internacional como entre regiones.

En suma, la organización de la economía, del sistema político y de la administración pública, con sus nexos con la cultura política y la sociedad civil, evidenciaron un fuerte proceso de concentración geográfica de actividades y población, de estructuras de oportunidades y capacidades decisionales.

La organización del municipio chileno ha tenido históricamente un devenir concordante con las tendencias y procesos globales de organización del Estado chileno, pasando por diversas etapas de mayor subordinación y de autonomía en relación a la administración central.

Si bien existen sólidos antecedentes de las tendencias centralizadoras o de control central desde la propia independencia del Estado chileno, ellas adquieren mayor relevancia y gravitación institucional a partir de la reorganización del Estado en torno a la Constitución de 1925.

En un clima intelectual e institucional centralista, las municipalidades chilenas fueron víctimas de ese paradigma, lo que las llevó a ir perdiendo paulatina, pero inexorablemente, atribuciones en materia de salud y obras públicas, transportes, etc.. Ello ocurrió en la misma medida que se fueron creando o constituyendo servicios nacionales, incluso desconcentrados, como el Servicio Nacional de Salud S.N.S., la Junta Nacional de Auxilio Escolar, lo que bajo el pretexto de forjar políticas sociales o sectoriales de cobertura nacional, tendieron a formas

centralizadas de decisión, no obstante implementar modalidades de gestión o ejecución desconcentrada.

Durante este siglo, desde los años 20 hasta mediados de los años 70 los municipios chilenos tuvieron poca gravitación en el aparato público nacional. Se caracterizaron por desempeñar funciones circunscritas al ámbito de la regulación urbana y al aseo y ornato de sus respectivas comunas, sin contar con una efectiva autonomía administrativa y financiera: sus ingresos dependían casi exclusivamente de los aportes del gobierno central e, incluso, sus presupuestos eran parte integrante del presupuesto nacional; su personal era de escasa calificación, constituido principalmente por funcionarios administrativos y auxiliares.

A pesar de la poca relevancia en el ordenamiento institucional del Estado, de su alta dependencia y control por parte del gobierno central, de su pérdida de funciones y de su escasez en recursos humanos y financieros, el municipio chileno fue una institución democrática, primando la tesis del voto universal en su generación y conformación, desechándose de este modo en la Constitución de 1925, la tesis censitaria<sup>3</sup>.

Ahora bien, a partir de la segunda mitad de la década de los 70 el municipio sufrirá grandes transformaciones y la experiencia chilena será citada con frecuencia no sólo como exitosa, sino como un paradigma digno de imitar por otros países en desarrollo. Durante los 80 se llevará a cabo un audaz proceso de traspaso de recursos y responsabilidades a las municipalidades, creándose mecanismos innovadores de financiamiento para la inversión de interés local, la prestación de servicios sociales y la operación de éstos. En los 90 se democratizará su administración, se afianzará su institucionalidad y se consagrará constitucionalmente su autonomía<sup>4</sup>.

Junto a las nuevas atribuciones y mecanismos de financiamiento que se impulsarán desde los 80, se le traspasarán nuevas funciones relativas a la Asistencia Social, la Educación y la Salud de nivel primario, todo ello en el marco del proceso de remodelamiento del Estado, la economía y la Sociedad Civil impulsada por el régimen autoritario.

La nueva organización municipal y, especialmente, sus nuevas funciones de administración de los servicios sociales, han producido un arduo debate en la sociedad chilena, respecto de la legitimidad (origen) y del efecto (consecuencias) de tales políticas, ya sea desde un punto de vista sectorial o territorial-institucional. Constituye aún parte de la agenda pública chilena.

El presente esfuerzo de análisis de la evolución y consecuencias sectoriales y territoriales o espaciales de los procesos de traspaso de la educación, la salud de nivel primario y la asistencia social, pretende contribuir a tal debate.

## 2. En búsqueda de un marco de referencia

Como lo ha señalado más de algún autor (Sergio Boisier, entre otros), la descentralización es un concepto confuso y difuso. Sin embargo, ella debe ser entendida como un **proceso** que no es unidireccional, sino que es contradictorio y sometido a las resistencias de las burocracias y los intereses corporativos existentes, donde es necesario tener en cuenta la **cantidad** de poder transferido<sup>5</sup>.

Ahora bien, la temática de la centralización y la descentralización está referido al ordenamiento o distribución competencial entre los distintos entes territoriales de un Estado y, por cierto, la descentralización se refiere a la transferencias de competencias desde la administración central a las administraciones territoriales, ya sean regionales o locales.

Como indican Palma y Rufián, la descentralización es una **noción relativa** que además implica un juicio de valor entre el *quantum* de competencias de que goza la administración central y el *quantum* de competencia de los otros entes del Estado<sup>6</sup>. De este modo, «entre centralización y descentralización se establece una especie de punto de equilibrio inestable y frágil, resultante»

Esta variabilidad de puntos de equilibrios según sean las situaciones y lugares, hace de la descentralización una noción dinámica, pues hasta en cada país se puede apreciar en su evolución histórica «que el punto de equilibrio no es fijado jamás de manera definitiva y periódicamente es cuestionado»<sup>8</sup>. Por eso, es un proceso contradictorio, afectado de discontinuidades, tanto de avances como de retrocesos en el curso mismo del proceso.

Ahora bien, en cuanto tal proceso, involucra o contiene diversas dimensiones de orden constitucional-legal, institucional o financiero, así como le es reconocible distintas modalidades y formas.

Sin embargo, la temática de la descentralización, e incluso de la desconcentración, remite al tema de la subdivisión del espacio dentro de un Estado, ya sea para su administración o gobierno.

La temática de la territorialidad o espacialidad ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia política y administrativa, constituyéndose en un componente central de las nuevas estrategias de desarrollo que se vienen proponiendo para América Latina<sup>9</sup>.

En los debates actuales, tanto en los ámbitos intelectuales como políticos, muchas veces se tiende a confundir los procesos de descentralización y de desconcentración de las sociedades. La propia experiencia chilena de las últimas décadas es ilustrativo de esta situación, por eso es importante efectuar algunas aclaraciones al respecto.

Ambos conceptos, el de descentralización y el de desconcentración, tienen alcances muy distintos, pues el primero implica una redistribución del poder del Estado y por ende una reforma del mismo, pero no así la desconcentración<sup>10</sup>.

En efecto, como indican Palma y Rufián, la desconcentración puede darse en dos sentidos: como fenómeno que acompaña a la descentralización y también como fenómeno que, en grado variable, acompaña a la centralización. En otras palabras, cualquier administración, sea centralizada o descentralizada, necesita desconcentrarse, pues ello sólo implica transferir competencias a órganos dependientes de la administración central.

El límite, por consiguiente, entre descentralización y desconcentración está dado en el hecho que las autoridades que han recibido las competencias desde la administración central, hayan sido elegidas por la soberanía popular, único requisito que garantiza la autonomía de decisión.<sup>11</sup>

Bajo esta perspectiva, el tema de la descentralización, tiene sin duda alguna, una clara dimensión política: el de la subdivisión del espacio político como requisito para gobernar.

Así, el funcionamiento de una democracia moderna requiere del autogobierno local efectivo, de comunidades de distinto tamaño<sup>12</sup>.

Bajo este enfoque institucional, la descentralización pretende organizar un sistema de redistribución del poder democrático a partir del Estado (concebido éste como gobierno o administración central) y en provecho de las comunidades locales.

La desconcentración, en este sentido, no es un proceso político. Ello sólo busca transferir ciertas atribuciones, creando o aumentando los poderes de los órganos territoriales del Estado no autónomos, pero que en ningún caso afecta al poder del propio gobierno, ni implica necesariamente mayor participación de los ciudadanos<sup>13</sup>.

Sin embargo, ya no desde un punto de vista institucional sino administrativo, tanto la descentralización como la desconcentración, implican procesos comunes de transferencias de la «titularidad» de la potestad, correspondiente al órgano.

Así por ejemplo, si un ministerio sectorial como salud, se descentraliza y desconcentra a la vez, algunas de las competencias que antes ejercía, pasarán a entes descentralizados como pueden ser los gobiernos regional o los municipios y otras a los órganos desconcentrados, como pueden ser los servicios territoriales del referido ministerio (servicios de salud).

Con todo, la descentralización en cuanto administración de unidades territoriales o espaciales de comunidades diversas con autoridades independientes de la administración central, plantea

el problema de la compatibilización o coincidencia entre dichas unidades territoriales de administración y los ámbitos funcionales óptimos para la gestión de los diversos servicios públicos, diferentes entre sí.

En este sentido en América Latina, el municipio ha ido adquiriendo una gran relevancia, al considerársele el espacio ideal para ciertos servicios públicos. Como señala G. Martner el municipio parece ser la entidad mejor habilitada para la administración directa de buena parte de las políticas estatales de inversión en recursos humanos, particularmente del conjunto cada vez más articulado de políticas de educación primaria y secundaria, salud primaria y ayuda social monetaria o asistencia social<sup>14</sup>.

## **2.2. Políticas sociales y descentralización**

La política social desde que se la concibió en la época de la postguerra ha sido tradicionalmente centralizada. A su vez, tanto la descentralización como desconcentración, presentan para esta modalidad del desarrollo social, a lo menos dos inconvenientes: por un lado, la demanda de los usuarios es inmediata y lo que les importa son las tareas y no quiénes la realicen; por otro lado, la expansión de la política social fue ideada para ampliar la cobertura y enfrentar los déficit nacionales, sin considerar la composición y especificación territorial de dichos déficit.

Sin embargo, una verdadera política descentralizadora, puede ser una efectiva herramienta que contribuya a resolver problemas sociales, producto de una mayor eficiencia, cercanía de la información y un tratamiento más diferenciado de la población en función de sus características.

Desde el punto de vista de los servicios sociales, la administración descentralizada y desconcentrada, serán dos administraciones diferentes, situadas en el espacio territorial de todo el país, a diferencia de la administración central, que es una sola y está situada en la capital. Sin embargo, mientras la primera (servicios sociales descentralizados) está formada o está bajo la tuición o potestad de entes distintos del gobierno nacional y, por lo tanto, podrá tener un proyecto diferente del de la administración central, la segunda (servicios sociales desconcentrados) no es sino la representación territorial de éste<sup>15</sup>.

Las experiencias de descentralización sectoriales, como las que se puedan impulsar en educación y salud por ejemplo, no necesariamente tienen el mismo punto de partida y despegue, ni de dirección ni de ritmo, respecto de otras áreas susceptibles de descentralización, como pueden ser la territorial, la política, la fiscal, etc., como tampoco respecto del proceso global mirado en su conjunto. En otras palabras, cada ámbito de descentralización muestra su propia especificidad que habrá que tener en consideración.

No obstante, junto a lo anterior, al analizar y evaluar el proceso de descentralización de un ámbito o sector, no se puede soslayar el cambio del «entorno paramétrico»<sup>16</sup> o de la globalidad, pues ello define nuevos contextos estructurales o institucionales que, naturalmente, puede conducir a un cambio de la naturaleza e intensidades de las políticas de descentralización sectoriales. En este sentido, es muy diferente analizar el sentido y significado de los eventuales procesos de trasposos de funciones de educación y salud en un régimen autoritario que en un régimen democrático<sup>17</sup>, así como en un contexto o forma determinada de ordenamiento político territorial que en otro. Piénsese, por ejemplo, en las funciones y formas de administración regional y comunal antes y después de la Reforma Constitucional de 1991.

Más allá de la especificidad de cada sector, optar, en definitiva, por la descentralización de la política social, implica optar y establecer un sistema de poderes compartidos entre los diferentes órganos y entes (por ejemplo, MINSAL, servicio de salud, municipalidad, etc.) en cuyo marco se resuelve una auténtica titularidad de competencia de decisión en que se objetiven las funciones y se estructure un programa de acción con delimitación de prioridades<sup>18</sup>.

Planteadas así las cosas, una opción de esta naturaleza conlleva a que la administración central asuma un rol de orientación de las acciones del resto de las instituciones, correspondiendo a la institución gobierno, coordinar los diferentes sectores sociales y los diferentes programas a ejecutar así como los diversos agentes que actuarán en este campo, tanto público como privado. Le corresponde además, la financiación de las políticas sociales para evitar desigualdades siendo la descentralización, no incompatible con la dependencia de recursos<sup>19</sup>.

## II. EL REGIMEN MUNICIPAL, LA POLITICA SOCIAL CHILENA Y SUS REFORMAS

### 1. Las reformas del período autoritario

La regionalización impulsada por el régimen autoritario se inscribió en el proceso de remodelación del Estado, la economía y la sociedad promovida por dicho régimen.

Desde el punto de vista del Estado, junto a su jibarización, se redefinieron sus funciones y roles respecto de la economía. Con la apertura externa y la liberalización de los mercados adquirió relevancia sustantiva la función de estabilización económica, abandonando las funciones de fomento productivo y planificación. A su vez, el abandono de funciones productivas no se circunscribió exclusivamente a la privatización de las empresas públicas, sino que conllevó adicionalmente la desconcentración, delegación y subcontratación en la provisión de servicios sociales y la ejecución de obras públicas.

Las políticas sociales desplegadas por el régimen de Pinochet se caracterizaron por la incorporación del sector privado a la provisión de los servicios sociales; el financiamiento de tales servicios mediante subsidios a la demanda; la política de focalización del gasto social; y la desconcentración de la prestación de servicios sociales básicos, como ocurrió con la municipalización de la educación y la salud.

En la fase fundacional del régimen autoritario, las reformas municipales estuvieron insertas en su política de Reforma Administrativa y Regionalización del país a todos los niveles, como una proyección necesaria, esta última, de la primera<sup>20</sup>.

### 1.1. La regionalización y la reforma municipal.

Desde sus inicios el régimen militar planteó la necesidad de fuertes reformas en el ordenamiento territorial del país, como al sistema de Gobierno y Administración del Estado. Con ese propósito ya el año 1974 creó la Comisión Nacional de Reforma Administrativa (CONARA).

La reforma administrativa impulsada por el autoritarismo chileno operó en dos etapas: primero tomó lugar un proceso de «regionalización» y, posteriormente, un proceso de fortalecimiento y de asignación de nuevas responsabilidades y recursos a las municipalidades.

Mediante el proceso de regionalización se modificó la división político administrativa del país y se estructuró un nuevo sistema de autoridad. El proceso de regionalización formuló una división con niveles de decisión determinados por unidades territoriales jerárquicamente relacionadas, dotadas de autoridades y organismos de igual nivel entre sí, con facultades decisorias equivalentes.

La nueva división territorial, para efectos de Gobierno y Administración Interior, fue simplificada respecto de la preexistente, dando origen a 13 regiones, 51 provincias y 335 comunas.

Para efectos de gobierno la estructura territorial comprende sólo la región y la provincia, que poseen desconcentración administrativa. La comuna, en cambio, se concibe para fines de administración y se estructura en términos de descentralización administrativa.

Este proceso regionalizador y el posterior fortalecimiento y modernización municipal, se fundamentó sosteniéndose impulsar «un gigantesco esfuerzo contra el centralismo absorbente que heredamos del pasado, (el cual) nos está abriendo a una *desconcentración del Poder* (el subrayado es nuestro) y a una paulatina *descentralización administrativa* (idem), en determinados niveles y circunstancias, debidamente insertas en un Estado Unitario en que *el Poder es ejercido por una misma Autoridad* en la plenitud de sus facultades y atribuciones, *manteniendo la tutela administrativa* sobre los diferentes sectores y niveles periféricos del país»<sup>21</sup>.

El modelo de transferencias de funciones del «centro a la periferia», en la formulación conceptual del régimen de Pinochet, contenía dos modalidades distintas y hasta opuestas según sus ideólogos: «la descentralización política del federalismo, ajena a las tradiciones nacionales de nuestro país y la desconcentración regional del poder central, para acercar más a gobernantes y gobernados, para hacer más eficaz la labor de gobierno»<sup>22</sup>.

El meollo y sustrato que orientó el traspaso de funciones desde órganos centrales a órganos territoriales en el período autoritario es la distinción entre Gobierno, cuya función es ejercer el poder y Administración, cuya función consiste en ejecutar, en forma eficaz y eficiente, políticas, normas e instrucciones, en el ámbito propio de su competencia.

En base a esos parámetros, se entendió la descentralización como la creación por parte del poder central de un órgano con personalidad jurídica y patrimonio propio, con el objeto de cumplir funciones específicas. La descentralización administrativa puede ser funcional o territorial<sup>23</sup>.

Por su parte, la desconcentración, fue vista como un traspaso de facultades que el órgano central o superior hace a un órgano inferior, el cual carece de personalidad jurídica propia y patrimonio propio y depende jerárquicamente del órgano central<sup>24</sup>.

De ahí, se afirmó que el proceso de regionalización chileno no «pretende en ningún sentido una descentralización del Poder»<sup>25</sup>. El Presidente de la República sólo desconcentra ciertas atribuciones funcionalmente a través de los Ministros y territorialmente a través de los Intendentes Regionales y Gobernadores Provinciales, expandiéndose en el nivel local, en los Alcaldes. Se sostuvo, por último, que sólo existe descentralización en lo administrativo y, exclusivamente, en los casos determinados en la ley.

La conclusión a la que se arribó fue que «las Regiones y Provincias obedecen al concepto de desconcentración y el nivel Comunal a través de sus Municipalidades obedecen al concepto de descentralización administrativa», definidas estas últimas en la Constitución de 1980, como «corporaciones de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio»<sup>26</sup>.

El enfoque antes expuesto constituyó el basamento del proceso de designación centralizada de los Alcaldes, la administración autoritaria de los municipios y la fuerte dependencia de la gestión local de las políticas del gobierno central<sup>27</sup>.

Dichas concepciones fundamentaron las principales reformas e innovaciones del municipio chileno en la fase institucionalizadora del régimen autoritario (años 80), dejando atrás la vigencia de los Decretos Leyes 573 y 575 y el Decreto 1.289, de 1976, que subordinó totalmente el municipio al sistema general de administración del Estado y a las decisiones del Ejecutivo.

En lo principal, cabe destacar la ampliación del rango competencial de las municipalidades. Se adicionaron a sus funciones tradicionales respecto de la administración y desarrollo del espacio urbano, aquellas otras que, en coordinación con otros órganos del Estado, implican la provisión de servicios educacionales, sanitarios, culturales, recreativos, de promoción del empleo y la asistencia social.

La dictación el 29 de diciembre de 1979 de la Ley de Rentas Municipales, D.L. 3.063, se estableció un nuevo marco financiero y administrativo para la operación de los municipios, dotándolos del instrumental necesario para el cumplimiento de las funciones que se le asignarían. Así la Ley de Renta Municipales, estableció un paquete de ingresos tributarios de exclusivo beneficio local, como las contribuciones a los bienes raíces (impuesto territorial), a los vehículos (permisos de circulación) y a las actividades productivas y comerciales (patentes) y dispuso además de un fondo de financiamiento municipal solidario (el Fondo Común Municipal), destinado a compensar a las comunas de menor base tributaria. Complementariamente a este dispositivo financiero, se edificó desde los órganos centrales un sistema de financiamiento de las inversiones de interés local, destacando el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), creado en 1975.

Administrativamente, estas reformas implicaron consagrar un manejo presupuestario autónomo, insertas no obstante en un marco común de normas sobre administración financiera del sector público. Se reestructuró adicionalmente, la organización interna de los municipios, destacando en este sentido la creación de unidades de planificación y departamentos sociales; reformulándose las plantas de personal para facilitar la profesionalización y tecnificación, etc.

## **1.2. Las reformas sociales**

Hasta 1973, la política social en Chile estuvo marcada por la presencia creciente del Estado «en su triple papel de financista, proveedor y regulador de la oferta de servicios sociales»<sup>28</sup>.

El proceso de reformas sociales impulsado por el autoritarismo se fundamentó, en la Subsidiariedad del Estado, en oposición al Estado Benefactor anterior; en el principio de focalización del gasto en aquellos sectores de menores recursos, en oposición al principio de universalidad que caracterizó la política social precedente; el subsidio directo a la demanda; en la desconcentración y privatización de los servicios sociales.

### **1.2.1. Privatización de lo servicios sociales**

En salud, el fuerte proceso privatizador se expresó en dos ejes. Por una parte, la introducción a partir de 1980 de planes de salud prepagados, ofrecidos por Instituciones de Salud Previsional

(ISAPRES), proceso que creó un dinámico sistema de salud privado. Por la otra, la subcontratación por parte de los establecimientos públicos de servicios proporcionados por el sector privado.

El sistema privado de seguros de salud creció fuertemente a partir de 1985, como resultado de un conjunto de franquicias. Hacia 1990 existían 34 ISAPRES que afiliaban a un 16% de la población, conformada preferentemente por el segmento de más altos ingresos y con menores riesgos de salud.

El crecimiento y consolidación de este sector privado de salud produjo una merma de recursos para FONASA (sector público). En 1988, atendiendo sólo el 11% de la población capturaba el 50% de las cotizaciones obligatorias de salud, produciéndose además una importante migración de recursos humanos del sector público al privado<sup>29</sup>.

En educación, durante el régimen militar se incentivó fuertemente la gestión privada, mediante la asignación de subsidios escolares de igual valor a aquéllos otorgados a los municipios. En 1980, la matrícula básica fiscal era de 79%, la particular subvencionada de 14% y la particular pagada de 7%. En 1986, los porcentajes eran 63, 31 y 6%, respectivamente y en 1989 alcanzaban a 60, 33 y 7%<sup>30</sup>.

Lo mismo aconteció con la educación superior, con la dictación de la Ley General de Universidades (1980), que permitió la creación de universidades privadas. De seis universidades privadas en 1986, se elevó a 38 en 1990<sup>31</sup>.

### 1.2.2. La municipalización de los servicios sociales

Finalmente otra reforma audaz, la constituyó lo que se ha denominado municipalización de determinados servicios públicos, entre los cuales, la educación, la salud de nivel primario, la atención de menores, los cementerios, etc.. El traspaso de la administración de escuelas y establecimientos asistenciales se efectuó reafirmando el principio que la función de gobernar el sector educacional y de salud, les corresponde a los Ministerios y por desconcentración sectorial-regional a las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS). Se estructuró un sistema de financiamiento de estos servicios mediante transferencias del gobierno central basada en la prestaciones otorgadas por los establecimientos escolares y sanitarios, liberalizando el régimen laboral del personal correspondiente.

La radicación de competencias en las Municipalidades fue «básicamente en cuanto a la función administrativa, es decir, en cuanto a que los establecimientos educacionales que se traspasen a estas corporaciones, pasan a depender del Alcalde jerárquica y administrativamente»<sup>32</sup>.

En el ámbito social, las competencias se extendieron a la asistencia social, asumiendo las municipalidades la responsabilidad de asignar los subsidios monetarios a las familias de extrema pobreza y la administración de programas de empleo de emergencia.

### 1.3. La municipalización social autoritaria ¿descentralización o desconcentración?

A propósito de la interrogante conviene primeramente precisar y, por tanto, distinguir claramente, la descentralización con la privatización, procesos que tienden a confundirse y que, a su vez, suelen acompañarse, especialmente cuando predominan políticas económicas neoliberales, como acontece en la actualidad.

Como indica Dolores Rufián, «la descentralización es un proceso que afecta a la administración del Estado como aparato público, mientras que la privatización afecta al sistema económico y a la propiedad por parte del Estado de los medios de producción. La privatización además, tiene efectos muy diferentes, ya que no se trata de redistribución del poder del Estado entre otros entes públicos, sino de reducir directamente el poder estatal transfiriéndolo a entes privados. Consecuencia de la privatización es la reducción del Estado, lo que no ocurre con la descentralización en la que el poder de la administración simplemente se redistribuye en diversas instancias de gobierno o administración»<sup>33</sup>.

Una de las principales características de los procesos de descentralización vigentes en América Latina consiste en la legitimación de la institucionalidad territorial a través de la generación democrática de los representantes locales.

Si se interpretan los cambios ocurridos durante el período de Augusto Pinochet a la luz de la exposición contenida en el acápite marco referencial, se observará que el modelo seguido y que fue heredado por el Gobierno de Aylwin, es uno de CENTRALIZACION DESCONCENTRADA TERRITORIALMENTE. En efecto, la transferencia de atribuciones, competencias y recursos hacia las municipalidades -en tanto último eslabón de la división político-administrativa del país - no tuvo el carácter efectivo de un proceso descentralizador, en tanto no ocurrió el factor decisivo de todo proceso descentralizador, esto es, que las autoridades (Alcaldes) que han recibido las competencias desde la Administración Central, hayan sido elegidos por la soberanía, única garantía de autonomía decisional.

Se llevó a efecto en el régimen autoritario, un sostenido proceso desconcentrador del aparato central, en el cual se reforzó la acción de los municipios en cuanto del desarrollo local, vinculándose directamente con su comunidad. Como se ha señalado anteriormente, con este fin, la nueva Ley de Rentas (D.L. N° 3.063, 1979) les otorgó importantes fuentes de recursos. Al mismo tiempo, otros decretos leyes e instructivos confirieron a los municipios ciertas competencias y atribuciones que han hecho más flexible, tanto el uso de recursos como la gestión y administración de los servicios.

A pesar de dichos avances, el Alcalde, máxima autoridad del municipio, no es elegido, sino designado por el Consejo Regional de Desarrollo (COREDE)<sup>34</sup>, a propuesta de una terna del Consejo de Desarrollo Comunal (CODECO)<sup>35</sup>, siendo también ambos órganos no generados por elección popular. En definitiva, la Constitución de 1980, no contempla la elección democrática de las autoridades comunales. Así, desde el punto de vista político institucional, las transformaciones en el régimen municipal, operaron bajo el modelo antes descrito, esto es, desconcentrar el control social de los órganos centrales, a órganos territoriales.

Tanto la desconcentración territorial como sectorial, operó en el marco de una privatización de la política social, lo que se materializó más que en un proceso de descentralización y municipalización de la política social, en una «alcaldización» y desconcentración de aquélla, centralizada políticamente.

Indudablemente, todo esto, produjo sus efectos; así, aun cuando se avanzó en la selectividad de ciertos programas sociales, otras reformas, como la política de erradicaciones y la tendencia a privatizar servicios, provocaron una disminución en el impacto redistributivo de dichos programas y profundizaron la segmentación urbana de servicios, originando incluso problemas de cobertura en alguno de ellos.

Por otra parte, las municipalidades concentran importantes funciones y responsabilidades, relacionadas con la selectividad de programas «focalizados». Sin embargo, muchos de ellos han sido resueltos en su diseño y ejecución de forma centralizada, dificultando con ello adaptaciones a las realidades comunales y a un adecuado establecimiento de prioridades y recursos presupuestarios. Además, las municipalidades tampoco fueron dotadas de los recursos humanos y materiales pertinentes, y el personal ha tenido dependencia política del Alcalde<sup>36</sup>.

En definitiva, el modelo chileno se ajusta a aquel tipo de distribución de competencias de centralización desconcentrada territorialmente<sup>37</sup>, en la que la administración transfiere ciertos poderes de decisión a órganos territoriales en la región, comuna, departamento o provincia, pero a antes dependientes, de algún modo, de la Administración Central<sup>38</sup>.

La forma que adquiere esta distribución de competencias en el caso chileno corresponde a la forma «**intervención de las municipalidades en ciertas prestaciones centralizadas**». Es decir, es expresión de la tendencia de municipalización de servicios sociales, pero que en el caso nacional bajo el período autoritario, implica considerar a los municipios no como órganos descentralizados, sino como entidades desconcentradas, en tanto los Alcaldes han sido nombrados por la Administración Central<sup>39</sup>.

## **2. Las reformas y política del primer gobierno democrático**

### **2.1. Lineamientos: descentralización democrática y equidad territorial**

Uno de los objetivos explícitos del Gobierno democrático de don Patricio Aylwin ha sido el de impulsar una descentralización sostenida, como requisito de un desarrollo nacional equilibrado e integrado espacialmente. Este propósito supone modificaciones institucionales, alteración en el uso de recursos, promoción de programas y proyectos de desarrollo y una conducta activa de colaboración pública-privada. De allí que, la «concertación» de los diversos actores sociales e institucionales y la modernización severa de la gestión pública se perfilan como indispensables. Sin duda que, el forjar una sociedad descentralizada, es un proceso de largo aliento, que no se logra en un solo acto ni se alcanza en una administración gubernamental de 4 años; por el contrario, implica un esfuerzo perseverante en el tiempo, el que requiere del concurso de la mayoría de los actores nacionales<sup>40</sup>.

El Subsecretario de Desarrollo Regional y Administrativo, Sr. Gonzalo Martner F., ha señalado tres grandes objetivos del Gobierno en esta materia :

- Democratizar la administración territorial.
- Descentralizar y desconcentrar la estructura político- administrativa del país.
- Incrementar los recursos públicos para el desarrollo regional y local, con equidad en su distribución y eficacia en su gasto.

**Democratizar** primero porque, desde luego, es éste un contexto básico para llevar a efecto una política consistente en el autogobierno de la localidad y de territorios, en donde lo principal de sus actividades se sitúa en el ámbito municipal. De allí que, el municipio, debe no sólo fortalecer su autonomía -administrativa y financiera - sino que además, debe por cierto, volver a reconciliarse con los ciudadanos. Esto conduce a democratizar y vigorizar los gobiernos comunales, perfeccionando las instancias de participación de la comunidad organizada, esto es, de las organizaciones comunitarias y de las juntas de vecinos. Por otra parte, se requiere de la más sólida articulación de estas entidades con las instancias municipales a través de los Consejos Económicos Sociales y Comunales.

**Descentralizar**, a través de la reforma regional, estableciendo la figura de los gobiernos regionales, hoy existentes, como personas jurídicas de derecho público dotadas de competencias gubernativas, administrativas y financieras y de patrimonio propio es otro de los objetivos estipulados, requiriéndose a su vez, desconcentrar el aparato público, transfiriendo y delegando atribuciones desde el conjunto de administraciones que hoy día componen el Gobierno Central.

Tal desconcentración debe orientarse hacia los territorios o hacia instancias funcionales específicas, fortaleciendo por ejemplo, el proceso de creación de las Secretarías Regionales Ministeriales.

Finalmente, junto a las normas democratizadoras, descentralizadoras y desconcentradoras, se requiere además, de instrumentos y recursos para que aquellas normas, puedan hacerse realidad ya que, sin recursos y sin potestades, no hay descentralización real. De allí que, la importancia de ir aumentando gradual y sostenidamente los fondos que constituyen la inversión pública descentralizada, como el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (F.N.D.R.), el Programa de Mejoramiento de Barrios, el Programa de Mejoramiento Urbano, el propio Fondo Común Municipal, es indiscutible. Sin embargo, lo que se torna fundamental es perfeccionar los mecanismos y criterios objetivos de distribución interregional e intercomunal, bajo el principio de la equidad territorial. Se postula, por consiguiente, que si el Gobierno busca un desarrollo geográficamente difundido, debe invertirse con un patrón de mayor dispersión geográfica<sup>41</sup>.

### **2.1.1. Las reformas institucionales**

Tras un arduo debate y negociación con la oposición, se materializó el 12 de noviembre de 1991, mediante la publicación de la Ley N° 19.097, una reforma al Título XIII de la Constitución, que modificó el conjunto de disposiciones relativas a la administración comunal y regional.

#### **- La Reforma Municipal**

Durante 1992 se reformó la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley N° 19.130), publicada en el Diario Oficial el 19 de Marzo. Con esta publicación quedaron abiertas las puertas para las primeras elecciones democráticas de autoridades municipales, las que se efectuaron el 28 de junio de 1992.

En dicha Ley Orgánica se estableció que es en la municipalidad donde reside la administración local de cada comuna o agrupación de comunas. Por primera vez en la historia constitucional chilena se definió a las municipalidades como una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyos órganos superiores son el Alcalde, como máxima autoridad y el Concejo. Además, las municipalidades cuentan con un consejo económico social consultivo .

Se dispuso, a su vez, la generación democrática de todos los Alcaldes del país por sufragio universal - única garantía de un efectivo proceso de descentralización político -, señalándose que durarán 4 años en su cargos, pudiendo ser reelegidos. Además, se estableció la creación de Concejos integrados por el Alcalde, que será su Presidente y, por representantes de la comunidad

local elegidos por sufragio universal denominados Concejales, que también durarán 4 años en sus cargos y podrán ser reelegidos. Dichos Concejos tienen facultades normativas, resolutivas y fiscalizadoras.

Por otra parte, se consagró la autoridad de las municipalidades para la administración de sus finanzas, disponiéndose un mecanismo de redistribución solidaria de los ingresos propios entre todos los municipios, con la denominación de Fondo Común Municipal, elevándose este mecanismo a rango constitucional.

Por último, entre otra materias a destacar, se reguló los procedimientos de coordinación entre todos o algunos de los municipios que integren las regiones, así como entre éstos y los demás servicios públicos.

Luego de estos cambios constitucionales y legales y del proceso electoral realizado en junio de 1992, se abrió una etapa de características propias e inéditas en el desarrollo municipal chileno.

Los cambios en el ámbito municipal, junto a las modificaciones previstas por la propia Reforma Constitucional en el ámbito regional, han terminado por configurar un nuevo mapa institucional descentralizado del Estado chileno.

#### **- La Reforma Regional**

Con fecha 6 de enero de 1992, el Gobierno envió al Parlamento el Proyecto de Ley Orgánica sobre Gobierno y Administración Regional, con el objeto de legislar en conformidad al nuevo marco constitucional, organizando los gobiernos regionales y estableciendo las atribuciones de sus órganos y los recursos que tendrán para el cumplimiento de sus facultades.

La Ley N° 19.175, del 11 de noviembre de 1992, consagró simultáneamente a los Intendentes como representantes del Presidente de la República (materias de Gobierno Interior) y como el órgano ejecutivo del Gobierno Regional (Administración de la Región). El Gobierno Regional tiene por objeto el desarrollo social, cultural y económico de la región, contando con personalidad jurídica y patrimonio propio. Está constituido por el Intendente y el Consejo Regional que es presidido por el Intendente.

El Consejo Regional, designado por un cuerpo de electores constituido por los Concejales Municipales, es un órgano de carácter normativo, resolutivo y fiscalizador, dentro del ámbito propio de competencia del Gobierno Regional encargado de hacer efectiva la participación de la ciudadanía regional y ejercer las atribuciones que la Ley Orgánica Constitucional le encomienda.

El trabajo de estos Gobiernos se realiza mediante una estructura propia, denominado Servicio Público Regional, que cuenta con Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios Públicos, que en su conjunto conforman el Gabinete Regional.

A nivel de Provincias está la Gobernación como ente desconcentrado del Intendente, con un Gobernador a cargo de las labores de Gobierno Interior y responsable, por delegación del Intendente, de algunas tareas de la administración regional. Para este efecto dispone del apoyo de un Comité Técnico Asesor, conformado por los Jefes de los Servicios Públicos presentes en la Provincia. Además, existe un Consejo Económico y Social, órgano de carácter consultivo, el que permitirá la expresión de los principales sectores sociales e institucionales de la Provincia.

En materias económicas, el Gobierno Regional cuenta con los recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), incrementados por el Programa de Mejoramiento de Barrios (PMB), patentes mineras y de la parte infraestructural del Programa MECE del Ministerio de Educación. Se crean además, las Inversiones Sectoriales de Asignación Regional (ISAR), mecanismo mediante el cual los ministerios respectivos determinan los presupuestos asignados a cada región y definen las características técnicas de los proyectos a realizar, siendo no obstante las autoridades regionales (el Consejo) quienes priorizan la asignación específica de recursos y proyectos. Este mecanismo de **coadministración** se inició con el Programa de Pavimentación Urbana del MINVU, Programa de Reposición de Caminos Secundarios del M.O.P. y otros que se irán agregando gradualmente. Adicionalmente, la regiones pueden ser autorizadas por Ley para contratar créditos y establecer impuestos sobre actividades de clara identificación regional.

#### **2.1.2. Otras iniciativas de fortalecimiento democrático y municipal**

Vinculado al tema de la participación social, el Gobierno de Aylwin presentó al Congreso, en julio de 1990, una proposición de modificación de la Ley 18.893 sobre Juntas de Vecinos y Organizaciones Comunitarias, buscando fortalecer la organización social de la comunidad, iniciativa que, aún en octubre de 1993, se encontraba en trámite legislativo.

En el ámbito del fortalecimiento de la gestión y de los recursos financieros, el Gobierno concertacionista ha presentado un Proyecto de Ley modificadorio de la actual Ley de Rentas Municipales y la Ley sobre Impuesto Territorial, con el propósito de incrementar los niveles de ingresos propios municipales y perfeccionar los mecanismos redistributivos a través del Fondo Común Municipal.

En la misma dirección otras iniciativas legales impulsadas por dicho Gobierno, como las Leyes 19.180 y 19.200, permitieron una mejoría en los niveles de remuneración de los funcionarios de nivel más bajo de las plantas municipales, así como en las condiciones de jubilación de todo el sector público, incluido el municipal. No obstante, la iniciativa más relevante en este campo

es el Proyecto de Ley de Plantas Municipales, a través del cual se persigue propender a una mayor cualificación del personal que se incorpora a los municipios, entregando a su vez soluciones a una serie de situaciones que quedaron pendientes de resolución en el período autoritario.

En el plano de los servicios municipalizados, cabe destacar la promulgación de la Ley 19.070, Estatuto Docente, el proyecto de normativa para el sector no docente y el proyecto de Estatuto de Salud de Atención Primaria. El Estatuto Docente norma, entre otras materias, las carreras de aquellos profesionales de la educación de establecimientos del sector municipal, incluyendo aquellos cargos que ocupan cargos directivos y técnico- pedagógicos en sus órganos de administración. El proyecto para el sector no docente, pretende normar y regular los principales aspectos relativos a fijaciones de dotación, niveles remunerativos y ascensos. Por último, el proyecto de estatuto de Salud Municipal, propugna el mejoramiento de remuneraciones y el establecimiento de una carrera profesional para los funcionarios que constituyen el equipo de atención primaria de salud; plantea modificaciones del sistema de asignación de recursos, reemplazando el FAPEM por un Per-Cápita y finalmente, fortalece los instrumentos de administración municipal y de articulación técnica entre el nivel primario y el resto del sistema de salud.

Las iniciativas reformistas impulsadas por el Gobierno de Aylwin ha implicado crear la oportunidad histórica de desarrollar municipios descentralizados, democráticos y con recursos para el cumplimiento de sus funciones.

## 2.2.- La nueva política social

El desafío que se propuso el nuevo Gobierno asumido en 1990 fue mantener las bases del crecimiento productivo y económico preexistente, con el mejoramiento de las condiciones distributivas en un marco de equilibrio macroeconómico. Es decir, se propuso enfrentar dos décadas de deterioro distributivo con empobrecimiento de los estratos medios y bajos, de deterioro de los servicios sociales básicos y de malas condiciones laborales del personal que trabajaba en los sectores sociales.

La política social es definida en el Gobierno de Aylwin como de carácter central, en la perspectiva de un desarrollo social equitativo, proponiéndose reforzar la acción pública social.

En esta dirección, los criterios orientadores de la política social son: mayor equidad y solidaridad, mayor eficiencia e integralidad, participación social y respeto por la dignidad de los que reciben.

Para estos efectos, la Reforma Tributaria permitió aumentar en más del 20% el gasto Social, concentrando el 70% de los recursos públicos.

Ahora bien, la política social de Aylwin mantuvo la municipalización de los servicios de educación y salud, pero incrementó las transferencias fiscales para su administración, así como avanzó en la regulación de las condiciones laborales y profesionales de los sectores traspasados y en la mejoría de sus remuneraciones; continuó, aunque incorporó aspectos regulatorios, con el nuevo sistema de previsión social, las ISAPRES, los programas de subsidio a la vivienda; perfeccionó la idea de focalización del gasto social.

Cambió los énfasis y orientaciones, destinando más recursos para ello, activando el rol del Estado en tal sentido; colocando mayor énfasis en la inversión en capital humano y en proyectos productivos; abordando de manera directa y concreta los temas de calidad de la educación y la transición educación-trabajo; creando nuevos instrumentos como el FOSIS que opera como Banco de Proyectos, estimulando la colaboración privada-público, descentralizando y regionalizando parte del presupuesto público, etc<sup>42</sup>.

### **III. MUNICIPIO Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS SOCIALES**

#### **El rol del municipio en relación a las políticas sociales**

El Artículo 3º de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades señala como una función privativa «la promoción del desarrollo comunitario», precepto que es complementado con el Artículo 4º, en el cual se indica que las municipalidades podrán desarrollar directamente o con otros órganos de la administración del Estado, «funciones relacionadas con la asistencia social, la salud pública, la educación y la cultura, la capacitación y promoción del empleo, la construcción de viviendas sociales e infraestructura sanitarias».

En los programas asistenciales y servicios sociales de más amplia cobertura en la población, las municipalidades juegan un importante rol en la cadena de la administración de dichas políticas estatales, por constituir la instancia del sector público más cercana a la comunidad y con la capacidad para identificar a los grupos de beneficiarios objetivos y focalizar así, la entrega de beneficios y servicios a la población.

Para esos efectos, incluso en la Ley Municipal, se creó una instancia operativa para atender dichas funciones sociales: la Dirección de Desarrollo Comunitario.

#### **A. Subsidios y programas sociales municipales<sup>43</sup>.**

La «estrategia de desarrollo social» seguida por el régimen militar, se orientó por buscar la «eficiencia de la acción social básicamente a través de la focalización y racionalización del gasto» (44). Lo anterior, implicó los siguientes propósitos :

- crear instrumentos que permitieran identificar y calificar la pobreza;
- seleccionar a los beneficiarios mediante dichos instrumentos para evitar filtraciones hacia otros grupos;
- eliminar niveles intermedios para «evitar gasto en burocracia y administración de los programas»;
- posibilitar la reorientación de recursos hacia la inversión, de modo que la mayor parte del gasto social, se dirija efectivamente a la población objetivo.

En esta lógica, lo primero fue contar con la información necesaria para racionalizar el gasto social. De esta forma la Ficha CAS vino a cumplir tres objetivos importantes en la estrategia social: Diagnóstico, para determinar la magnitud de las situaciones a enfrentar; Asignación, para identificar y personalizar la población objetivo; y Control, para evaluar la magnitud, ajuste y eficacia del gasto.

El segundo paso consistió en traspasar la administración de programas a las Municipalidades y Regiones, eliminando «burocracia y evitando el gasto en administración».

En efecto, en 1980, con la creación de la Ficha CAS I, cuyo objetivo fue estratificar a la población para focalizar el gasto en subsidios y, con la dictación del D.F.L. N° 869, en el año 1975, que creó las Pensiones Asistenciales, se comenzó a traspasar funciones de administración de programas a las Municipalidades, las que continuaron con la creación del Subsidio Unico Familiar en 1981 y el Subsidio de Agua Potable y Alcantarillado en 1989, concluyendo en 1990 con los Programas de Vivienda Básica y Progresiva que incorporaron como requisito de postulación el encuestaje con la Ficha CAS. En ninguno de estos programas se contempló gastos de administración.

Por otra parte, con la dictación de la Ley Orgánica de Municipalidades N° 18.695 de 1989, modificada en 1992, por la Ley N° 19.130, se consagró la descripción de las funciones comparadas, especialmente la indicada en el Artículo 4º, precedentemente señalado.

De esta forma, el vector que originó la desconcentración de funciones en el área de políticas y programas sociales fue la conjunción de estas dos líneas u orientaciones políticas, la denominada «descentralización administrativa» y la búsqueda de la eficiencia del gasto social mediante la «racionalización y la focalización».

Este traspaso de funciones fue básicamente administrativo, es decir, se trató de una desconcentración de funciones, en tanto a las Municipalidades sólo se les asignó la responsabilidad de administrar dichos programas.

«La desconcentración es solamente una distribución de espacio administrativo, con ésta sólo se pretende hacer operativas a nivel territorial, las políticas decididas por la administración central, permaneciendo el poder del Estado en manos del Gobierno»<sup>45</sup>.

En efecto, el municipio opera sólo como administrador de los programas de subsidios sociales en la comuna, ya que para estos efectos depende financiera y jerárquicamente de otras instancias que determinan materias tales como presupuestos, propuestas de modificaciones legales, aumento de cupos en los beneficios, control y procedimientos administrativos y financieros de los mismos. No obstante es un elemento fundamental en la cadena de administración de los subsidios sociales, pues es la instancia que está en contacto con la realidad de manera más cercana y tiene la responsabilidad de identificar a los grupos de beneficiarios objetivos y focalizar el gasto en la entrega de beneficios a la población.

En este contexto, es preciso señalar un hito en la historia de la administración de los programas de subsidios sociales. En el año 1987 se publicó la Ley N° 18.611, cuerpo legal que modificó los programas de Pensiones Asistenciales y Subsidio Unico Familiar, estableciendo la regionalización de los Fondos y nuevas formas de operación administrativa de ellos.

Lo principal de dicha modificación radicó en el espíritu que la impulsó. En efecto, durante el período comprendido entre los años 1980 y 1985, se produjo un crecimiento acelerado del número de beneficiarios en ambos programas asistenciales, en tanto, la orientación política-económica dominante al interior del Estado, la denominada «Escuela de Chicago», imponía sus lineamientos a la economía del país. De esta forma se determinó aplicar mecanismos de restricción progresiva del gasto social y de control permanente del mismo, coherentes con la denominada «estrategia de desarrollo social», elaborada por la Oficina Nacional de Planificación y la Secretaría de Desarrollo Social en el ámbito de los Programas de Subsidios.

Como consecuencia de ello, se incorporaron mecanismos de control trienal a esos beneficios, como asimismo al mecanismo de ingreso a ellos, lo que implicó la mantención y/o reducción del número total de beneficiarios. Vale decir, se estableció por Ley la reducción permanente y progresiva de los beneficiarios de ambos programas, en el supuesto que el crecimiento económico del país provocaría la disminución de la demanda social para acceder a dichos beneficios y, considerando además, que resultaba más eficiente la identificación de necesidades y beneficiarios, como asimismo el control de los citados beneficios.

#### **Características generales de los programas**

En términos generales, la Municipalidad administra dos tipos de programas. Por una parte, aquéllos en los que, además de identificar a los potenciales beneficiarios, le corresponde su selección y la correspondiente entrega del beneficio y, por otra parte, aquellos beneficios en los

que sólo identifica a los potenciales beneficiarios y remite los antecedentes a otros niveles, en los que recae la responsabilidad de seleccionar y otorgar el beneficio.

Cada uno de estos dos tipos de programas implica cuestiones comunes y generales de gestión, además de los específicos de cada uno de ellos.

En este sentido un aspecto común y consecuencia principal, radica justamente en uno de los objetivos que se persiguió al desconcentrar los programas: la reducción del gasto administrativo por la vía de traspasar las funciones, sin valorar el monto de administración extra, que se le estaba endosando a las Municipalidades.

Lo anterior significó que a las Municipalidades no se les entregó los recursos humanos, financieros, técnicos, ni en infraestructura adicionales, como tampoco se realizaron los apoyos en capacitación en esta área. Ello permite explicar, en gran medida, el principal obstáculo con el que se han encontrado los Municipios a la hora de administrar los programas.

A su vez, aquellos programas en los que el Municipio sólo identifica a los postulantes, han tenido el inconveniente adicional, que éste queda exento de los dividendos de administrar el programa. Son otros niveles, como el Intendente o el Servicio de Vivienda y Urbanismo Regional, los que finalmente deciden quiénes serán los beneficiarios. Sin embargo, el que debe tratar con esos beneficiarios y postulantes no seleccionados y entregar la información y atención al público es el Municipio y, sin embargo, tampoco los costos de este proceso fueron y han sido considerados en la programación presupuestaria.

Para tener una visión más detallada de las características de los programas y del instrumento utilizado para la focalización de los mismos se presenta a continuación una descripción del sistema nacional de estratificación social y de los programas de subsidios que operan por medio del municipio.

#### 1. El Sistema Nacional C.A.S.

Sus antecedentes se remontan a 1979, con los denominados «Comités de Asistencia Social», a partir de los cuales se elaboró la Ficha CAS I, en 1980.

La ficha CAS es un sistema de identificación y calificación de la pobreza y que pretende recoger información sobre los siguientes indicadores:

- i) Condiciones sanitarias en que vive la familia encuestada.
- ii) Servicios básicos que dispone, especialmente relacionado con la cocina y el tipo de combustible empleado.

- iii) Vivienda: tipo, calidad de los muros, pisos, techos, relación patrimonial.
- iv) Hacinamiento: cantidad de personas que habitan la vivienda, medida principalmente por la relación número de personas/número de camas disponibles.
- v) Educación: escolaridad del jefe de hogar y su cónyuge.
- vi) Actividad laboral.

La Ficha CAS I constó de 14 ítems relativos a los indicadores mencionados. Su aplicación entregaba un puntaje que permitía asociar a la familia encuestada con un índice de cinco niveles. De ese modo la población de una comuna terminaba estratificada en 5 grupos, o niveles, de los cuales los tres primeros correspondían a los de pobreza. Lo anterior significaba que con la tarjeta que se otorgaba y que determinaba el nivel socioeconómico al cual se pertenecía, los interesados se acercaban a la Municipalidad a solicitar los beneficios de subsidios. De igual forma dicha credencial otorgaba gratuidad en la atención en los servicios de salud pública.

Las principales observaciones que se le hicieron a la Ficha CAS I fueron no considerar los antecedentes de ingreso, de patrimonio y de estabilidad laboral de los grupos encuestados; la sobreestimación del peso de algunas variables, por ejemplo, las características de la vivienda y, finalmente, la imposibilidad de establecer diferencias entre pobreza urbana y rural.

Así fue como en 1982 se creó otro instrumento, Ficha CAS II, que se estructuró casi sin diferencias respecto de la anterior, tanto en su diseño como en su aplicación. La variación fundamental consistió en el procesamiento de la información, estableciendo ponderaciones diferentes con el propósito de diferenciar a los sectores más afectados dentro de los grupos pobres. Se incorporó una ponderación para establecer variaciones de pobreza según contexto geográfico, es decir, pobreza urbana o rural, tipo de clima al que se está expuesto y un sistema de puntaje continuo que varía según si el encuestado habita en zonas urbanas - desde 390 a 700 puntos - o en zonas rurales - desde 370 a 800 puntos. Sin embargo, este instrumento sólo comenzó a aplicarse en 1987.

Para estos efectos, pobre es todo grupo familiar que se encuentra bajo los 600 puntos en la Ficha CAS II. No obstante, conviene aclarar que este instrumento no está concebido para medir la pobreza, sino para calificar y ordenar situaciones de carencia socioeconómica.

Las críticas y observaciones que se han hecho a este instrumento son parecidas a las formuladas a la Ficha CAS I, es decir, sobredimensión del factor vivienda, no establecimiento de diferencias regionales, no consideración de la estabilidad laboral como indicador y, finalmente, manejo por parte de la población de las variables de la encuesta. Esto último, ha sido un proceso de aprendizaje social no atribuible al instrumento en sí, sino a la metodología de las encuestas sociales.

El objetivo de la Ficha es identificar a los potenciales beneficiarios y ordenarlos para establecer la prioridad en función del número de postulantes y la cantidad de recursos disponibles, para cada programa social.

Las Fichas una vez aplicada son procesadas por empresas de servicios computacionales contratistas o por el municipio si cuenta con la infraestructura técnica necesaria. La información recabada es de carácter confidencial y sólo la utiliza el Municipio.

Dada la gran cantidad de antecedentes socioeconómicos que reúne la Ficha y a falta de otros instrumentos apropiados, el uso de la información se ha ido ampliando a otras actividades tales como: fundamentación de proyectos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), sociales, obras de inversión, diagnósticos, programa de mejoramiento de barrios y lotes con servicios, etc.

El sistema de la Ficha CAS, está sujeto a procesos de control y supervisión que permiten garantizar un grado de efectividad en la aplicación del instrumento, en la priorización de postulantes y en la selección de los beneficiarios de los subsidios. El organismo encargado de esta labor es la Comisión Nacional CAS.

La Comisión Nacional CAS fue creada mediante el Decreto Supremo N° 414, del Ministerio de Planificación y Cooperación, publicado en el Diario Oficial el día 2 de noviembre de 1990. Está conformada por un representante del Ministerio de Planificación y Cooperación y por un representante del Ministerio del Interior, a través de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Su función principal es velar por el buen funcionamiento del sistema a nivel nacional, dictando las normas técnicas, jurídicas, administrativas y operativas que se estimen pertinentes para el mejor funcionamiento de las actividades de encuestaje de los municipios.

Para cumplir con dicha función, desarrolla actividades de supervisión del levantamiento de la información, evaluación de los equipos de encuestaje y revisión comunales, capacitación y supervisión y evaluación del procesamiento computacional de la Ficha.

Coherente con la política de descentralización impulsada en el país, la Comisión Nacional CAS impartió las instrucciones para que se crearan a nivel Regional, Provincial y Comunal las respectivas Comisiones CAS.

A nivel Regional, las Comisiones CAS están conformadas por los Jefes Sociales de las Intendencias y los Secretarios Regionales de Planificación y Cooperación (SERPLAC). En las Gobernaciones están representados los Jefes Sociales respectivos y, eventualmente, los delegados provinciales del SERPLAC.

En tanto en las Municipalidades, los equipos Cas debieran estar conformados por el Encargado Comunal CAS o Jefe Social y el respectivo Secretario Comunal de Planificación y Cooperación (SECPLAC), adicionalmente debiera existir al menos un supervisor y/o revisor y el equipo de encuestadores. Las funciones de este Equipo Comunal CAS son: la aplicación y levantamiento en terreno de la información, la revisión de errores primarios, la supervisión en terreno y la corrección de errores. A aquellos Municipios que cuentan con sistema computacional, les corresponde además el procesamiento computacional de la Ficha.

## 2. Subsidios que se asignan con la Ficha CAS

### \* Pensiones Asistenciales (PASIS)

Este Subsidio fue creado mediante el D.F.L. N° 869, del año 1975. Su objetivo fue otorgar una pensión a aquellos ancianos mayores de 65 años e inválidos mayores de 18 años que, careciendo de recursos económicos y que por diversas razones no obtuvieron este beneficio de un régimen previsional.

Antes del año 1987 fue permanente, vale decir, aquel beneficiario que la obtuvo se hizo merecedor del beneficio para toda la vida. Estos beneficios fueron otorgados directamente por el Alcalde respectivo a la Comuna del beneficiario.

A partir del año 87 se introdujeron cambios. En ese sentido, para mantener el subsidio el beneficiario hubo que acreditar, cada tres años, todos los requisitos exigibles para su otorgamiento. Para una nueva incorporación o ingreso al sistema otro beneficiario con mayor puntaje en la Ficha CAS debió salir de él. A su vez, todos aquellos beneficiarios que no hubiesen cobrado durante 6 meses, así como aquéllos fallecidos, dió lugar a la extinción del beneficio, causales que no generaron sin embargo, la posibilidad de incluir a postulantes en lista de espera para ocupar esos cupos liberados. En otras palabras, el número de beneficiarios tendió a disminuir.

Este beneficio es otorgado por el Intendente Regional, correspondiéndole al Municipio la revisión de los requisitos necesarios para la postulación, la aplicación de la Ficha CAS y la presentación de las postulaciones ante la respectiva Intendencia.

El Intendente confecciona mensualmente una lista con las postulaciones nuevas, con aquellos beneficiarios a quienes les corresponde su revisión trienal y con aquellos postulantes en lista de espera, de todas las comunas de la región, ordenada en forma ascendente, de acuerdo al puntaje CAS de cada persona. Procede enseguida a otorgar el número de beneficios correspondientes según disponibilidad de cupos. Aquellos postulantes que no alcancen a obtener el beneficio, se ordenan, también por puntaje en la «lista de espera», continuando su postulación vigente durante los próximos nueve meses, al cabo de los cuales, si lo desean deberán actualizar sus requisitos, para mantener vigente su postulación.

Los resultados se comunican a los postulantes en los diez primeros días del mes siguiente, mediante publicación en lugar visible de la respectiva Municipalidad.

El año 1987 se dictó también la Ley N° 18.600, que posibilitó a los deficientes mentales menores de 18 años, acceder al beneficio. Sin embargo dicha causal de asignación no ha podido operar en plenitud, hasta el 1° de octubre de 1993, fecha en que se hizo aplicable, en plenitud, el Decreto Ley N° 48 del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, que regula el cuerpo legal mencionado.

El beneficio consiste en una suma de dinero mensual que se entrega a contar del mes siguiente en que fue seleccionado el postulante. El monto de la pensión se reajusta anualmente.

Además de lo anterior, el beneficio incluye: prestación médica gratuita en los Consultorios y Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS; asignación familiar y maternal para sus cargas familiares reconocidas, a excepción del cónyuge.

Las Pensiones Asistenciales son pagadas a través de Bancos o Municipios.

Pese a que el gasto en PASIS ha aumentado progresivamente desde 1987 a la fecha, el número de beneficiarios no obstante, ha disminuido levemente. (Cuadros N°1).

**CUADRO N° 1**  
**EVOLUCION HISTORICA DEL PROGRAMA PASIS**

NUMERO DE BENEFICIARIOS						
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
318.700	s/i	s/i	311.946	301.712	298.485	294.948 (1)
MONTO EN MILES DE MILL. DE \$ DE CADA AÑO						
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
16.701	19.758	21.776	29.362	39.700	46.992	51.148 (2)

NOTAS: (1) No considera 14.000 nuevos beneficios que se inyectaron al sistema.

(2) Corresponde a lo presupuestado.

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (Beneficiarios y Costo) - SUBSECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO (Informe Estadístico 1990, 1991 y 1992) - INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL (Informe Sección Subsidios para Taller de trabajo) - LEYES DE PRESUPUESTO.

### **\*Subsidio Unico Familiar (SUF)**

A partir de 1981, con la Ley N° 18.020, se inició este programa destinado a menores de 15 años en situación de extrema pobreza, que carezcan de asignación familiar y estén a cargo de un adulto, sin previsión ni recursos económicos.

A contar del año 1987, el beneficio sólo tiene una duración de tres años, debiendo reactualizarse todos los antecedentes necesarios para su otorgamiento, incluida la Ficha CAS. Todo este proceso es de responsabilidad municipal.

Ese mismo año, se estableció que la causal cumplimiento de los 15 años y no cobro durante seis meses, no generaba cupo para otorgar nuevos beneficios.

Para su operación se fijan trece fondos regionales desde el nivel central, un número máximo de subsidios a conceder por región y un número mínimo de revisiones. El Intendente debe distribuir los cupos y fijar los números máximos de subsidios a conceder mensualmente, como asimismo el número mínimo de revisiones mensuales en las comunas y municipalidades de su jurisdicción. La atribución de otorgar el beneficio está radicada en el Alcalde, quien debe ordenar a los postulantes de acuerdo al puntaje en Ficha CAS, en forma ascendente.

De igual forma, debe publicarse en la Municipalidad el listado con los postulantes seleccionados.

También, durante el año 1987, se dictó la Ley N° 18.600, que permitió a los deficientes mentales menores de 18 años, acceder a un doble monto del beneficio. Sin embargo su aplicación en plenitud, estuvo condicionada al mismo reglamento mencionado en los PASIS.

El beneficio consiste en el pago de un monto de dinero por cada menor, a contar del mes siguiente y durante los 3 próximos años, en que el menor es seleccionado para obtener este beneficio.

La madre del o los causantes SUF, también se hace beneficiaria del mismo. Tiene otras dos modalidades de asignación, a saber: a la mujer embarazada y al recién nacido.

Desde el año 1987, hasta el año 1991, producto de las reformas al sistema, el número de beneficiarios activos disminuyó en 100.000 aproximadamente. Lo anterior, planteó la necesidad de inyectar durante 1992 de 100.000 nuevos cupos para así cubrir la demanda insatisfecha hasta los 550 puntos en la Ficha CAS. Sin embargo, si se compara los cupos de julio del 1992 y de 1993, se puede observar que se incrementa tan sólo en 30.000 el número de beneficiarios efectivamente incorporados (Cuadros N°2).

**CUADRO N°2**  
**COMPARACION DEL NUMERO DE BENEFICIARIOS ENTRE JUNIO DE**  
**1992 Y JUNIO DE 1993.**

AÑO	1992	1993
Nº BENEFIC.	792.900	829.368

FUENTE : SUBSECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO.

El gasto a la fecha se ha incrementado progresivamente desde 1987 a la fecha, no así el número de beneficiarios que registra una disminución de aproximadamente 100.000 cupos entre 1987 y 1991, para mostrar un leve incremento en 1993. (Cuadro N°3).

**CUADRO N° 3**  
**EVOLUCION HISTORICA DEL PROGRAMA SUF**

NUMERO DE BENEFICIARIOS						
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
1.001.644	926.124	886.589	913.662	859.811	792.900	829.368 (1)
MONTO EN MILES DE MILL. DE \$ DE CADA AÑO						
1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
7.153	6.981	7.527	10.231	13.093	14.831	17.391 (2)

NOTAS: (1) Considera 100.000 nuevos beneficios que se inyectaron al sistema en 1992.

(2) Corresponde a lo presupuestado.

FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (Beneficiarios y Costo) - SUBSECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO (Informe Estadístico 1990, 1991 y 1992) - INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL (Informe Sección Subsidios para Taller de trabajo) - LEYES DE PRESUPUESTO.

**\*Subsidio al pago por consumo de agua potable y alcantarillado**

En el año 1989 se publicó la Ley N° 18.778, que concede este subsidio. Está dirigido a familias o personas que, por su realidad socioeconómica, se vean en la imposibilidad de cancelar el monto total del valor de las prestaciones por consumo de agua potable y/o servicio de alcantarillado de aguas servidas. Este subsidio es aplicable a los cargos fijos y variables

correspondientes a la vivienda. En este caso, en las facturaciones emitidas al mes siguiente en que se asignó el subsidio, la empresa distribuidora de agua potable cobrará al Municipio, la parte del valor correspondiente al monto del subsidio otorgado.

A su vez, el Municipio recibe fondos del Ministerio de Hacienda para cancelar la facturación que le corresponde cancelar.

Entre los requisitos exigidos para postular al subsidio está el encuestaje con la Ficha CAS.

El subsidio es concedido por el Alcalde de la Comuna respectiva y dura inicialmente hasta el 31 de enero del año siguiente al que se otorgó y se renueva automáticamente por períodos de un año, hasta completar el plazo máximo de tres años desde la fecha de su otorgamiento, salvo que mediante un decreto alcaldicio no se de lugar a su renovación.

El beneficio consiste en la excención de pago del monto subsidiado, referente a consumo de agua potable y alcantarillado de aguas servidas.

El sistema de asignación es el siguiente: a cada Municipio se le asigna, desde el nivel central, una cantidad limitada de subsidios a otorgar en la Comuna. La Municipalidad, al momento de asignar los subsidios, debe comprobar el cumplimiento de los requisitos y seleccionar a los postulantes de acuerdo con el nivel socioeconómico. El decreto alcaldicio con la nómina de los beneficiarios, como asimismo de quiénes postularon y no obtuvieron el beneficio, tiene que ser publicado en la Municipalidad, en lugar visible al público.

La evolución del programa, desde los meses de noviembre y diciembre de 1990, fecha en que empezó a operar, hasta 1992, ha demostrado un creciente interés de la población por acceder al beneficio. Por su parte, de los recursos programados desde Hacienda muestran un crecimiento progresivo (Cuadro N°4).

No obstante lo anterior, el principal problema de gestión asociado a este programa, consiste en la dificultosa programación de fondos, los que se transfieren contra presentación de facturas. Esta modalidad se originó en el Ministerio de Hacienda como respuesta al bajo porcentaje de gasto efectivo ejecutado en 1990, que tan sólo alcanzó un 6% .

Mientras las Municipalidades mantuvieron empozados excedentes correspondientes al año 1990, todo esto no ocasionó problemas, pero a fines del año 1992 la situación comenzó a volverse crítica para algunas Municipalidades.

El problema surgió cuando al vencer el plazo para pagar la factura a la respectiva empresa, el Municipio no contó en su oportunidad con los trasposos de fondos necesarios para cubrir esas obligaciones, por lo que debió pagar las facturas con sus recursos propios, evitando de este modo el cobro de intereses de las respectivas empresas, las que tienen carácter semiprivado.

**CUADRO N° 4**  
**EVOLUCION HISTORICA DEL PROGRAMA SAP**

AÑO	RECURSOS PRESUPUESTADOS M\$ DE C/AÑO	RECURSOS PAGADOS M\$ DE C/AÑO	PROMEDIO MENSUAL DE BENEFICIOS
1990	207.563	3.458	5.520
1991	1.342.704	259.229	40.981
1992	3.799.143	2.038.064	232.838
1993	4.400.200	2.247.300	381.321
	(1)	(2)	(3)

NOTA: (1) Corresponde a lo programado según presupuesto, no incluye recursos adicionales entregados en noviembre de 1993 por M\$ 590.000 aproximadamente.

(2) Corresponde a lo ejecutado hasta el mes de julio de 1993.

(3) Corresponde a los cupos asignados hasta el mes de julio de 1993.

FUENTE: SUBSECRETARIA DE DESARROLLO REGIONAL Y ADMINISTRATIVO.

### 3. Programas Laborales relacionados con el Municipio

Existen programas sociales que funcionan en algunas Municipalidades, en los que participa en relación con otras instituciones del nivel central. Dichos programas no involucran grandes responsabilidades y actividades para el Municipio. Estos son Subsidios de Cesantía, Programa de Capacitación Laboral para jóvenes y Programa de Mujeres Jefes de Hogar.

#### Subsidios de Cesantía

Este subsidio está destinado a trabajadores dependientes del sector público o privado afiliado al Instituto Nacional Previsional (INP) o a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) que hayan perdido su trabajo por causas ajenas a su responsabilidad. Consiste en una ayuda económica mensual, por el lapso máximo de un año y es pagado por el INP o la Caja de Compensación respectiva. Para los funcionarios públicos el subsidio lo paga directamente el servicio donde trabajó.

El monto mensual a julio de 1994, alcanza los siguientes valores:

El primer trimestre : \$13.922.-  
El 2º y 3º trimestre : \$ 9.282.-  
El 4º trimestre : \$ 6.931.-

Para cobrar las cuotas correspondientes al 4º, 7º y 10º mes, se debe realizar una declaración jurada en el mes anterior, que permita ampliar el beneficio, el formulario para este trámite se facilita en la Municipalidad.

El beneficio incluye también:

- Atención gratuita en los Consultorios y Hospitales del Servicio Nacional de Salud.
- Asignación Familiar y Maternal para sus cargas familiares reconocidas.

Como control en beneficio debe firmar cada mes una tarjeta de control en la Municipalidad. Si el beneficio no firma la tarjeta o si encuentra trabajo el beneficio se extingue.

Se postula a este beneficio en la Municipalidad correspondiente al domicilio del interesado. Los beneficios no son encuestados con Ficha CAS. Para acceder al beneficio, se deben tener a los menos 52 semanas o 12 meses contínuos o discontinúos de imposiciones en cualquier régimen previsional, dentro de los dos años anteriores a la fecha de cesantía. Además estar inscrito en el registro de cesantía de la Municipalidad y de la institución previsional que corresponda.

### **Programa de Capacitación Laboral para Jóvenes**

Este programa está dirigido a jóvenes desempleados o subempleados que se encuentren fuera del sistema educacional formal y presenten una situación de marginalidad económica o social.

Consiste en capacitación laboral que mejore la calificación de los jóvenes para desempeñarse como trabajadores, tanto dependientes como independientes.

El Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo SENCE y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social FOSIS, llama a licitación a instituciones, sean públicas o privadas, para presentar propuestas de capacitación, en tres áreas, a saber:

- Capacitación con práctica laboral en empresas.
- Capacitación para el trabajo independiente.
- Capacitación en oficios y formación personal.

Además de los cursos de capacitación, se incluye ayuda económica, para movilización y un monto por la práctica laboral, los que varían dependiendo del programa.

Para recibir el beneficio, deben postular a la institución que ofrece el programa o en la Oficina de Colocación Municipal, correspondiente a su domicilio. Los postulantes no son encuestados con

la Ficha CAS. Pero deben inscribirse en la Oficina Municipal de Colocación, correspondiente al domicilio del postulante. Antecedentes anexos son solicitados por cada una de las instituciones licitantes.

### **Programa de Mujeres Jefas de Hogar**

Este programa inició su etapa piloto, estableciendo convenios con Municipalidades, sólo en algunas comunas del país (Arica, Santiago, Conchalí, San Antonio, Coronel), para el período 1992-1993. Durante el año 1994, el programa se hizo extensivo a 50 comunas más.

Está dirigido a mujeres jefas de hogar que generen el único principal ingreso del grupo familiar. El programa alcanza características particulares dependiendo de las necesidades de las beneficiarias. Sin embargo trabaja en cinco áreas que son:

- Cuidado Infantil, para niños de 0 a 14 años en tres modalidades diferentes.
- Vivienda, que incluye ayuda económica para el mejoramiento y asesoría y apoyo organizativo para la postulación al subsidio.
- Salud, en las áreas mental, bucal y física laboral.
- Asistencia Legal, que incluye información, capacitación y patrocinio en juicios.
- Capacitación Laboral, a través de un convenio con el SENCE en capacitación Técnica y Formación para el Trabajo.

Durante los dos años de experiencia piloto el programa de trabajo con 2.500 mujeres jefas de hogar. A partir de 1994 se incorporan al programa 50 comunas. Con lo que la población atendida por el programa alcanza a las 10.900 beneficiarias.

El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), se compromete a aportar durante el primer año hasta M\$5.000, para desarrollar programas en las cinco áreas definidas, con las especificidades que requiera la Comuna. Además se invierte aproximadamente un monto de M\$12.000, en capacitación, a través del SENCE.

La Municipalidad por su parte, debe comprometerse a participar en el financiamiento del programa, a partir del segundo año con un monto igual o superior al entregado inicialmente por el SERNAM y, al cabo de un período variable de tiempo, que es evaluado para cada caso en particular, poder llegar a sustentarlo en forma autónoma.

Los criterios de focalización utilizados son los siguientes: mujer jefa de hogar o núcleo familiar, con menores a cargo, con residencia en la Comuna o territorio donde se ejecuta el programa y el puntaje en la Ficha CAS de las beneficiarias, contextualizado para cada Comuna.

#### 4. Subsidios en los que el Municipio actúa como puerta de entrada al beneficio, utilizando la Ficha CAS

##### **\* Subsidio para Vivienda Básica o de Marginalidad Habitacional**

A contar del año 1990 este programa comenzó a utilizar la Ficha CAS como antecedente, entre otros, para la selección de los beneficiarios. Los restantes antecedentes y requisitos que se consideran son de responsabilidad del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

El programa está dirigido a familias de escasos recursos que no sean propietarios de una vivienda, pudiendo postular personas naturales, mayores de edad, solteras, casadas o viudas y personas mayores de 18 años que sean jefes de hogar. La postulación puede ser individual o grupal.

El beneficio consiste en una vivienda básica: comprende un sitio urbanizado y una vivienda definitiva compuesta de baño, cocina, estar-comedor y dos dormitorios.

En la Municipalidad donde vive el o los interesados, o en el SERVIU correspondiente, se solicita la inscripción en el Registro Nacional de Postulantes a la Vivienda Básica, llenando el formulario respectivo.

El encargado de otorgar el beneficio, seleccionar a los postulantes en función del puntaje final que obtienen y publicar sus nombres en un diario de circulación nacional es el SERVIU.

Existe también una modalidad para atención especial de ancianos, dirigido a personas mayores de 65 años, de escasos recursos y que no sean propietarios de una vivienda. La postulación se realiza luego de un llamado especial para ancianos que se publica en el Diario Oficial y en periódicos de circulación nacional.

##### **\* Programa de Vivienda Progresiva**

A contar del año 1990, este programa también comenzó a utilizar la Ficha CAS, como uno de los antecedentes a considerar, para la selección de los beneficiarios.

Este subsidio está orientado a familias en condiciones de emergencia habitacional, especialmente a quienes viven como allegados. Pueden ser mayores de edad, solteros y casados o mayores de 18 años, casados, viudos o solteros que tengan hijos a su cargo. Se puede postular en forma individual o colectiva.

El programa de vivienda básica otorga facilidades para construcción de casas en dos etapas. La primera etapa comprende, como mínimo, un sitio urbanizado y una unidad sanitaria compuesta de baño y cocina. La segunda consiste en dos dormitorios y un estar comedor.

Se puede postular en la Municipalidad de residencia de los interesados o en el SERVIU correspondiente. Allí se solicita la inscripción en el Registro Nacional de Postulantes al Programa de Vivienda Progresiva, llenando el formulario respectivo.

El organismo responsable de otorgar el beneficio, seleccionar a los postulantes en función del puntaje que obtienen y publicar sus nombres en un diario de circulación nacional es el SERVIU.

Las mayores dificultades que enfrentan las Municipalidades con los programas de Vivienda, dice relación con el recálculo que efectúa el Ministerio de Vivienda y Urbanismo del puntaje de las Fichas CAS obtenido por los postulantes, entregándose resultados que no dicen relación solamente con los puntajes CAS. Esta situación produce en los postulantes no seleccionados una crítica al sistema de Ficha CAS y los Municipios se quedan sin los elementos de juicio o la información necesaria para responder adecuadamente acerca de las razones que motivaron su no selección. Todo ello produce un debilitamiento de credibilidad acerca del programa y del instrumento CAS, quedando además el Municipio en una situación precaria, en tanto puerta de entrada al sistema.

#### 5. Problemas de gestión asociados a las Ficha CAS

Habitualmente, la valoración de una determinada área del quehacer municipal, está dada por la cantidad de recursos que genere o la infraestructura que se desarrolle en el territorio, sin embargo, difícil es dimensionar la importancia de la «inversión social», la que constituye una inversión en las personas, en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La gran mayoría del personal de los equipos CAS comunales, sufren una situación de permanente rotación, con la consiguiente inestabilidad laboral, lo que además ocasiona que todo lo avanzado en materia de capacitación, conocimiento y manejo de las materias relacionadas con su labor se ve afectado cada vez que se cambian estos equipos sin razones técnicas que ameriten tal decisión. Los encuestadores y revisores, cuando los hay, son contratados a honorarios, bimestral o trimestralmente, no tienen dedicación exclusiva y se les asignan tareas que escapan a su labor específica, como es la revisión u otorgamiento de subsidios monetarios, secretariado y atención de público. Todo esto afecta de algún modo el trabajo CAS propiamente tal y lo más grave es que a medida que el Municipio es más pequeño la situación empeora. Estos problemas, también se presentan en aquellas comunas que licitan sus procesos de encuestaje.

Con excepción de los Programas de Vivienda, los subsidios asignados con Ficha CAS tienen una duración de tres años y, además, la vigencia de la información que entrega la misma es de dos años. Esta situación hace necesario volver a encuestar con la Ficha CAS a estas personas, ya sea para renovar el beneficio o reasignarlo a un postulante en situación socioeconómica más precaria.

De no efectuarse tal revisión tal beneficio se pierde, según los mecanismos legales vigentes, hecho que se ha constituido en uno de los principales factores causantes de la pérdida sostenida de beneficios SUF a lo largo del país.

Ahora bien, si se considera el número de programas que tienen a la Ficha CAS como antecedente de selección de postulantes, será menester apreciar su importancia fundamental en el desarrollo de la política social hacia los sectores pobres y en la focalización del gasto social.

## 6. La focalización

Como se ha podido observar, la desconcentración de funciones administrativas en el ámbito de los Programas de Subsidios, ha resultado apropiada en lo que respecta a la focalización del gasto público. Hay que consignar que del total del «Gasto Social» que el Estado de Chile realizó en 1992, solamente un 20% fue totalmente focalizable (46) y de este porcentaje gran parte corresponde a programas administrados por las Municipalidades y orientados con el instrumento Ficha CAS (Cuadro N° 4). Respecto al 80% restante, sólo parte es focalizable pues corresponden a beneficios universales, por lo que resulta muy difícil focalizar.

Por otra parte, si se analiza la evolución del porcentaje de subsidios que se concentran en el 40% más pobre de la población, ente los años 1987 y 1990, según la Encuesta CASEN (Cuadro N° 5), se puede afirmar que hay un comportamiento estable en materia de focalización de subsidios monetarios hacia los sectores más pobres.

Desde el punto de vista político existe una coherencia en la política de descentralización del Estado Chileno y el proceso de desconcentración administrativa en el ámbito de los Programas de Subsidios Sociales.

Sin embargo, existen materias pendientes, a saber, una evaluación del impacto de los programas en el mejoramiento de la calidad de vida de la población beneficiaria. Por ejemplo, en el ámbito de los SUF, existen algunas apreciaciones críticas que señalan la poca influencia del beneficio en el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores pobres; señalan por el contrario, que existe una suerte de población cautiva, que permanentemente está vinculada al beneficio en una relación asistencialista, que no es coherente con la política de confiar e invertir en la gente, como agentes de su propio desarrollo. Distinta es la situación de los PASIS, ya que los beneficiarios son un grupo en extremo vulnerable con pocas posibilidades de iniciativas tendientes a la autogestión.

**Cuadro N° 4**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO SOCIAL**

PROGRAMAS	QUINTIL DE INGRESOS					Total
	1	2	3	4	5	
<b>SUBSIDIOS MONETARIOS</b>						
PASIS	45,5	22,2	19,4	10,0	2,9	100
SUF	50,8	29,3	13,5	4,8	1,6	100
ASIGNACION FAMILIAR *	21,6	25,7	21,2	17,6	13,9	100
SUBSIDIO CESANTIA *	57,6	28,3	7,6	4,5	2,0	100
<b>SUB TOTAL</b>	<b>36,4</b>	<b>24,9</b>	<b>19,0</b>	<b>12,4</b>	<b>7,4</b>	<b>100</b>
<b>SALUD</b>						
PNAC	38,1	30,8	18,0	9,5	3,6	100
SUBSIDIO MATERNAL	1,7	4,9	11,1	19,7	62,6	100
ATENCIONES SALUD	27,5	24,7	22,1	16,9	8,8	100
SUBSIDIOS PREVISIONALES	5,1	12,8	17,3	23,7	41,2	100
COTIZACIONES (1)	5,0	13,5	20,3	25,6	35,6	100
<b>SUB TOTAL</b>	<b>49,6</b>	<b>34,8</b>	<b>21,2</b>	<b>6,4</b>	<b>12,1</b>	<b>100</b>
<b>EDUCACION</b>						
EDUC. PARVULARIA *	27,5	28,8	20,3	13,7	9,7	100
EDUC. BASICA *	35,7	26,9	18,1	12,6	6,7	100
EDUC. MEDIA HUM-CIENT *	23,5	24,1	21,0	18,1	13,3	100
EDUC. MEDIA TEC-PROF *	25,8	29,7	22,9	15,9	5,7	100
PAE	52,4	27,3	13,2	5,3	1,8	100
CREDITO UNIVERSITARIO	22,8	15,8	21,8	20,0	19,6	100
<b>SUB TOTAL</b>	<b>34,2</b>	<b>26,7</b>	<b>18,6</b>	<b>13,0</b>	<b>7,5</b>	<b>100</b>
<b>VIVIENDA</b>						
SUBSIDIO HABITACIONAL	15,8	20,2	23,4	23,5	17,1	100
VIVIENDA SOCIAL	29,4	28,4	23,5	13,5	5,3	100
LOTES CON SERVICIO	26,8	28,1	26,8	14,3	3,9	100
<b>SUB TOTAL</b>	<b>20,6</b>	<b>23,2</b>	<b>23,7</b>	<b>19,9</b>	<b>12,6</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>	<b>36,4</b>	<b>27,6</b>	<b>19,6</b>	<b>12,2</b>	<b>4,2</b>	<b>100</b>

NOTAS : \* Corresponde a programas de carácter universal.

(1) Corresponde a cotizaciones previsionales hechas por las personas.

FUENTE: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 1990.

**Cuadro N° 5**  
**PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE LAS TRANSFERENCIAS**  
**MONETARIAS DE SUBSIDIOS 1987 Y 1990**

QUINTIL DE INGRESO AUTONOMO PER-CAPITA AÑO 1987	PASIS	SUF	ASIG. FAM.	SUB. CES	JUB.	OTROS SUB.	TOT
1	51,2	58,6	19,8	63,4	3,2	40,0	30,4
2	22,0	26,4	22,7	20,7	8,1	25,0	23,1
3	17,5	11,2	20,9	8,4	14,2	18,1	19,0
4	7,5	3,0	18,7	7,4	23,4	12,1	15,0
5	1,9	0,8	17,9	0,0	51,6	4,6	12,6

QUINTIL DE INGRESO AUTONOMO PER-CAPITA AÑO 1987	PASIS	SUF	ASIG. FAM.	SUB. CES	JUB.	OTROS SUB.	TOT
1	45,7	50,6	21,6	57,1	3,7	43,6	31,2
2	22,2	29,2	25,7	28,2	8,4	13,6	25,0
3	19,4	13,6	21,2	7,6	14,8	10,9	19,0
4	10,0	4,7	17,6	4,3	24,9	6,6	13,9
5	2,9	1,6	13,9	2,3	48,2	25,4	10,9

FUENTE : ODEPLAN, Encuesta CASEN 1987. Depto. Planif. y Est. Soc. MIDEPLAN ; Encuesta CASEN 1990.

### 7. Costos de administración

En esta misma línea de evaluación, sin lugar a duda, el problema de mayor impacto es la inexistencia de una valoración de los costos administrativos que implica el manejo y otorgamiento de estos subsidios.

Efectivamente, ninguno de los programas considera en la programación presupuestaria un porcentaje destinado a fortalecer el trabajo administrativo de los departamentos sociales de las Municipalidades. De hecho, aún no existen estudios que den cuenta del costo administrativo asociado a los Programas de Subsidios. Justamente porque uno de los objetivos que persiguió la desconcentración de subsidios, fue la reducción de gasto por la vía de obviar el cálculo del gasto administrativo de los programas.

Si se toma en cuenta este antecedente y se compara con la cantidad de Municipalidades pequeñas en las que no existen profesionales en el trabajo social, en las que la población se encuentra dispersa en zonas de difícil acceso geográfico y, además, carecen del apoyo administrativo mínimo exigible a los tiempos modernos, como microcomputadores, capacitación al personal, apoyo presupuestario para la administración de un número creciente de programas, se tendrá una idea de las principales carencias y dificultades que las Municipalidades enfrentan en su accionar cotidiano.

Por lo demás, los trabajadores de los departamentos sociales municipales, desarrollan proyectos, iniciativas y tareas tendientes a la promoción del desarrollo local, que no guardan relación con la inmensa carga administrativa de programas de subsidios que hoy día deben llevar.

Aquí, radica un punto extremadamente complejo, que implica al menos dos opciones, las que, a su vez, indican orientaciones distintas en el plano de la descentralización del Estado. El tema planteado es : ¿Qué rol debe cumplir el Municipio en el desarrollo de la política social del Estado Chileno?, entonces algunas respuestas posibles son las siguientes:

- El Municipio debe operar como administrador de programas sociales definidos desde el nivel central y proveedor de servicios.
- El Municipio debe ser un generador y articulador de propuestas para grupos vulnerables y/o en situación de carencia socioeconómica, con un manejo de recursos apropiados para producir iniciativas de desarrollo local que involucren a la población en el diagnóstico y propuestas de superación de sus condiciones críticas.

Por cierto, las alternativas mencionadas implican dos opciones de distinto alcance y profundización del proceso descentralizador.

La primera opción plantea la necesidad de mantener al Municipio como un ente descentralizado, en tanto la característica fundamental de este proceso, además del patrimonio propio y la personalidad jurídica, la generación democrática de sus autoridades, se esté desarrollando normalmente. Sin embargo, en el plano de sus funciones y atribuciones prima una concepción, más cercana al centralismo, en tanto son básicamente entes desconcentrados, que administran diversos aspectos y materias que les son entregados en calidad de funciones privativas o compartidas, las que sin embargo dependen mayoritariamente de órganos regionales o centrales para su concreción, determinación, adecuación, financiamiento e incluso jerarquizaciones.

La segunda opción, plantea la profundización de la descentralización, en la perspectiva de dotar de mayor autonomía y de mayores recursos al Municipio, concibiendo a éste, como un real ente de Gobierno Local, en tanto se constituye en el principal impulsor del desarrollo local de su

comuna, generando a la vez, las condiciones para una adecuada gerencia pública de sus autoridades. Lo anterior no significa dotar al Municipio de funciones de Gobierno Interior, por el contrario significa concederle grados crecientes de autonomía en las materias que son de su competencia, al mismo tiempo que supone una mayor integración activa de la comunidad organizada a través de sus órganos de representación en la gestión municipal.

Probablemente, este debate se hará presente más temprano que tarde en la reflexión del tema Municipal.

Ahora, en relación a la desconcentración de funciones en la administración de programas de subsidios, con toda seguridad, ha sido una experiencia exitosa para el Estado y adicionalmente le ha significado un ahorro y aumento de la eficiencia en la ejecución del gasto público. Probablemente esta tendencia deba continuar para aumentar la optimización y eficiencia del gasto público, no obstante, si se busca este objetivo, deben implementarse medidas tendientes a apoyar el trabajo administrativo que actualmente realizan las Municipalidades en esta área y, de continuar la política de desconcentración, debe estar indisolublemente ligada a una evaluación del costo administrativo que ella implica.

#### **B. Sistema de servicios de educación y salud municipal<sup>47</sup>**

##### **- Antecedentes Generales del Traspaso**

Las municipalidades fueron facultadas por el Art. 38 de la Ley de Rentas Municipales, D.L. N° 3063, de 1979, para tomar a su cargo servicios, como educación y salud por ejemplo, que estén atendidos por el sector público. También fueron autorizadas para crear establecimientos en las áreas de servicios en que se efectúe el traspaso, los que se rigen en todo por las mismas normas de administración de recursos y personal. Por la Ley N° 18.096 se traspasaron en forma definitiva los cementerios a las municipalidades.

El D.F.L. N° 1-3063 de 1980, reguló el traspaso de los establecimientos. Estos pueden traspasarse en forma definitiva, como lo fueron los establecimientos educacionales, o provisoria, como lo fueron los establecimiento de salud. En el primer caso los bienes se traspasan en dominio y en el segundo caso en comodato.

El proceso de traspaso de los establecimientos escolares públicos y los consultorios de salud primaria, incluyó la incorporación de un sistema de transferencias desde el gobierno central que opera sobre la base de las prestaciones otorgadas por estos establecimientos - el cual será descrito más adelante - y la liberación del régimen laboral del personal correspondiente, el que pasa a regirse por las normas del sector privado en lo concerniente a remuneraciones y despidos.

La puesta en práctica de estas reformas enfrentaron importantes obstáculos económicos y administrativos, entre los cuales, la oposición de los afectados, la limitada capacidad técnica y administrativa local y, la misma crisis económica de los años 1982 y 1983, lo que afectó la velocidad del proceso de traspaso y, especialmente, al sistema mismo de financiamiento. En efecto, esto último, provocó que se pasase de una concepción originaria de financiación de gastos de operación de establecimientos traspasados sobre la base de costos estándares por alumno asistente (educación) o por prestación (salud), a un creciente cofinanciamiento municipal y deterioro de las remuneraciones del personal traspasado, por efecto de la eliminación de los mecanismos de indexación de estas subvenciones, las que cayeron en términos reales a lo largo de casi toda la década de los 80<sup>47</sup>.

- **La Administración de los establecimientos traspasados.**

Las Municipalidades al asumir estas nuevas funciones, estructuraron una Unidad dentro de su orgánica, departamentos municipales dependientes de la Dirección de Desarrollo Comunitario, o crearon un ente de derecho privado, Corporaciones Municipales, para administrar tales servicios.

En el caso de las Corporaciones, la mayoría de las veces su Dirección superior está a cargo de un Consejo, presidido por el Alcalde y nominado por éste y por un Gerente, designado por el citado Consejo.

El personal de las Corporaciones se rigen por el Código del Trabajo y en el caso del personal de los Departamentos Municipales pueden ser funcionarios municipales o también contratados por el Código del Trabajo, salvo el personal docente que labora en el departamento de educación el que se regula por el Estatuto Docente. La remuneración de los funcionarios municipales depende del grado que ocupen en la escala municipal de remuneraciones; para aquéllos que se rigen por el Código del Trabajo su remuneración depende del acuerdo de voluntades y respecto del personal docente su remuneración se determina según a lo dispuesto en la Ley N° 19.070. (Estatuto Docente).

- **Régimen de bienes.**

La adquisición, administración, enajenación y dada de baja de los bienes muebles e inmuebles, destinados a los servicios traspasados, se rige por las normas de los bienes muebles e inmuebles municipales. Si la municipalidad tiene los bienes muebles en comodato al darlos de baja deben ser devueltos al servicio genérico que los entregó, quien decreta la baja.

- **Régimen presupuestario.**

La Municipalidad debe llevar presupuesto separado para cada uno de los servicios traspasados, los que se rigen por las normas de administración financiera de las municipalidades.

Los ingresos de los servicios traspasados no pueden destinarse al gasto de funcionamiento de las municipalidades.

### **1. Educación**

La política de traspasos de establecimientos educacionales a las municipalidades se inscribe y es parte de la reforma del sector educacional y su proceso de privatización. Se inició en 1981 y fue un proceso complejo que se llevó a efecto según los procedimientos establecidos en los cuerpos normativos correspondientes. Dicho proceso concluyó en enero de 1987.

En el país hay 324 municipalidades que tienen bajo su administración 6.297 establecimientos educacionales (64,4% del total) que atiende a 1.764.854 alumnos (58,5% del total nacional).

En el caso de haberse adoptado la decisión de crear un departamento, éste pasa a conformar la estructura interna municipal, pudiendo las personas que allí se desempeñan ser funcionarios municipales o bien estar contratados a través del Código del Trabajo. Si la decisión fue crear una corporación de derecho privado, existe un directorio y estatuto que rige a la corporación, siendo el Alcalde por derecho propio el Presidente de dicho directorio y todas las personas contratadas a través de un contrato privado de trabajo. Cabe hacer notar que el Tribunal Constitucional estableció que los municipios no podían transferir funciones públicas a instituciones de derecho privado, razón por la cual se prohibió crear nuevas corporaciones de este tipo a contar del 1º de marzo de 1988, sin perjuicio de mantener el funcionamiento de las existentes.

A nivel nacional, en 280 municipios se constituyeron Departamentos de Administración de Educación Municipal (DAEM) y 54 municipios formaron Corporaciones Municipales de Educación.

#### **- El régimen laboral del profesorado**

El personal traspasado desde el Ministerio de Educación fue contratado por la Municipalidad respectiva, a través de un contrato privado de trabajo, rigiéndose, en consecuencia, por las normas dispuestas en la Ley Nº 18.620. El personal docente tiene la calidad de funcionario público desde la publicación de la Ley Nº 19.070, en junio de 1991. El resto del personal traspasado y los contratos nuevos se rigen por el Código de Trabajo y no tienen la calidad de funcionarios municipales o públicos para ningún efecto legal.

Si bien las municipalidades tuvieron que contratar el personal traspasado de los establecimientos educacionales conservando los niveles de remuneración al momento del traspaso, nada les obligó a mantener dichos sueldos en los mismos términos reales a lo largo del tiempo. Esto provocó un deterioro real de las remuneraciones de dicho personal.

Respecto a la situación previsional, todo el personal tuvo un período previamente fijado para optar por mantener su régimen previsional antiguo, es decir continuar imponiendo en la ex Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU), o bien traspasarse al régimen previsional privado (EMPART o AFP). Las diferencias de costos para los que optaron por esta última alternativa fueron de cargo del empleador, por lo que nadie pudo ver disminuida su remuneración líquida.

- **El sistema de financiamiento**

Los establecimientos educacionales que las Municipalidades tomaron a su cargo, están acogidos al beneficio de la subvención contemplado en el DFL N° 2 de Educación de 1989, texto que fusiona y ordena el Decreto Ley N° 3.476 del Ministerio de Educación y sus modificaciones posteriores, siempre que cumplan los siguientes requisitos, válidos para la enseñanza gratuita :

- Que tengan el reconocimiento oficial del Estado, por haber cumplido los requisitos establecidos en el Artículo 21 de la Ley N° 18.962;
- Que sus cursos se ajusten a los mínimos y máximos de alumnos por curso, que en cada caso y para atender la exigencias pedagógicas señale el reglamento. El MINEDUC puede autorizar una matrícula que exceda los cupos máximos cuando, situaciones especiales derivadas de las necesidades educacionales lo aconsejen.
- Que cuenten con los cursos o ciclos de educación correspondientes al nivel de enseñanza que proporcionen.
- Que el local destinado al funcionamiento del establecimiento cuente con las condiciones de capacidad e higiene ambiental suficiente, para el número de alumnos que atienda y con el material didáctico, adecuado a la enseñanza que imparta.
- Que entre las exigencias de ingreso o permanencia, no figuren cobros, ni aportes económicos directos, indirectos o de terceros, tales como: fundaciones, corporaciones, entidades culturales, deportivas, etc. o de cualquier naturaleza que excedan los derechos de escolaridad y matrícula autorizados por ley.
- Que los profesores estén habilitados para ejercer sus funciones.
- Que se encuentre el sostenedor al día en los pagos por concepto de remuneraciones y de cotizaciones previsionales.

La subvención se paga mensualmente al sostenedor según asistencia media. Es un valor por alumno, expresado en un factor de la Unidad de Subvención Educacional, (USE), de acuerdo al nivel de enseñanza (parvularia, general básica, especial diferencial, básica de adultos, media científico- humanista y técnico profesional, media de adultos). Conforme a la reforma de la Ley de Subvenciones, Ley N° 19.138, publicada en el Diario Oficial del 13 de mayo de 1992, el valor unitario de la USE es de \$ 5.144,50.- para ese año y de \$ 5.844.- para 1993.

**Sus valores son los siguientes para 1993:**

	<b>USE</b>
Educación Parvularia (2º nivel de transición)	0.909
Educación Gral. Básica (de 1º a 6º)	1.000
Educación Gral. Básica (7º y 8º)	1.107
Educación Gral. Básica de Adultos	0.474
Educación Gral. Básica Especial Diferenciada	3.000
Educación Media diurna (1º a 4º)	1.245
Educación Media Técnico Profesional Agrícola y Marítima	1.970
Educación Media Técnico Profesional Industrial	1.480
Educación Media Técnico Profesional Comercial y Técnica	1.300
Educación Media Científico Humanístico y Técnico Profesional de Adultos	0.563

Tal monto se incrementa por zona en el porcentaje establecido para el sector fiscal según localidad.

Además, las escuelas rurales que cumplan los requisitos señalados en el Artículo N° 11 del DFL N° 2 perciben la asignación de ruralidad, cuyo monto varía en forma inversamente proporcional al número de alumnos que atiende el establecimiento.

- **El Estatuto Docente**

La Ley N° 19.070, que aprueba el estatuto de los profesionales de la educación, entre otras materias, norma la carrera de aquellos profesionales de la educación de establecimientos del sector municipal, incluyendo aquéllos que ocupan cargos directivos y técnicos-pedagógicos en sus órganos de administración.

Dicha Ley regula el ingreso a la carrera docente del sector municipal. Norma el procedimiento de fijación de la dotación docente de cada establecimiento y determina que los profesionales de la educación ingresan en calidad de titulares o en calidad de contratados, incorporándose los primeros previo concurso público de antecedentes y definiendo a los segundos como aquéllos que desempeñan labores docentes transitorias, experimentales, optativas, especiales o de reemplazo de titulares. La dirección de los Departamentos de Administración de Educación Municipal, será ejercida por un profesor con especialización en administración educacional, si lo hubiere en la Comuna, o en su defecto, por otro profesional de la educación.

Los profesionales de la educación tienen derecho a una remuneración básica mínima nacional para cada nivel del sistema educativo, la que es el producto resultante de multiplicar el valor mínimo de la hora cronológica que fije la Ley por el número de horas para las cuales haya sido contratado cada profesional. Además gozarán de asignación por experiencia, perfeccionamiento, desempeño en condiciones difíciles y de responsabilidad directiva y técnico-pedagógica. Las diferencias en las remuneraciones correspondientes a las asignaciones se pagan en forma gradual en 5 años a partir de 1991, sin perjuicio de que las municipalidades incrementen dichas asignaciones y otorguen otras de incentivo profesional, con fondos propios. Se les reconoce adicionalmente, el derecho a que se les efectúe imposiciones sobre la totalidad de sus remuneraciones efectivas, en forma gradual, a los docentes con 27 y más años de servicio o de imposiciones.

Los profesionales que se desempeñan en el sector municipal se rigen por el Estatuto correspondiente y, supletoriamente, por las del Código del Trabajo y sus leyes complementarias. Los profesionales de la educación del sector municipal no estará afecto a las normas sobre negociación colectiva.

El valor hora para determinar la remuneración básica mínima nacional se reajusta en la misma oportunidad y porcentaje que la Unidad de Subvención Educacional. Este valor, a contar del 1º de diciembre de 1992 es de \$ 2.556.- para educación parvularia, general básica, especial diferencial y básica de adultos, y de \$ 2.690.- para educación media, niños y adultos.

## 2. Salud

En 1981 se dió inicio al proceso de traspaso de establecimientos asistenciales de nivel primario a diferentes municipalidades. La primera etapa constituyó un plan piloto, mediante el cual se traspasó aproximadamente un 35% de los establecimientos. La segunda etapa con la que se finalizó el proceso se realizó en diciembre de 1987.

El DFL 1-3063, en su Artículo 5º, señala expresamente, los procedimientos necesarios para materializar el traspaso de servicios atendidos por organismos del sector público y establece la necesidad de suscribir un convenio entre las partes.

Para este efecto el Ministerio de Salud elaboró convenios tipo, considerando las distintas situaciones que, en la práctica, se presentaron.

Además de su texto, forman parte integrante de este convenio: la nómina del personal traspasado - que en total alcanzaron a 7.000 funcionarios (49), los inventarios de los bienes muebles, los títulos de dominio si procede y el listado de prestaciones que pueden ser facturadas y cobradas.

#### **a) Obligaciones que contraen Municipalidades y Servicios de Salud**

El traspaso de establecimientos asistenciales implicó que las municipalidades deberán asumiesen la ejecución de la totalidad de las acciones de salud de atención ambulatoria a nivel primario, las que incluye fomento, prevención y recuperación de salud sobre personas y ambiente cuando corresponda, dentro de su área jurisdiccional, de acuerdo a la complejidad del establecimiento de que se trate y los demás programas complementarios del Servicio de Salud correspondiente, tales como Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), Vacunaciones, Programa Odontológico, control de embarazo, etc.

#### **- La responsabilidades de las Municipalidades**

- i) Dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud.
- ii) Asegurar el funcionamiento permanente de los establecimientos a su cargo, contratando al personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que establecen las normas, planes y programas del Ministerio de Salud
- iii) Otorgar todas las prestaciones del nivel primario propias de los Servicios de Salud a los beneficiarios legales o convencionales y entregar los medicamentos prescritos, de acuerdo al contenido del área farmacológica establecida por el Ministerio de Salud para los establecimientos de atención primaria.
- iv) Mantener el arsenal farmacológico establecido por el Ministerio de Salud para los establecimientos de atención primaria, de acuerdo a su nivel de complejidad.
- v) Mantener, a lo menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados.
- vi) Sujetarse al control y supervisión técnica del Ministerio de Salud, a través de la Dirección del Servicio de Salud correspondiente.

- vii) Llevar y presentar las estadísticas de las acciones que realicen y prestaciones que otorguen en la forma y condiciones que le indique el Ministerio de Salud;
  - viii) Efectuar las reparaciones que sean necesarias para el mantenimiento de los bienes que se le entregaron, así como el pago de los impuestos, contribuciones, y otros que se devenguen y los pagos de agua, luz, gas, etc.
  - ix) Desarrollar, en coordinación con el Servicio de Salud, programas de capacitación permanente del personal de los establecimientos traspasados.
- Las responsabilidades de los Servicios de Salud
- i) Asesorar en la programación de actividades de los establecimientos traspasados, en conjunto con los encargados de esos establecimientos.
  - ii) Supervisar, inspeccionar, controlar y fiscalizar el cumplimiento de las políticas, normas y programas emanados del Ministerio de Salud. Con este fin deberán adoptar las medidas necesarias para dar a conocer estas disposiciones y las modificaciones que tengan, a los establecimientos traspasados.
  - iii) Completar la atención del nivel primario, con los procedimientos de apoyo diagnóstico que sea menester, para el cumplimiento integral de las funciones traspasadas.
  - iv) Entregar sin costos, las vacunas, los productos del Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y los anticonceptivos, en la cantidad y periodicidad necesaria, para cumplir los Programas definidos por el Ministerio de Salud.
  - v) Atender las interconsultas del nivel primario para atención especializada y recibir los pacientes referidos por los servicios traspasados, para atención de emergencia y hospitalización.
  - vi) Efectuar transitoriamente las rondas médicas, mientras la Municipalidad no cuente con los profesionales necesarios para ello. La periodicidad de estas rondas será, a lo menos, aquéllas con la que estén efectuando a la fecha de la firma del convenio. Cuando la ronda médica sea efectuada por el Servicio, éste proporcionará los fármacos, sin costo para la Municipalidad. (En aquellos casos en que antes del traspaso la ronda médica era efectuada por un Hospital, corresponderá a este mantener tal servicio).
  - vii) Mantener a través de la Dirección de Atención Primaria (DAP), del Departamento de Programas de las Personas (DPP) y del Departamento de Medio Ambiente (DMA), una

coordinación permanente con la autoridad técnica responsable de la administración de los establecimientos traspasados, verificando en el terreno el desarrollo y cumplimiento de los programas de salud y la aplicación de las normas técnicas pertinentes.

- viii) Analizar, revisar y aprobar las estadísticas de las acciones que realicen los establecimientos traspasados y las prestaciones que otorguen, de acuerdo a las normas que indique el Ministerio de Salud, previo a su envío al nivel central.
- ix) Pagar a la municipalidad mensualmente una cantidad equivalente al número de atenciones realizadas dentro del mes precedente y facturadas por ella, hasta el tope de recursos o techo comunal, fijado previamente por el Intendente Regional para ese mes.
- x) Conceder mensualmente a las municipalidades el pago total o parcial del denominado Saldo de Facturación (diferencia entre el techo comunal mensual y la facturación mensual realizada por ésta).

#### **b) Características de los Establecimientos Traspasados**

La atención de salud está estructurada en tres niveles: primario, secundario y terciario, de acuerdo a su complejidad y cobertura.

Este análisis comprende sólo los establecimientos que conforman el nivel primario, esto es, establecimientos que realizan actividades de mínima complejidad básica y que abarcan un máximo de cobertura.

##### **- El nivel primario de Salud**

Este nivel primario de atención comprende un conjunto de acciones destinadas, fundamentalmente, aunque no en forma exclusiva, al fomento, prevención y protección de la salud de las personas y del medio ambiente. En el campo de la recuperación, involucra la atención ambulatoria y domiciliaria de los problemas de salud más simples y frecuentes, que por su baja complejidad pueden resolverse con técnicas de diagnóstico y tratamientos básicos.

La atención de emergencia que se otorga en las estructuras de este nivel, consiste en primeros auxilios y resolución de casos simples. El apoyo de medios auxiliares, diagnósticos y terapéuticos es mínimo.

Los recursos humanos involucrados constituyen un equipo de salud, que va desde el auxiliar de salud rural hasta el profesional médico.

El equipo profesional básico del nivel primario lo constituyen: médicos generales, odontólogos, enfermeras, matronas y, eventualmente, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, kinesiólogos, fono-audiólogos, tecnólogos médicos y otros profesionales de salud, así como médicos de especialidades básicas.

Además de sus acciones específicas en salud, las estructuras de este nivel, puerta de entrada del sistema, tienen la responsabilidad, en grado variable, de participar en acciones de desarrollo integral en la comunidad a la cual sirven.

En síntesis, en el país existen, el siguiente tipo y número de establecimientos de atención primaria de salud, administrados por los Municipios:

- Consultorios Generales Urbanos	:	194
- Consultorios Generales Rurales	:	126
- Postas Rurales	:	1.022
- Estaciones Médico Rurales	:	639

### **c) Financiamiento de los Establecimientos Traspasados**

Con el fin que, en el proceso de traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal, tuvieran estrecha participación las Intendencias y Municipalidades, se determinaron conjuntamente por los Ministerios del Interior y el de Salud, las siguientes fases en el financiamiento de dicho proceso:

- Para cada región se han determinado límite de gastos (techos máximos) para la atención primaria. Estos techos son la resultante de la aplicación inicial de un per cápita nacional a la población beneficiaria regional, con modificaciones en el transcurso del tiempo que ha incorporado diversas externalidades.
- La Intendencia Regional es responsable de la distribución del techo mencionado, fijando montos máximos a percibir por cada comuna de su región, de acuerdo a los parámetros locales que definen su realidad específica y determinados por esa Intendencia, lo cual hace con la asesoría del Seremi de Salud.
- En conformidad con lo establecido en la Cláusula Undécima del Convenio Tipo, los Servicios de Salud pagarán mensualmente a las Municipalidades las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios de la Ley N° 18.469, en su modalidad institucional, sean estos de los grupos A, B, C o D. Para estos efectos, e integrando los respectivos convenios, se aprobó por las partes un LISTADO DE PRESTACIONES DE SALUD MUNICIPAL, que son factibles de facturar y que dió, justamente, origen a los FAPEM. Sin embargo, se paga como tope el «Techo FAPEM».

El total de las prestaciones indicadas en dicho listado ha sido valorizado en conformidad al Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, establecido en la Resolución Excenta N° 1.716 de 1985, del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

No obstante lo anterior, para algunas prestaciones que no figuran en dicha Resolución, se aplica el Arancel incluido en el Sistema de Facturación por Atenciones Prestadas que se ha fijado para los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud.

Las prestaciones que incluye este listado de prestaciones de salud municipal, fueron seleccionados en función de prioridades estipuladas en los programas, la patología prevalente y el nivel de complejidad en las prestaciones asignadas al nivel primario asistencial. Cabe reiterar que por Decreto Supremo se ha liberado el pago de las prestaciones a los beneficiarios FONASA C y D, que con anterioridad cancelaban el 25% y el 50% de estas prestaciones, respectivamente.

De este modo, el financiamiento de los establecimientos de atención primaria de salud traspasados a la administración municipal proviene principalmente por el denominado «techo» FAPEM, cuyos recursos provienen del Ministerio de Salud y por las propias transferencias municipales, a través de recursos del propio presupuesto de la municipalidad que se aportan para financiar al sector.

Por último, el total de funcionarios adscritos a nivel primario de administración municipal fue en 1990 de 12.628, en 1991 de 13.528 y en 1993 de 18.105.

### 3. Atención de Menores

De conformidad al Decreto Ley N° 2.465, de 1979, que crea el Servicio Nacional de Menores (SENAME), se establece que son entidades coadyuvantes de la función asistencial del Servicio, todas aquellas que presten asistencia o protección a los menores que se encuentren en algunas de las situaciones señaladas en los Artículos 2° de dicho Decreto Ley y el Artículo 4° del Decreto Supremo N° 356, de 1980, del Ministerio de Justicia.

Las entidades colaboradoras, sean éstas instituciones públicas o privadas, para ser reconocidas como tales deben acreditar personalidad jurídica; realizar acciones de asistencia y protección gratuita y permanente a los menores objetos de la atención; y, comprometerse a dar cumplimiento a las instrucciones generales y especiales que dicte el Servicio en materia de su competencia.

En consecuencia, las municipalidades o las corporaciones municipales constituidas por aquéllas, pueden ser reconocidas como entidades colaboradoras. En la actualidad, existe Convenios con una Municipalidad y con 14 Corporaciones Municipales, esto es, en 15 municipios o

De acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N° 1.385, de 1980, las subvenciones y sus montos, son los siguientes:

Programa Asistencial Subvención diaria por menor atendido en Unidades Tributarias Mensuales (UTM).			
Observación y Diagnóstico:			
-Público	U.T.		0.101
-Privado			0.160
Prevención:			
-Público	U.T.		0.039
-Privado			0.050
Protección Simple			
-Público	U.T.		0.079
-Privado			0.116
Protección Deficientes Leves y Moderados:			
-Público	U.T.		0.089
-Privado			0.130
Protección Deficientes Leves y Moderados Diurna:			
-Público	U.T.		0.044
-Privado			0.057
Rehabilitación Conductual y Síquica:			
-Público	U.T.		0.083
-Privado			0.155
Rehabilitación Conductual y Síquica Diurna:			
-Público	U.T.		0.083
-Privado			0.142
Libertad Vigilada:			
-Público	U.T.		0.002
-Privada			0.035
Colocación Familiar:			
-Público	U.T.		0.066
-Privado			0.085

La subvención se pagará mensualmente por el SENAME y se efectuará durante el mes siguiente al que corresponda, de acuerdo al número de menores efectivamente atendidos.

corporaciones creadas por éstas se presta colaboración en atención a menores, las que administran en total 24 centros diversos para este efecto y con el aporte de 202 funcionarios, bajo régimen de contrato privado.

Existen cuatro líneas de acción que son: observación y diagnóstico; prevención; protección; y rehabilitación de los menores.

Respecto del financiamiento, cabe señalar, en primer lugar, que de acuerdo a la letra c), del único Artículo de la Ley N° 18.383, de 1989, se establece, entre otras materias, que un 18% de las multas que los Juzgados de Policía Local impongan, se destinará al Servicio Nacional de Menores, debiendo las Municipalidades poner a disposición de dicho Servicio a lo menos quincenalmente estos recursos.

Ahora bien, los centros de atención a menores tendrán derecho a una subvención fiscal si, siendo una institución privada (ej., corporación municipal), es reconocida como colaboradora o, si es una institución pública (ej. municipalidad) que preste dicho servicio; suscriba un Convenio con el SENAME, en el que se deberá establecer, a lo menos, «la ayuda técnica, material y financiera que el Servicio proporcione a la institución colaboradora y el compromiso de ésta en orden a ejecutar las acciones que el Servicio les señale y a recibir o a atender a un determinado número de menores que les envíe» (Artículo 18 del Decreto Ley N° 2.465)

Junto a lo anterior, la institución ejecutora deberá contribuir a lo menos con el 5% del costo del proyecto que se convenga realizar.

#### 4. Los Cementerios

A través de la Ley N° 18.096, de 1982, se traspasó a las Municipalidades los cementerios situados dentro de sus respectivos territorios comunales que pertenecían a los Servicios de Salud.

El traspaso correspondiente implicó la transferencia del dominio de dichos cementerios, con sus terrenos, instalaciones, equipos y, en general, con todo su activo y pasivo.

De igual modo, se traspasó el personal que se desempeñaba en los cementerios y que dependían del Fondo Nacional de Salud, pasando a depender de las Municipalidades y rigiéndose por las disposiciones del D.L. N° 2.200, de 1978 y, en general, por la legislación común aplicable a los particulares.

En la Ley de Traspaso se estableció que las Municipalidades deberán llevar presupuestos separados respecto de los cementerios que se incorporan a su gestión, los que deberán ser aprobados mediante decreto del Alcalde respectivo.

De acuerdo al Código Sanitario, corresponde al Servicio Nacional de Salud autorizar la instalación y funcionamiento de todo cementerio, público o privado y velar por cumplimiento de las disposiciones correspondientes. Los cementerios municipales regularán su arancel de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley 11.704.

A diciembre de 1991, existen en 47 comunas cementerios municipales en la que laboran 1.252 funcionarios.

#### **IV. LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MUNICIPIO**

El proceso de incorporación a las Municipalidades de los establecimientos educacionales y asistenciales, así como del personal escolar y sanitario, se vió afectado en la década de los 80, por una severa crisis económica (1982-1984) y la evolución del cuadro político nacional expresado en vastas movilizaciones y protestas antidictatoriales (1983-1986).

Las políticas anticrisis que se impulsaron afectaron este proceso de reforma, obligando al Gobierno de la época a reasignar los recursos de acuerdo a criterios distintos al inicialmente previsto. De este modo, los sectores sociales, como educación y salud, y los Municipios, entre otros, se constituyeron en variables del proceso de ajuste.

Esta situación imprimió su huella a toda la experiencia de administración local de los servicios educativos y sanitarios, constituyéndose en uno de los condicionamientos principales, sino en el principal, del proceso de gestión municipal, así como el telón de fondo que ha estado influyendo poderosamente en la percepción y evaluación que diversos actores sociales y políticos han efectuado de este proceso.

- Una competencia compartida

Ahora bien, desde un punto de vista competencial, el encuadre institucional que delinea los contornos de la administración de estos servicios por parte de los municipios es la figura de la función compartida. En efecto, la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades establece, entre otras materias, que la educación y cultura, así como la salud y el medio ambiente constituyen una función compartida, que el Municipio puede ejercer en coordinación con los otros órganos del Estado que tienen tuición y potestades sobre la materia.

Aun cuando ambos servicios constituyen una función compartida, difieren no obstante en la modalidad de asignación y competencia vigente a 1993. Mientras en educación, el ordenamiento jurídico institucional determina que la asignación de la competencia y la consiguiente administración de los establecimientos escolares es una función obligatoria, en el ámbito de la salud ella

se estructura como una función facultativa o voluntaria, establecida a través de un convenio entre los Servicios de Salud y las Municipalidades, que puede ser revocable, como aconteció en 1992 con los Municipios de la XI Región. (50)

Sin embargo, en ambos casos la norma institucional no precisa - y tampoco lo ha hecho la práctica - qué es de responsabilidad nacional o central y qué es de responsabilidad local, ambigüedad que permite al nivel central minimizar su principalísima responsabilidad de garantizar la financiación de tales servicios y al nivel local esquivar su papel de una sana y responsable gestión administrativa y financiera.

- El crecimiento y el peso de las dotaciones

La adscripción de las dotaciones y establecimientos educacionales y sanitarios en las Municipalidades ha implicado que éstas se hagan responsables de la administración de cuantiosos recursos humanos y financieros.

Desde el punto de vista de las dotaciones, se puede constatar un sostenido crecimiento de éstas. Si bien no existen datos o antecedentes de la evolución anual de las dotaciones de ambos servicios municipales desde su fecha de traspaso, la información disponible para 1986 y 1993 (ver Cuadro Nº 1) permite constatar lo siguiente:

- a) que en educación la dotación pasó de 99.350 a 113.494 funcionarios, lo que representa un crecimiento de un 14,2%;
- b) que en salud primaria la dotación creció de 3.968 a 18.105 funcionarios, aun cuando hay que considerar que el año 1986 no había concluido el proceso de traspaso, que involucró a 6.000 funcionarios;
- c) que en atención de menores la dotación disminuyó de 411 a 287 y en cementerios aumentó de 934 a 1.174;
- d) que el total de funcionarios traspasados se incrementó de 102.663 a 133.009, es decir, en 29,6%.

Cabe recordar además, que hasta antes de 1991, año que entró en vigencia la Ley 19.070, Estatuto Docente, el personal de los servicios traspasados se regían por el Código del Trabajo.

Sin duda, el sector de mayor peso en términos absolutos y relativos es el educacional y, particularmente, el sector docente, el cual ha contribuido significativamente a la trayectoria de crecimiento que se ha puesto de relieve con la cifras anteriores. En efecto, en 1990 los docentes

eran 78.937 con un total de 2.513.672 horas docentes y en 1993 llegaban a los 87.143 profesores con un total de 2.695.465 horas docentes (ver Cuadro N°2), o sea, que en tres años se incrementaron en un 10,4% el número de profesores, aunque las horas docentes crecieron sólo en un 7,23%.

El incremento del personal de educación, especialmente del docente, contrasta con el casi nulo crecimiento de la matrícula (0,5%), constituyéndose en una de las principales causas del agravamiento de la situación financiera de los Municipios.

Las causas de este incremento son variadas, desde señales de autoridades sectoriales equívocas hasta decisiones de autoridades locales poco informada y, en más de alguna ocasión, clientelística.

Lo cierto, es que las Municipalidades han decidido no tomar la medida económicamente eficiente, pero de alto costo político, de reducir el tamaño de sus dotaciones docentes. Por otro lado, el Gobierno central determina, vía proceso de observación establecido en la Ley N° 19.070, el número de maestros en las escuelas municipales y al no incentivar el proceso de jubilación con incentivos adecuados, dado el bajo nivel de las pensiones, se termina desalentando el retiro de personal docente, justamente en aquellos profesores que por tener mayor edad y años de servicio son los mejores remunerados.

Ahora, respecto del sector salud, si bien su peso cuantitativo no tiene el volumen del educacional, no cabe duda que su crecimiento ha sido explosivo, como lo indican las cifras de 1980, 1986 y 1993. Ahondando en el mismo sentido, según información oficial (Ministerio de Salud), los funcionarios de atención primaria que se traspasaron a nivel municipal fueron 6.000, lo que representa un crecimiento a 1993 de un 300%.

La administración de tal volumen de personal con régimen laboral diverso (estatuto docente y Código del Trabajo), contrasta con los casi 25.000 funcionarios municipales de planta que se rigen por el Estatuto correspondiente y que tiene que atender el conjunto de las otras funciones, competencias y labores asignadas a los Municipios. Sin considerar al personal contratado a honorarios para funciones municipales, el personal de planta representa tan sólo el 16% del conjunto de personas que laboran en el Municipio, en cambio los que lo hacen en educación bordean el 72% y los de salud significan el 11,4%.(Ver Cuadro N°3)

- **El impacto en las finanzas municipales: su creciente cofinanciamiento**

Ahora bien, al impacto que ha implicado en los Municipios la inserción de esta masa laboral en crecimiento y con reivindicaciones y demandas largamente insatisfechas, hay que sumar su efecto presupuestario y financiero.

Al analizar la estructura de ingresos municipales se puede apreciar, en primer lugar, la importancia de la cuantía de los recursos transferidos centralmente y el peso que dicho monto tiene en tal estructura.

En efecto, los denominados Ingresos en Cuentas Complementarias representan alrededor de un 47% del total de ingresos municipales, de los cuales la Subvención que se ha entregado en promedio de los últimos 3 a 4 años a los establecimientos educacionales administrados por los Municipios alcanza sumas superiores a los M\$ 135.825.000, lo que significa en promedio casi un 27% del total de ingresos municipales. Si a ello se agrega las transferencias fiscales por salud (FAPEM), la suma de los dos subsidios promediados los últimos 4 años superan el 31% del conjunto de los ingresos municipales (ver Cuadro 6).

Ahora bien, a pesar de la magnitud de los montos involucrados, ellos no alcanzan a financiar no tan sólo los gastos de operación, sino ni siquiera los gastos de remuneraciones.

Así, en 1993 la Subvención para financiar educación municipal alcanzó la suma de M\$ 153.999.284, en tanto que los gastos en personal llegó a M\$ 182.299.138, incluyendo al personal adscrito a los establecimientos (M\$ 173.118.842) y al personal administrativo del sistema (M\$ 9.180.296). (Ver Cuadro 7). En suma, la subvención sólo alcanza a cubrir el 84,5% del gastos total de remuneraciones y un 89% de las remuneraciones de los docentes en establecimientos.

A su vez en salud, el FAPEM alcanzó la cifra de M\$ 24.683.853, mientras que los gastos en personal ascendió a M\$ 30.599.059, de los cuales M\$ 27.866.028 corresponde al personal adscrito al sistema o a establecimientos y M\$ 2.733.031 al personal administrativo del sistema (ver Cuadro 8). En síntesis, el FAPEM financia el 80,7% del total de las remuneraciones y un 88,6% de los salarios del personal adscrito a establecimientos.

Estas cifras hay que analizarlas además, en el contexto que los sectores laborales de mayor rezago remunerativo son el sector público (que incluye al municipal), el sector de educación y el de salud. Por consiguiente, las presiones crecientes y sucesivas de los sectores gremiales correspondientes por mejorar sus condiciones de ingreso y laborales en general, son una manifestación adicional de cierta conflictividad social que puede eventualmente desbordar sino colapsar una administración municipal y descentralizada, sobre todo cuando la tendencia de los sectores gremiales involucrados ha sido negociar remuneraciones con la administración central, sin mediación de las administraciones locales, rigidizando y conflictuando aún más el sistema.

El crecimiento de las dotaciones, la presión por aumento de remuneraciones, la vinculación de la reajustabilidad de la subvención y el FAPEM a la reajustabilidad de las remuneraciones del sector público, son todos hechos y tendencias que apuntan agravar este cuadro.

Ante esta realidad, más de alguna autoridad del área económica ha sostenido que esto es responsabilidad municipal, pues ellos son los administradores del sistema y que son los empleadores quienes fomentan el crecimiento de las dotaciones y los mejoramiento de remuneraciones, en algunos casos por sobre el IPC, sin respaldo financiero suficiente. Concluyen que el problema principal es la irreponsabilidad, el populismo, en síntesis, una mala gestión.

Por su parte, muchas autoridades locales responsabilizan al Gobierno o a sus autoridades, criticando la forma centralista de resolver, las señales contradictorias de distintas autoridades y programas gubernamentales, unos estimulando el crecimiento de las dotaciones para mejorar la calidad de los servicios, otros incentivando programas de reducción de dotaciones, unos partidarios de la flexibilización de la normativa laboral, otros legislando estatutos especiales, etc.

Ambos planteamientos contienen elementos de veracidad, pero son parciales, por no incorporar en su análisis al del otro, y lo definitivo, es que el crecimiento de las dotaciones y el incremento de las remuneraciones presiona severamente sobre el gasto sectorial de educación y salud y de igual modo sobre el municipal.

Para los Municipios sin embargo, el gasto de remuneración de las dotaciones, siendo el más importante, no constituye el único, pues debe considerar los gastos en bienes y servicios de consumo y la inversión en cada uno de los presupuestos de educación y salud.

Toda esta situación ha tenido como efecto el crecimiento anual de las transferencias o aportes que los municipios efectúan desde sus propios presupuestos a los presupuestos de los servicios analizados, que como ya se ha señalado anteriormente se llevan de manera independiente al presupuesto municipal.

Así es como en Salud el aporte municipal pasó de M\$ 2.911.671 en 1988 a M\$ 14.054.755 en 1993 (\$ de diciembre de 1993), y en educación de M\$ 10.578.835 a M\$ 31.132.896, en los mismo años y en moneda de igual valor. O sea, los aportes municipales para cofinanciar dichos servicios se incrementaron de M\$ 13.490.506 a M\$ 45.187.651 entre 1988 y 1993, lo que representa pasar del 4,77% al 12,69% del total del Gasto Municipal (ver Cuadros N<sup>o</sup>s. 4 y 5).

Los incrementos crecientes de las transferencias municipales para cofinanciar los servicios de educación y salud ha repercutido en las finanzas municipales y, por consiguiente, en la disponibilidad de recursos y financiación de otras funciones y competencias de responsabilidad municipal.

En efecto, este mayor esfuerzo municipal ha contribuido a deteriorar sus niveles de inversión con recursos propios, la cual ha venido cayendo sistemáticamente tanto en términos absolutos como en proporción al total de gasto municipal. En 1988 esta inversión alcanzó los M\$ 51.534.741

y cayó sucesivamente hasta 1991, iniciando una recuperación en 1992, alcanzando a M\$ 41.513.254 en 1993 (\$ de diciembre de 1993), o sea, menos de lo que aportaron a educación y salud en conjunto. De este modo, este tipo de inversión municipal disminuyó su importancia en la estructura del gasto total municipal: de un 18,23% a un 11,66% (ver Cuadro N° 5).

La consecuencia indicada, no tiene su origen en un deterioro de los niveles de ingresos municipales. Por el contrario, al analizar la evolución de éstos puede apreciarse su crecimiento a través del tiempo, pasando de M\$ 218.138.000 en 1990 a M\$ 334.287.000 en 1993 (\$ de diciembre de 1993), constituyendo el denominado ingreso propio permanente municipal - cuya composición principal lo conforman la base tributaria local - más del 70% del total de ingresos en cuenta municipal y más del 52% del Total de Ingresos Municipales (Ver Cuadro N° 6).

En consecuencia, la caída de la inversión no se explica por el lado de la evolución de los ingresos en cuenta municipal, sino por la presión de sus gastos, especialmente por el crecimiento del Gasto Social, en la que inciden poderosamente los Gastos en Servicio a la Comunidad (Aseo, Alumbrado Público, Mantención Pavimentos, Areas Verdes, Señalizaciones, etc.) y las Transferencias a los Servicios Traspasados de Educación y Salud. El explosivo crecimiento de estos dos gastos ha presionado para que aumente la brecha no cubierta de los gastos propios permanentes municipales en relación a los ingresos propios de la misma especie, afectando con ello la inversión local con recursos de origen municipal.

Sin duda, que estas cifras y promedios nacionales no dan cuenta de las heterogeneidades y diversidades situacionales y estructurales.

#### - **Heterogeneidades e inequidades**

Los criterios que orientaron la división política territorial en el régimen militar provocaron en el ámbito comunal una enorme heterogeneidad económico social. En la actualidad, de las 335 comunas, 200 cuentan con menos de 20.000 habitantes, con el 15% de la población total del país, mientras que, por otra parte, 40 comunas tienen más de 100.000 habitantes, lo que representa el 57% de la población.

El resultado de esta división territorial es que la mitad de los pobres del país se concentran entre las 40 comunas más grandes y, a su vez, la base tributaria comunal se encuentra fuertemente concentrada, especialmente por efecto de las exenciones del impuesto territorial, lo que produce que una gran proporción de municipalidades depende exclusivamente de los recursos provenientes del Fondo Común Municipal.

Esta configuración provoca además, en comunas pequeñas y de escasa población, principalmente rurales o de difícil accesibilidad (insulares, entre otras), que el volumen de transferencias

por subvención, supere con creces sus pequeños presupuestos municipales. En tales casos existe mucha dificultad para poder aportar recursos para financiar el sistema de educación y cada peso que entregan tiene un mayor peso relativo - valga la redundancia - en el conjunto de sus finanzas, en comparación a cualquier Municipio urbano de las principales ciudades del país.

Por otra parte, tales Municipios normalmente reciben menos recursos financieros para la educación que los urbanos, pues el subsidio o subvención es a la demanda, y aunque en la mayoría de dichos casos no tienen la competencia del sector particular subvencionado, poseen menos población en general y en edad escolar y, por consiguiente, menos matrícula y menos asistencia media mensual (factor estacionalidad), que es la forma de pago.

La función educativa de un Municipio del tipo descrito tiene comparativamente, respecto de otras Municipalidades asentadas en ciudades, mayor relevancia para su comunidad y, a su vez, la institución escuela adquiere un significado y valor diferente al articular a la comunidad misma y simbolizar muchas veces a la patria, a lo nacional. Esa función social adicional a la estrictamente escolar, condiciona en mayor medida las formas de administración, imponiéndole obligaciones suplementarias o restringiéndole algunas de las posibilidades administrativas que ofrece el sistema (fusionar establecimientos, por ejemplo).

Mirado desde un punto de vista presupuestario-financiero, un Municipio de estas características tiene menos opciones y alternativas que uno urbano, respecto a la posibilidad efectiva, por ejemplo, de hacer la elección entre invertir sus recursos en gasto social para educación y salud, pero a su vez disponer de recursos adecuados para atraer a profesionales lo suficientemente preparados y competentes para elaborar y desarrollar proyectos de inversión y concursar competitivamente, en consecuencia, en la captura de los recursos para inversión a través de los fondos nacionales y regionales constituidos para tal efecto. Ello plantea el problema de la relación entre subsidio a la demanda y equidad o, en general, el problema de la equidad, tanto de las asignaciones sectoriales como de las territoriales, así como de la coherencia y consistencia entre ambas.

#### **- Intersectorialidad o compartimentación**

A los factores anteriores, debe agregarse la experiencia recogida, la cual indica que como tendencia general no se ha producido una adecuada interpenetración de los tres sectores (municipal, educacional y de salud), no lográndose desarrollar culturalmente un espacio intersectorial, con los consiguientes climas organizacionales.

Varios aspectos influyen en este hecho. Históricamente, tanto desde un punto de vista institucional como cultural, los tres sectores han constituido perfiles y realidades específicas, sobre las cuales se han labrado actores sociales e institucionales concretos, los que han contribuido además, a forjar dinámicas sociales particulares.

Independientemente de los vaivenes gubernamentales cada sector reclama para sí un carácter sistémico, autoreferido y excluyente. Además, tanto el sistema educativo como el sanitario se construyeron centralizada y sectorializadamente. El sistema municipal por su parte, ha sufrido los vaivenes de las corrientes centralistas y presidencialistas en la configuración del estado chileno.

A dicha tradición histórica, con todas las inercias que ello acarrea, hay que agregar los 17 años de autoritarismo, cuyo efecto han sido no sólo estructural e institucional, sino especialmente cultural, todo lo cual contribuyó a segmentar, compartimentar, fragmentar, controlar, reprimir, etc., inhibiendo en consecuencia, cualquier acción, conducta o pensamiento que apuntase a transitar los límites de los espacios que le fueron definidos y asignados por el proyecto neoliberal.

Estos componentes han permeado profundamente tanto a la sociedad política como a la sociedad civil y si bien los procesos eleccionarios y democratizadores vividos por los Municipios en 1992, han posibilitado reconstituir el derecho de elegir autoridades locales y, más aún, avanzar o abrir las compuertas para conformar lo social y lo local de un nuevo modo -distinto al autoritario-, ello aún ha sido insuficiente en tiempo social y cultural para constituir y cristalizar un nuevo paradigma del desarrollo y una nueva gramática social.

Junto a consideraciones de esta especie, se dan factores instrumentales como que cada sector debe llevar una administración y contabilidad aparte, un presupuesto diferenciado, lo que ha facilitado, en definitiva, cristalizar culturas estancos, lo cual se manifiesta incluso en el lenguaje que se da entre los jefes de finanzas de los municipios y los jefes de los departamentos de educación y salud. No existe en ellos un «nosotros», esto es, una identidad común, sino por el contrario, compartimentada, fragmentaria y corporativizada.

Con la recomposición de un tejido democrático se han generado condiciones y oportunidades de forjar efectivos espacios intersectoriales, como lo han demostrado algunas experiencias locales, incentivadas por una franja de directivos y profesionales del sector salud primario, más sensible y proclive al fomento de una salud más participativa, descentralizada e intersectorial. Dichos ejemplos, de ninguna forma constituyen los únicos casos, tan sólo son los conocidos por el autor. (51)

Sin embargo, la oportunidad que se crea con el nuevo entorno institucional puede ser desaprovechado si ello no va acompañado con una seria política de formación y capacitación de gerencia social descentralizada y una política de recursos humanos responsable e incentivadora a la vez.

#### - **La articulación de instituciones desconcentradas y descentralizadas**

Coadyudante a este proceso o, por el contrario, inhibidor de aquél, es lo que acontezca en el plano de la vinculación y articulación entre los espacios e instituciones desconcentradas de nivel

sectorial y técnico, como pueden ser las Direcciones Provinciales de Educación y los Servicios de Salud, con el espacio e institución descentralizado como el actual régimen municipal.

El tipo de vínculo o articulación entre el ámbito técnico- desconcentrado y los Municipios en cuanto órgano descentralizado ha sufrido también una transición que, en muchas ocasiones, no es percibida por los actores y tampoco por los analistas.

En el modelo y régimen autoritario no sólo los Servicios de Salud y las Direcciones Provinciales de Educación eran órganos desconcentrados, sino que, como se ha postulado en este trabajo, los propios Municipios eran instituciones igualmente desconcentradas y cuyos campos de acciones de estas tres instituciones eran subsidiarias al del sector privado. Lo fundamental, sin embargo, era que el modelo decisorio era altamente centralizado, donde las jerarquías y directivos sectoriales y territoriales eran verdaderos delegados en sus ámbitos jurisdiccionales de la autoridad central, en otras palabras, el estilo de gestión pública era altamente verticalista.

Con la reinstalación de un régimen político democrático y la inauguración de un efectivo proceso descentralizador, se han producido dos fenómenos nuevos, no siempre adecuadamente ponderados.

Por una parte, con las reformas institucionales en el ámbito territorial el Gobierno de Aylwin instituyó municipios democráticos y descentralizados, tendiendo a modificar el tipo de vínculo y de articulación requerida entre los órganos desconcentrados y los de naturaleza descentralizada. Más todavía, la conformación adicional de Gobiernos Regionales - que entre paréntesis dan inicio a un incipiente proceso descentralizador en este ámbito territorial -, no sólo modifica la «geografía pública», sino que replantea la necesidad de una nueva forma de gestión pública, que va de lo simple a lo complejo, del verticalismo teledirigido o del orden y mando, al estilo articulador y concertador de instituciones y espacios diversos.

De otra parte, los cambios en los elencos directivos de los órganos desconcentrados en los ámbitos sectoriales de educación y salud, abrió la posibilidad que ocuparan dichas responsabilidades profesionales altamente calificados y competentes que habían sido marginados en el régimen anterior -mucho de los cuales además habían jugado roles de dirección de sus respectivos gremios-, pero que, en su gran mayoría, eran críticos de los denominados procesos de municipalización de la educación y la salud. Con ello, se generó la expectativa en más de algún sector social, político e incluso institucional, de revertir dicho proceso, opción que no fue la que predominó en el equipo político del Presidente Aylwin, sino más bien la de reorientar dicha municipalización bajo un carril efectivamente descentralizador.

Sin duda, estos dos nuevos factores refirman la naturaleza contradictoria de todo proceso descentralizador y si bien las nuevas condiciones objetivas producidas por las reformas han predominado sobre las disposiciones subjetivas, éstas no siempre han sido facilitadoras en cierto sentido de su maduración social.

## V. A MODO DE BALANCE Y PROYECCIONES

### 1.- Resumen de una trayectoria

Los trasposos de los establecimientos educacionales y asistenciales a las Municipalidades en la década de los 80, se inscribe en el conjunto de reformas impulsadas por el régimen autoritario, que remodeló la estructura y el ordenamiento social y político chileno.

Dichos trasposos tuvieron importantes repercusiones en los sistemas escolar, sanitario y municipal, respectivamente.

Desde un punto de vista municipal, los trasposos analizados fueron una de las tantas medidas y cambios que reformó significativamente el régimen municipal chileno, el cual vió reforzado sus funciones y competencias e incrementadas sus finanzas.

El modelo de regionalización y traspaso de funciones y competencias seguido por el autoritarismo, sin embargo, fue de desconcentración administrativa y de centralización política. En ningún caso fue un proceso realmente de descentralización, es decir, de un efectivo proceso de redistribución del poder del Estado.

El régimen de operación y administración de los establecimientos de educación y salud incorporados a la gestión municipal se afincaron en base a una política de subsidio a la demanda y de pago por prestación otorgada, en la cual el servicio público cumplía una función subsidiaria a la del sector privado, atendiendo especialmente a aquellos sectores de bajos niveles de ingresos y de escasa accesibilidad al mercado.

Simultáneamente, el personal adscrito a los establecimientos traspasados se rigió por el Código del Trabajo y toda aquella normativa laboral propio del sector privado. Dicha normativa en un contexto de altos niveles de cesantía y desempleo socavó los derechos laborales y cundió la incertidumbre social.

La crisis económica de los inicios de los 80 afectó decisivamente el gasto social y, especialmente, al sector educación y salud, deteriorando ostensiblemente la financiación del sistema de subvenciones escolares y de facturación sanitaria. El sector educación y salud, por un lado, y el sector municipal por el otro, fueron las principales variables del proceso de ajuste económico impulsado por el autoritarismo. En cierto modo, se desconcentró la crisis.

Como correlato de la crisis económica emergió en los 80 un vasto movimiento de protesta antidictatorial, cuyo resultado político final permitió pactar un régimen de transición. Dicho movimiento antidictatorial se alimentó, entre otras consideraciones, de la oposición social y corporativa a los procesos de municipalización de la educación y la salud.

La contestación a la política de municipalización de estos servicios se vió ahondada por la alcaldización y autoritarismo local que caracterizó al régimen municipal en el período pinochetista.

Ese es el cuadro que heredó el Gobierno de Transición del Presidente Aylwin.

El programa concertacionista se planteaba, entre otros objetivos, completar el proceso de reinstalación de la democracia, impulsar un crecimiento con equidad social y promover un efectivo proceso descentralizador.

En base a dicho marco programático impulsó sostenidamente, hasta arribar a un acuerdo con la oposición, un proceso de democratización municipal y de reformas institucionales del régimen de administración territorial, tanto local como regional.

Con la reforma municipal se abrió paso a un proceso electoral y de instalación de autoridades locales legitimadas democráticamente, inaugurando un nuevo período e inédito, en el régimen municipal chileno: descentralizado, con atribuciones y recursos. Se consagró, de este modo, al Municipio como corporación de derecho público autónomo, representado por el Alcalde y Concejo, electos democráticamente.

Dicha reforma institucional se vió complementada por la reforma regional que ha permitido instituir e instalar Gobiernos Regionales, con personalidad jurídica, patrimonio propio, atribuciones y competencias y autoridades colegiadas electas democráticamente, junto al Intendente que continúa siendo de designación presidencial.

Complementariamente se ha pretendido reforzar la institucionalidad municipal, legislando sobre el régimen de personal de los funcionarios municipales, impulsando una nueva Ley de Rentas Municipales que incremente sus recursos propios y su autonomía en la gestión financiera y promoviendo también una nueva Ley sobre Juntas de Vecinos y Organizaciones Comunitarias, con el objeto de perfeccionar los mecanismos de participación social.

En torno a estos parámetros de vigorizar la institucionalidad local y afianzar los procesos descentralistas, se ha reforzado el sistema escolar y sanitario de administración municipal, incrementando los recursos fiscales destinados a la subvención y el FAPEM, cambiando su base de reajustabilidad, legislando una nueva base normativa para los docentes, incrementando sus remuneraciones, impulsando normativas para los no docentes e iniciativas que modifican y perfeccionan el régimen laboral, financiero e institucional de la salud de nivel primario bajo administración municipal.

Este paquete de reformas, medidas e iniciativas ha creado nuevas condiciones de desenvolvimiento del régimen municipal chileno, lo que en un contexto de reconstitución del tejido democrático, posibilita nuevas oportunidades, facilita la emergencia y visibilidad de viejos y nuevos conflictos y visualiza nuevos desafíos.

El elenco alcaldicio y concejal de generación democrática, cuya gran mayoría era novato en estas lides y, aún más, marginado totalmente de la institución municipal en el período autoritario, ha ido realizando un acelerado y forzado aprendizaje de administración local, consituyéndose en una de sus preocupaciones cotidianas los problemas de administración y gestión de los servicios sociales, especialmente de educación y salud.

Si bien los mayores aportes fiscales han posibilitado revertir la tendencia al deterioro de los valores de las unidades de subvención escolar y los valores arancelarios contemplados en la facturación primaria, ello es aún altamente insuficiente para cubrir la brecha originada en el período autoritario. Todavía más, el aumento de las dotaciones y el mejoramiento de remuneraciones ha acentuado los requerimientos de transferencias y aportes municipales para cofinanciar la operación del sistema.

Junto a la incidencia de las variables financieras del sistema, la denominada crisis de la educación y también del sistema de salud, refuerzan la sensación de que hay que introducir importantes reformas en estos sectores, cuyas aristas sin embargo, trascienden el ámbito netamente municipal y apuntan, más bien, al tipo de sistemas de educación y de salud generales, hacia la necesidad de un nuevo concepto y estilo de política social, a las implicancias de reformas estatales y de modernización de su gestión.

Pareciera que se abre en torno al próximo período gubernamental concertacionista una etapa de decantamiento en torno a estos temas. Desde el punto de vista de las posibilidades las opciones son diversas, sin embargo, las probabilidades de cada una de ellas son distintas de acuerdo a su viabilidad social.

## 2.- Escenarios y viabilidades sociales

### - ¿Más de lo mismo?

En el período de la primera administración post-dictatorial se abrieron espacios institucionales para forjar una efectiva descentralización en la administración de los servicios sociales municipales, especialmente con el proceso de democratización local. Sin embargo, a pesar del apoyo y esfuerzo gubernamental por incrementar la transferencia de recursos para la financiación de tales servicios, ello fue insuficiente para resolver el déficit, dada la magnitud de éste.

La demora que ha existido en el Poder Legislativo con la tramitación del Proyecto de Ley de Rentas Municipales, sin duda, ha retrasado un reforma que apoya y fortalece significativamente la gestión financiera municipal y que contribuiría paliar o resolver en parte el cofinanciamiento municipal de los servicios de educación y salud.

No obstante, el tema realmente pendiente es cómo lograr que el régimen normal de financiamiento de los servicios analizados sea lo suficiente para garantizar la prestación de ellos en términos de equidad y, a su vez, mejorar su calidad .

Sin duda, hay un problema de recursos, de la necesidad de más recursos, pero ¿es compatible y sostenible un régimen de financiamiento de subsidio a la demanda con un régimen laboral que tiende a la rigidización?

Ha habido mayores recursos para el régimen habitual de financiamiento de los servicios de educación y salud municipal, pero también es cierto que han existido importantes sumas adicionales aportadas de manera extraordinaria a las municipalidades para descomprimir la crisis, particularmente en el ámbito de educación. Sin embargo, dichos aportes extraordinarios no han contribuido de manera significativa a reordenar el excesivo gasto operativo que tienen algunas Municipalidades. Los aportes municipales han seguido incrementándose, en tanto se confundan la definición de «un costo standar de servicio» con la determinación de «remuneraciones adecuadas». (52)

Por consiguiente, pareciera razonable sostener que aun cuando es necesario incrementar los recursos disponibles para el régimen habitual de financiamiento, ello no es suficiente sino va acompañado de modificaciones reales en el propio sistema de financiación. De lo contrario, lo que ocurrirá será que aumentará la presión municipal sobre el Fisco y la de los trabajadores de esos sectores sobre los Municipios y el Gobierno Central. En ese cuadro, la conflictividad social se pudiera manifestar más abiertamente y de manera más generalizada. La proyección de un escenario de este tipo podría producir el erosionamiento de la administración municipal de estos servicios.

La necesidad de introducir cambios en el sistema queda, en consecuencia, planteada. No todas las posibilidades, sin embargo, tienen igual factibilidad social, considerando los eventuales costos económicos y ciertos consensos existentes en la sociedad chilena.

#### - **Declinación centralista y privatista**

En torno a las medidas promovidas e impulsadas en el Gobierno de Aylwin respecto de la educación y la salud municipal se fue desarrollando un debate que, por una parte, limitó y puso coto a la expansión de las corrientes privatistas y que, por la otra, debilitó las posiciones que sostuvieron la necesidad de devolver la administración de los establecimientos educacionales y de salud primaria a organismos estatales centrales o desconcentrados.

Con la asunción del primer gobierno democrático se fortalecieron las corrientes que revelan el papel del sector público en la provisión de ciertos servicios sociales, como la educación y la salud, en el entendido que a dicho sector le corresponde tanto una función regulatoria como el de

garantizar cierta equidad social. En torno a tal contexto y clima político intelectual se vio limitada severamente las tendencias y medidas privatizadoras que predominaban en la administración autoritaria.

El rescate de lo público, sin embargo, no se ha vivido como negación y oposición de lo privado, sino como reafirmación de un espacio distinto a aquél y necesario también para un desarrollo nacional plural.

Ahora bien, junto al proceso de rescate y de relegitimación de lo público, emergieron con mayor visibilidad corrientes contrarias a los procesos de municipalización de los servicios sociales y partidarias de reponer la función docente del Estado o recrear sistemas de salud similar al Sistema Nacional de Salud (SNS).

Particularmente demostrativo de estos debates ha sido el trámite legislativo del Proyecto de Ley de Estatuto de Salud Primaria, en la cual importantes sectores liderados por el gremio médico se han opuesto a institucionalizar el traspasos de las funciones y establecimientos de salud primaria a los municipios. Segmentos significativos de esos sectores han sido partidarios de restituir la administración de los establecimientos de nivel primario a los Servicios de Salud. La presión de estos sectores y el beneplácito de más de alguna autoridad sectorial permitieron que en las comunas de la XI Región del país se hiciese efectiva en 1992 la restitución de los establecimientos asistenciales desde los Municipios al Servicio de Salud.

El pago de indemnizaciones por esta medida contribuyó a desincentivar apoyos a otras solicitudes similares. A su vez los procesos democratizadores vividos en los Municipios ha abierto nuevas posibilidades y condiciones para la administración de tales servicios, lo que provocado, al menos temporalmente, el debilitamiento de estas corrientes.

Lo significativo es que, en más de una ocasión y aun cuando por razones diferentes y hasta contradictorias, han convergido las oposiciones de los sectores «privatizadores» y de los «centralistas» a las propuestas de fortalecimiento de la administración municipal de los servicios de educación y de salud.

Si bien ambas corrientes representan posiciones e intereses diferentes y no constituyen las tendencias hoy predominantes en el cuadro político social chileno, han logrado conflictuar y dilatar la implementación de las propuestas promovidas por el Gobierno de Aylwin.

En la presente coyuntura histórica tales tendencias no constituyen opciones que logren articular los consensos suficientes que hagan a una u otra factible de concreción. Sin embargo, son oposiciones efectivas con las cuales interlocutará y, eventualmente, se confrontara las posiciones de fortalecimientos de los servicios sociales públicos descentralizados.

## - **Regionalización**

En torno a los debates sobre la municipalización de los servicios sociales y también con la implementación de la reforma regional, han aparecido planteamientos que sostienen la conveniencia de radicar la función y la administración de la educación y la salud primaria en los Gobiernos Regionales recientemente constituidos.

Argumentan que permitiría una mejor planificación y manejo en materia de dotación y presupuesto, asignando de manera más eficiente los recursos humanos y financieros a las comunas. Además, haría más viable la descentralización programática y las tareas de los órganos de supervisión y fiscalización desconcentrados regional o provincialmente.

Lo cierto es que los Gobiernos Regionales son una institución inédita y de reciente data en la historia republicana del país. Está por verse su proceso de real afianzamiento y consolidación, así como su efectiva evolución: una institución desconcentrada o descentralizada. Hoy, contiene ambos ingredientes, predominando no obstante, la dimensión desconcentradora, entre otras cosas, por la propia inercia histórica.

Esta misma situación no hace aconsejable promover en el corto plazo medidas como la considerada. Además, en el país existe una mayor tradición y experiencia municipalista que regionalista y, a su vez, el Municipio tiene mayor cercanía con la población y los usuarios que los Gobiernos Regionales.

Sin embargo, no es descartable en el futuro que importantes funciones que hoy desempeñan los Ministerios o servicios bajo tutela de aquél, le sean transferidas sus responsabilidades a los Gobiernos Regionales o a Servicios dependientes de éste, especialmente en el ámbito programático, de infraestructura educacional y de salud e, incluso, de apoyo y estímulo a la eficiencia y a la calidad. Ciertamente, una opción de este tipo implicaría avanzar en un real programa de descentralización y desconcentración de los ministerios y servicios de educación y salud.

## - **Reforzar administración municipal**

Lo que ha predominado hasta el momento es mantener la administración en los Municipios de los establecimientos educativos y de salud.

A pesar de los cambios institucionales municipales y de los incrementos de recursos financieros promovidos a través de las modificaciones de la Ley de Subvenciones y de los proyectos de Ley de Rentas y Estatuto de Salud Primaria, existe cada vez más consenso que la viabilidad institucional de tal experiencia pasa por introducir modificaciones a los sistemas de de financiamiento y a las modalidades de administración de los mismos, así como del reforzamiento de apoyo institucional del ámbito regional.

Lo que está planteado como desafío es articular un auténtico programa de descentralización de los servicios de educación y salud, afincados en el ámbito municipal, abiertos a un real asociacionismo y coordinación con organismos desconcentrados, asentados regionalmente.

- **Los desafíos de un programa descentralizador**

En Chile está próximo a concluir el primer gobierno democrático, que ha llevado a adelante exitosamente la transición política y un proceso de reconciliación nacional. Es altamente probable que suceda a este Gobierno la misma coalición política encabezada esta vez por Eduardo Frei Ruiz-Tagle, en cuyo período habrá de resolverse los principales temas que permitan afianzar y consolidar la descentralización de los servicios sociales.

Se necesita un nuevo compromiso o pacto descentralizador al que debieran concurrir los principales actores: el Gobierno (Presidencia de la República y Ministerios del Interior, de Hacienda, de Educación y de Salud), el Parlamento, los Municipios y los Gremios de Educación, Salud y Municipal.

Si el signo del proceso descentralizador en el Gobierno de Aylwin fue el de la redistribución del poder a través de la democratización, el signo que debiera vertebrar el programa descentralizador en el próximo Gobierno democrático es el de la modernización y reforma de la gestión de los servicios y de mejoramiento de su calidad.

Muchas de las medidas que se necesitan impulsar implicarán reformas legales e institucionales, pero más allá de ellas, los contenidos y dimensiones centrales debieran apuntar hacia los siguientes aspectos:

- \* **Delinear institucionalmente las responsabilidades específicas de cada uno de los niveles central, regional y local.**
  - **A nivel central** le compete, a lo menos, fortalecer su función normativa y de regulación y administración de los recursos y fondos regulares de financiamientos de los servicios, así como de los fondos o recursos complementarios y de aquéllos de estímulo nacional a la equidad socio-regional, eficiencia o calidad.
  - **El nivel regional** adquiere mayor importancia en cuanto espacio necesario de mediación entre las funciones normativas del nivel central y las de administración de los servicios en el nivel local, lo que se ve reforzado con la constitución de los Gobiernos Regionales.

A este nivel es fundamental responsabilizar en la programación y administración de los fondos y recursos de infraestructura y equipamiento necesarios para la prestación de los servicios de educación y salud, utilizando ya sea el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), con metodologías actualizadas de asignación, los instrumentos como las Inversiones Sectoriales de Asignación Regional (ISAR) o los Convenios de Programación con los Ministerios Sociales u otros.

En materia de recursos financieros es necesario contemplar de manera gradual pero sostenida la constitución de Fondos Regionales de Compensaciones Sociales, de modo tal de combatir las diferencias sociales intrarregionales.

Debiera recaer también en el nivel regional las principales responsabilidades en materia de las políticas de capacitación y perfeccionamiento de los prestadores de los servicios sociales de educación y salud.

Finalmente, las principales facultades de innovaciones y adecuaciones de orden programático (mallas curriculares, programas sanitarios específicos, etc), podrían recaer en el ámbito regional.

- A nivel local, le corresponderá la responsabilidad de administrar y prestar los servicios a la comunidad, impulsando la participación social y la intersectorialidad y el fomento de planes locales, en el marco de la programación y de la coordinación con el nivel regional y nacional.
- \* Un programa de incrementos sucesivos de recursos a transferir a los servicios sociales a través del régimen regular de financiamiento. De lo que se trata es que la financiación del sistema en sus prestaciones básicas por servicio sea cubierta cada vez más por el régimen normal de financiamiento y cada vez menos por los aportes municipales, de manera tal que los recursos de estos últimos sean destinados a mejoras en los programas de atención de tales servicios y no a los gastos de operaciones de las prestaciones básicas.

Dicho programa, sin embargo, debe ir asociado a Marcos y Convenios de Gestión Municipal, respecto de programación presupuestaria, de fijación de dotaciones, de inversión, etc.

- \* Introducir modificaciones a los mecanismos de asignación de tales recursos, contemplando los siguientes aspectos:
  - Perfeccionando los instrumentos para asignar con criterios de equidad. Por ejemplo, discriminando en función de los lugares (rurales, insulares, de emergencias sociales, etc.), grupos objetivos, etc.

- Constituyendo fondos especiales en función de estímulos a las mejoras de calidad de los servicios o eficacia y eficiencia en su administración.
- \* Impulsar interinstitucionalmente (Ministerios del Interior, Educación, Salud, Hacienda, etc.) programas de capacitación en gerencia pública de servicios descentralizados, entre otros aspectos.
- \* Construir un sistema de Indicadores de Calidad de Gestión en Servicios Descentralizados que permita introducir evaluaciones efectivas a las gestiones municipales, por un lado y a los establecimientos escolares y de salud, por otro, lo cual podría contribuir a generar una política de incentivos por desempeño, que beneficiara a los administradores como al personal prestador directo del servicio.

En fin, se podrían agregar un listado de elementos que podrían dar cuenta de un programa descentralizador en materia de servicios sociales, entre los cuales la propia descentralización y desconcentración de los Ministerios sectoriales.

Lo importante a considerar es que la administración de los servicios sociales por parte de los municipios ha sido un factor cierto de impulso a la descentralización, esto es, de nuevas transferencias de atribuciones a regiones y municipios, así como de recursos.

Quizás, en gran medida, la suerte del proceso descentralizador chileno esté muy condicionado con lo que suceda efectivamente con la descentralización y gestión municipal de los servicios sociales, como educación y salud.

**CUADRO Nº 1**  
**DOTACIONES SERVICIOS TRASPASADOS 1986 y 1993**

REGION	EDUCACION		SALUD		A. MENORES		CEMENTERIOS		TOTAL	
	1986	1993	1986	1993	1986	1993	1986	1993	1986	1993
I	2.737	3.987	147	409	10	0	32	40	2.916	4.436
II	4.146	4.946	-	381	0	64	39	50	4.185	5.441
III	2.155	2.509	12	382	0	9	30	22	2.305	2.922
IV	5.066	5.537	105	644	0	16	36	33	5.207	6.230
V	9.368	11.217	354	1.572	111	35	32	143	9.865	12.967
VI	6.081	6.809	196	883	39	48	0	0	6.316	7.740
VII	8.139	9.383	439	1.492	0	0	183	74	8.761	10.949
VIII	17.476	18.396	272	2.353	0	70	212	213	17.960	21.032
IX	7.398	7.952	105	1.016	0	2	48	126	7.551	9.096
X	9.327	10.757	211	1.439	0	0	9	73	9.547	12.205
XI	1.152	1.179	69	0	57	0	0	0	1.278	1.179
XII	1.379	1.443	90	123	57	0	25	33	1.551	1.599
R.M.	24.926	29.388	1.860	7.411	147	43	288	367	27.221	37.209
TOT.	99.350	113.494	3.968	18.105	411	287	934	1.174	102.663	133.009

FUENTE : DIVISION MUNICIPALIDADES, sobre la base del cálculo del pago de Aguinaldos a los funcionarios de servicios traspasados, los años 1986 y 1993.

**CUADRO Nº 2**  
**MATRICULA, DOTACION Y RELACION ALUMNO / PROFESOR EN**  
**ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION MUNICIPAL, AGRUPADOS POR**  
**REGION Y PAIS, AÑOS 1990 Y 1993**

REGION	1 9 9 0						1 9 9 3						
	DOTACION DOCENTE		MATRIC.	ALUMNO/		DOTACION DOCENTE		MATRI.	ALUMNO/		DIFERENCIA		
	Nº	HORAS		PROF.	HORAS	Nº	HORAS		PROF.	HORAS	DOC.	HORAS	MATRIC.
I	2.537	79.209	62.362	25	0,79	3.017	92.516	59.280	20	0,64	480	13.006	3.082
II	3.340	102.189	76.142	23	0,75	3.435	106.933	72.918	21	0,68	95	4.744	3.224
III	1.806	56.644	39.573	22	0,70	1.932	60.528	41.562	22	0,69	126	3.884	1.969
IV	3.416	113.221	85.203	25	0,75	4.060	131.988	86.257	21	0,65	644	18.767	1.054
V	8.343	258.407	171.092	21	0,66	9.216	277.780	172.493	19	0,62	873	19.373	1.401
VI	4.806	156.027	110.502	23	0,71	5.369	164.286	110.476	21	0,67	563	8.259	26
VII	6.912	223.073	144.867	21	0,65	7.276	232.791	141.734	19	0,61	364	9.718	3.133
VIII	13.488	430.328	286.156	21	0,66	14.789	449.262	283.139	19	0,63	1.301	18.934	3.017
IX	5.321	174.576	108.534	20	0,62	5.632	176.660	107.053	19	0,61	311	2.084	-1.481
X	7.761	250.706	155.592	20	0,62	8.644	267.035	155.507	18	0,58	883	16.329	85
XI	711	22.462	13.859	19	0,62	763	24.146	14.37	19	0,60	52	1.684	508
XII	1.084	35.151	22.319	21	0,63	1.305	39.931	22.513	17	0,56	221	4.780	194
R.M.	19.412	611.679	441.014	23	0,72	21.705	671.910	458.312	21	0,68	2.293	60.231	17.298
TOT.NA	78.937	2.513.672	1.717.215	22	0,68	87.143	2.695.465	1.725.611	20	0,64	8.206	181.793	8.396

FUENTE : MINISTERIO DE EDUCACION

**CUADRO Nº 3**  
**DOTACION MUNICIPAL (1993)**

FUNCIONARIOS MUNICIPALES	DOTACIONES SERVICIOS TRASPASADOS				TOTAL
	EDUCACION	SALUD	A. MENORES	CEMENTERIOS	
NUMERO	25.536	113.494	18.105	287	158.596
PORCENTAJE	16,1	71,6	11,4	0,2	100

FUENTE : DPTO. MUNICIPALIDADES - SUBDERE.

**CUADRO Nº 4**  
**GASTOS EN EDUCACION, SALUD, INVERSION CON RECURSOS PROPIOS**  
**Y TOTAL MUNICIPAL (M\$ DE DIC. DE 1993)**

AÑO	GASTOS SERVICIOS TRASPASADOS			INVERSIONES RECURSOS PROPIOS	TOTAL GASTO
	EDUCACION	SALUD	TOTAL		
1985	S/I	S/I	S/I	22.689.661	286.727.747
1986	S/I	S/I	S/I	32.187.149	294.244.683
1987	S/I	S/I	S/I	38.035.491	208.338.335
1988	10.578.835	2.911.671	13.490.506	51.534.741	282.752.244
1989	15.490.484	4.061.859	19.552.343	41.627.030	253.468.346
1990	16.459.642	6.306.467	22.766.110	26.104.956	236.073.918
1991	19.310.825	7.664.374	26.975.199	26.896.095	265.989.795
1992	24.439.736	10.060.640	34.500.376	39.234.354	329.115.670
1993	31.132.896	14.054.755	45.187.651	41.513.254	355.983.442

FUENTE : DPTO. MUNICIPALIDADES SUBDERE.

**CUADRO Nº 5**  
**PORCENTAJE GASTOS EN EDUCACION, SALUD, INVERSION**  
**CON RECURSOS PROPIOS Y TOTAL MUNICIPAL.**

AÑO	% GASTOS SERVICIOS TRASPASADOS			INVERSIONES RECURSOS PROPIOS	TOTAL GASTO
	EDUCACION	SALUD	TOTAL		
1985	S/I	S/I	S/I	7,91	100
1986	S/I	S/I	S/I	10,94	100
1987	S/I	S/I	S/I	18,26	100
1988	3,74	1,03	4,77	18,23	100
1989	6,11	1,60	7,71	16,42	100
1990	6,97	2,67	9,64	11,06	100
1991	7,26	2,88	10,14	10,11	100
1992	7,43	3,06	10,48	11,92	100
1993	8,75	3,95	12,69	11,66	100

FUENTE : DPTO. MUNICIPALIDADES - SUBDERE.

**CUADRO N° 6**  
**ESTRUCTURA DEL INGRESO MUNICIPAL AÑO 1990, 1991, 1992 y 1993**  
**( Millones de \$ MONEDA A DICIEMBRE DE 1993 )**

	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%
TOTAL INGRE. MUNICIPALES (A+B+C+D)	396.825	100,0	443.801	100,0	591.235	100,0	631.400	100,00
INGRE.EN CUENTA MUNICIPAL (A+B+C)	218.138	55,0	252.487	56,9	307.732	52,1	334.287	52,94
<b>A.-INGRESOS PROPIOS PERMANENTES</b>	168.833	42,6	192.821	43,5	214.755	36,3	242.440	38,40
Renta de Inversiones	5.021	1,3	5.448	1,2	6.522	1,1	10.021	5,39
I.Territorial a Beneficio Municip.	31.717	8,3	36.672	8,3	37.889	6,4	42.046	6,66
Perm.Circulación Beneficio Municip.	18.403	4,6	17.458	3,9	22.313	3,8	25.145	3,98
Patentes Municip.Beneficio Municip.	22.000	5,5	25.249	5,7	29.319	5,0	34.053	5,39
Derechos de Aseo	4.073	1,0	5.538	1,3	5.999	1,0	8.708	1,38
Derechos Varios	16.222	4,1	17.098	3,9	22.355	3,8	26.166	4,14
Multas e Intereses	7.634	1,9	8.776	2,0	9.924	1,7	12.371	1,96
Fondo Común Municipal	63.762	16,1	76.584	17,3	80.435	13,6	93.951	14,88
<b>B.-INGR.PROPIOS NO PERMANENTES</b>	26.433	6,7	43.696	9,9	63.621	10,8	59.725	9,46
Venta de Activos	3.844	1,0	7.489	1,7	16.576	2,8	5.831	0,92
Recuperación de Préstamos	547	0,1	990	0,2	185	0,0	117	0,02
Operación de Años Anteriores	8	0,0	1.055	0,2	1.562	0,3	1.529	0,24
Saldo Inicial de Caja	13.773	3,5	12.073	2,7	18.628	3,2	24.776	3,92
Otros ( Fluctuación de Deudores, Venta de Bienes y Servicios y Otros)	8.261	2,1	16.017	3,6	13.201	2,2	12.372	1,96
Aporte Fiscal al Fondo Común Munic.	0	0,0	6.072	1,4	13.468	2,3	15.100	2,39
<b>C.-RECURSOS EXTERNOS ( C1+C2)</b>	22.872	5,8	15.970	3,6	29.356	5,0	32.122	5,09
<b>C.1.- TRANSFERENCIAS</b>	13.551	3,4	15.838	3,6	24.149	4,1	29.597	4,69
Sector Privado	1.479	0,4	1.465	0,3	1.080	0,2	810	0,13
Sector Público (*)	12.072	3,0	14.374	3,2	23.070	3,9	28.787	4,56
<b>C.2.- ENDEUDAMIENTO (**)</b>	9.321	2,4	131	0,0	5.207	0,9	2.525	0,40
<b>INGRESOS EN CUENTA COMPLEMENTARIA</b>	178.687	45,0	191.314	43,1	283.504	48,0	297.113	47,06
<b>D.- CUENTAS COMPLEMENTARIAS</b>								
SUBVENCIONES DE EDUCACION	124.469	31,4	128.070	28,9	136.845	23,2	153.993	24,39
FACTURACIONES ATENCION SALUD	16.832	4,2	21.361	4,8	22.336	3,8	24.684	3,91
I.S.A.R.	0	0,0	0	0,0	52.942	9,0	47.470	7,52
F.N.D.R.	37.380	9,4	41.590	9,4	67.031	11,3	65.975	10,45
SUBSIDIO AGUA POTABLE	6	0,0	293	0,1	4.350	0,7	4.991	0,79

(\*) Aporte fiscal al Programa de Mejoramiento de Barrios y Lotes con Servicios y Programa de Mejoramiento Urbano y Equipamiento Comunal.

(\*\*) Contraparte crédito externo otorgado por el BID, para el financiamiento del programa de Mejoramiento de Barrios y Lotes con Servicios.

FUENTE : DIVISION MUNICIPALIDADES - SUBDERE

---

**CUADRO N° 7**  
**GASTOS CONSOLIDADO EDUCACION MUNICIPAL 1993 (\*)**  
**(M\$ Diciembre de 1993)**

Gastos en Personal	182.299.138
* En establecimiento	173.118.842
* En administración	9.180.296
Gastos en Funcionamiento	20.087.947
Inversión Real	2.411.993

(\*) Información en base a los presupuestos ejecutados 1993 de Educación Municipal, remitidos por las Municipalidades del país a la SUBDERE.

Fuente: División de Municipalidades - SUBDERE

---

**CUADRO N° 8**  
**GASTOS CONSOLIDADO SALUD MUNICIPAL 1993 (\*)**  
**(M\$ Diciembre de 1993)**

Gastos en Personal	30.599.059
* En establecimiento	27.866.028
* En administración	2.733.031
Gastos de Funcionamiento	11.238.829
Inversión Real	935.741

(\*) Información en base a los presupuestos ejecutados 1993 de Salud Municipal, remitidos por las Municipalidades del país a la SUBDERE

Fuente: División de Municipalidades - SUBDERE

## BIBLIOGRAFIA

- Política Social y Regionalización de Programas Sociales. Patricia Matte Larrafn. En «Octavo Congreso Nacional de Alcaldes». Ministerio del Interior, 1986.
- Informe Social 1987 - 1989. Evaluación y Desafos. Oficina Nacional de Planificación, ODEPLAN, Presidencia de la República, 1989.
- La Regionalización, Luz Bulnes, M. Errazuriz y otros. Editorial Andrés Bello, 1988, Santiago.
- Informe Estadístico Subsidios Municipalizados, 1990, 1991 y 1992. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.
- Ley N° 19.097, Reforma Constitucional de 1991, del Capítulo XIII, referido al Gobierno y Administración Interior del Estado.
- Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- Ley N° 19.175, Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 869, de 1975.
- Ley N° 18.020, 1981.
- Ley N° 18.611, 1987.
- Decreto Supremo N° 368 y N° 369 Ministerio de Hacienda, 1987.
- Informe del Gasto Social, Encuesta CASEN 1990, Ministerio de Planificación y Cooperación.
- D. Rufián y E. Palma, La Descentralización problema contemporáneo en América Latina, ILPES, 1993.
- Programas Sociales : su impacto en los hogares chilenos. CASEN 1990, MIDEPLAN, 1993.
- Manual de Capacitación Municipal, Proyecto DIDEMU/ILPES/PNUD, versión preliminar.
- Mario Marcel, Descentralización y Desarrollo. La experiencia chilena. Borrador para comentarios. 1993.

- Curbelo, José Luis, «Economía Política de la Descentralización y Planificación del Desarrollo Regional», Pensamiento Iberoamericano N° 10, 1986.
- La descentralización problema contemporáneo en América Latina, ILPES.
- CEPAL, Transformación productiva con equidad, 1990.
- Palma, Eduardo y Rufián, Dolores, «Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional», 1989.
- CIRES, «¿Por qué descentralizar?, Descentralización y Regionalización, Chile \*España \*Italia \*Suecia», Centro de Investigaciones de la Realidad Social.
- Sergio Boisier, «El difícil arte de hacer región», ILPES 91/4, 1991.
- Ruiz, Julio, «Transición a la democracia y salud», CPU, 1991.
- CONARA, «Conclusiones Seminario de Alcaldes», 1978.
- CONARA, «Fortalecimiento de las Municipalidades y del rol del Alcalde en Chile», Alejandro González Samohod, Secretario Ejecutivo .
- Raczynski, D. y Cominetti, R., «La política social en Chile: panorama de sus reformas», Serie de Reformas de Políticas Públicas 19, CEPAL.
- Rufián, Dolores, «La descentralización, un proceso vigente en América Latina». Exposición en Seminario Internacional: Experiencias de Descentralización y de Regionalización. Los casos de Chile, España, Italia y Suecia.
- Ver Raczynski y Serrano, «¿Planificación para el desarrollo local ?. La experiencia en algunos Municipios en Santiago», CIEPLAN, 1988.
- Eduardo Palma y Dolores Rufián, «Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional», Documento ILPES, presentado en el Seminario Interagencial acerca de la descentralización y la desconcentración de los servicios sociales, Brasilia, 1989.
- Eduardo Palma y Dolores Rufián, «La desconcentración administrativa y las prestaciones sociales», Documento ILPES, julio 1993, no sometido a revisión editorial.

- Las Tareas de la Descentralización, Ministerio del Interior, 1991.
- Informe Social, evaluación y desafíos 1987 - 1989, Presidencia de la República, ODEPLAN.
- Palma E. y Rufián D., «La descentralización problema contemporáneo en América Latina», ILPES, 1993
- Marcel, Mario, «Descentralización y Desarrollo. La Experiencia Chilena». Documento preparado para el Seminario «En route to modern growth: Latina America in the 1990s», Carlos Dfáz-Alejandro Memorial Colloquium, BID, Washington DC, May 6, 1993.-
- Dr. Juan Giaconi, Políticas y Organización del sector Salud. Década de los 80, Doc. de Trabajo, CPU, 1991.
- Espinoza, José y Marcel, Mario : «La descentralización fiscal: el caso chileno», SUBDERE/CEPAL/ Proyecto Regional CEPAL/GTZ.»Descentralización Fiscal en América Latina».

## NOTAS

- (1) Ahumada, Jaime y Franco, Rolando 1990.
- (2) Palma Eduardo, 1983.
- (3) Manual de Capacitación Municipal, Proyecto DIDEMU/ILPES/PNUD, versión preliminar, p. 7.
- (4) Mario Marcel, Descentralización y Desarrollo. La experiencia chilena. Borrador para comentarios, 1993, p. 10
- (5) Curbelo, José Luis, «Economía Política de la Descentralización y Planificación del Desarrollo Regional», Pensamiento Iberoamericano N° 10, 1986.
- (6) La descentralización problema contemporáneo en América Latina, ILPES. De un compromiso dinámico entre fuerzas centrípedas, que empujan al reforzamiento de la unidad del Estado y centrífugas, que estimulan la expansión de la diversidad local» (7). Esta misma relatividad permite hablar de descentralización en situaciones y lugares muy variados, cuyos puntos de equilibrios son diferentes.
- (7) Idem, p. 4.
- (8) Idem, p. 8.
- (9) Ver CEPAL, Transformación productiva con equidad, 1990.
- (10) Palma Eduardo y Rufián Dolores, «Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional», 1989.
- (11) Ibid.
- (12) Ibid.
- (13) Ibid.
- (14) «¿Por qué descentralizar?, Descentralización y Regionalización, Chile\* España \* Italia \* Suecia», Centro de Investigaciones de la Realidad Social CIRES).
- (15) Ibid.

- (16) Sergio Boisier, «El difícil arte de hacer región», ILPES 91/4, 1991.
- (17) Ruiz, Julio, «Transición a la democracia y salud», CPU, 1991.
- (18) Eduardo Palma y Dolores Ruffin, op. cit.
- (19) Ibid.
- (20) «Conclusiones Seminario de Alcaldes», 1978, CONARA, p.13.
- (21) Ibid., p.82.
- (22) «Fortalecimiento de las Municipalidades y del rol del Alcalde en Chile», Alejandro González Samohod, Secretario Ejecutivo CONARA, nov. 1980, p.12.
- (23) Ibid. p.16.
- (24) Ibid. p.17.
- (25) Ibid. p.17.
- (26) Ibid. p.17.
- (27) Ver Marcel, 1993, y Raczynski y Serrano, 1988.
- (28) Raczynski, D. y Cominetti, R., «La Política social en Chile: panorama de sus reformas», Serie de Reformas de Políticas Públicas 19, CEPAL.
- (29) Idem.
- (30) Idem.
- (31) Idem.
- (32) González, Alejandro, «Fortalecimiento de las municipalidades....», op. cit., p. 36.
- (33) «La descentralización, un proceso vigente en América Latina». Exposición en Seminario Internacional: Experiencias de Descentralización y de Regionalización. Los casos de Chile, España, Italia y Suecia.

- (34) Ver Gráfico p. 15.
- (35) Idem.
- (36) Ver Raczynski y Serrano, «¿Planificación para el desarrollo local ?. La experiencia en algunos Municipios en Santiago», CIEPLAN, 1988.
- (37) Palma, Eduardo y Rufián, Dolores «Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional», Documento ILPES, presentado en el Seminario Interagencial acerca de la descentralización y la desconcentración de los servicios sociales, Brasilia, 1989.
- (38) Como señala Dolores Rufián, «aunque la modernización del Estado pretendida por el gobierno autoritario que rigió al país desde 1973 a 1989, se había empeñado en una tarea de regionalización y hablaba también de descentralización, ésta no tuvo efectivamente el significado de reparto de poder del Estado hasta la restauración democrática con el Gobierno del Presidente Aylwin.
- (39) Palma Eduardo y Rufián Dolores, «La desconcentración administrativa y las prestaciones sociales», Documento ILPES, julio 1993, no sometido a revisión editorial.
- (40) Las Tareas de la Descentralización, Ministerio del Interior, 1991.
- (41) Ibid.
- (42) Ver MIDEPLAN, Integración al Desarrollo, Balance de la política social: 1990 - 1993. Mayores antecedentes de la política social de don Patricio Aylwin, consultar Serie de Publicaciones de MIDEPLAN.
- (43) Este acápite se elaboró principalmente por Ricardo Fuentes, sociólogo, Asesor del Departamento de Estudios, SUBDERE.
- (44) Informe social, evaluación y desafíos 1987 - 1989, Presidencia de la República, ODEPLAN.
- (45) Palma, E. y Rufián, D., «La descentralización problema contemporáneo en América Latina», ILPES, 1993
- (46) Alvaro García, Subsecretario de Planificación y Cooperación, marzo 1990 a junio 1993, periódico «El Diario» [01.06.93]),

- (47) Este Capítulo reproduce, en lo principal, el texto elaborado por el autor, «Los servicios sociales traspasados», publicado en el Manual de Gestión Municipal, Ministerio del Interior, 1992. En su elaboración se contó con las opiniones del Dr. Roberto Belmar y Pedro Henríquez, Jefe del Departamento de Atención Primaria, del Ministerio de Salud y Jefe de la División de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Educación, durante el Gobierno de Aylwin, respectivamente. Por cierto la versión resultante es de entera responsabilidad del autor.
- (47) Marcel, Mario, «Descentralización y Desarrollo. La Experiencia Chilena». Documento preparado para el Seminario «En route to modern growth: Latin America in the 1990s», Carlos Díaz-Alejandro Memorial Colloquium, BID, Washington DC, May 6, 1993.-
- (49) Dr. Juan Giaconi, Políticas y Organización del Sector Salud. Década de los 80, Doc. de Trabajo, CPU, 1991.
- (50) El Proyecto de Estatuto de Salud de Atención Primaria Municipal, que se encuentra en trámite legislativo, establece un traspaso definitivo a las municipalidades.
- (51) Algunos casos lo constituyen las experiencias de las comunas de La Florida, Conchalí y Temuco.
- (52) Espinoza, José y Marcel, Mario : «La descentralización fiscal: el caso chileno», SUBDERE/ CEPAL/ Proyecto Regional CEPAL/GTZ.» Descentralización Fiscal en América Latina».



Parte Tercera

EL TRASPASO DE LA EDUCACION  
AL MUNICIPIO  
El caso Chileno

PEDRO MONTT LEIVA



## INTRODUCCION

El traspaso de la administración de los establecimientos educacionales por el Estado a los municipios, realizado en Chile es un proceso que acapara gran atención. Las razones que se esgrimen son variadas; entre ellas se puede mencionar el hecho de que éste sea un proceso que posee ciertas particularidades, es decir, su inicio en pleno período autoritario y su fuerte componente privatizador en relación con otros procesos modernos de descentralización educacional emprendidos en la región y, por tanto, un espacio privilegiado de aprendizaje para otras realidades.

El tema es abordable desde múltiples dimensiones. En un contexto más general, desde la esfera política y como parte de un proceso mayor de reforma emprendido, «la descentralización y democratización del Estado»; desde la esfera cultural, como un proceso que trae consecuencias y cambios significativos en las tradiciones desarrolladas por el sistema educacional; desde la esfera económica, en las resignificaciones que este tipo de proceso trae en áreas como el papel del actor público y privado o la utilización de instrumentos (el mercado) en el ámbito educativo.

Se han emprendido análisis en estas esferas, no sólo en Chile, en diferentes grados, por medio de estudios e investigaciones en la región. Más aún, ello se ha hecho prioritario, en la medida en que existe una creciente voluntad política para emprender procesos de descentralización y no solamente eso, ya se han iniciado muchos de ellos con gran rapidez y profundidad, no teniéndose claras aún las consecuencias para nuestros países.

Sin desconocer estos esfuerzos, aparece insuficiente la variedad de análisis evaluativos de las diferentes experiencias concretas; es éste un campo en el cual muy recientemente se ha estado produciendo una necesaria acumulación de conocimientos.

Asumiendo que «la mayor promesa de la descentralización en América Latina alude a su potencial para consolidar la democracia, otorgándosele una base social más amplia, diversificada y dotada de una teoría y una práctica en constante reflexión y ejercicio» y que «dentro del proceso de descentralización, el nuevo papel del municipio es muy decisivo»<sup>1</sup>, aparece pertinente agregar a esta acumulación estudios que observen procesos donde el municipio se convierte en un actor educacional protagónico y estratégico. En este ámbito se inscribe el presente estudio.

La revisión se hará con un fuerte énfasis en las prácticas que ha generado la descentralización educacional como la conocemos en Chile: traspaso a los municipios de la administración de establecimientos escolares.

No por ello se puede prescindir de la observación general y contextualizadora del proceso. En una primera parte nos haremos cargo de este punto de una manera somera e informativa, combinando lo anterior con una conceptualización básica que orientará el resto de los temas abordados en el presente estudio.

En la segunda parte, se busca abordar las distintas dimensiones, en un carácter evaluativo y prospectivo, del proceso de descentralización educativa en Chile, observar las dimensiones administrativa, de gestión, financiera y pedagógica del mismo.

Posteriormente, se hará una revisión de los posicionamientos actuales de ciertos actores estratégicos frente al proceso de descentralización y las posibles consecuencias que ello conlleva. Es necesario recordar que el proceso de descentralización chileno se inicia en un período autoritario y que hoy el país se encuentra en la culminación de la transición democrática, habiéndose democratizado los municipios muy recientemente (1992).

Finaliza este estudio de revisión, con una breve reseña de carácter descriptivo respecto de los procesos de descentralización en otros países de la región y algunas de las conclusiones prospectivas que aparecen a la luz del análisis del proceso chileno.

## **EL MARCO DE REFERENCIA DEL PROCESO**

### **El encuentro de dos realidades: la descentralización y el sistema educacional**

Al abordar un fenómeno de carácter específico como el traspaso de la educación a los municipios, se hace necesario sin otra pretensión que contextualizar dicho proceso y como forma de explicar por qué se produce, tener una mirada más global respecto de un tema central, a saber, el sistema educativo y sus relaciones con el Estado.

### **El Estado y la educación en Chile: los hitos de una historia previa**

El nacimiento de nuestra república a inicios del siglo pasado, al igual que otros casos del continente, se encuentra asociado estrechamente con el esfuerzo para incorporar la educación y su desarrollo como un servicio público nacional. Ello muy desde el comienzo fue plasmando y fortaleciendo la concepción de la educación como una tarea y función del Estado<sup>2</sup>.

Si bien hasta muy entrado el presente siglo no teníamos resueltas cuestiones básicas referidas a la conformación de un verdadero «sistema educacional». No deja de ser destacable que la idea de la educación como tarea estatal estuvo presente desde el comienzo, ello porque se vio que a la educación le estaba reservado (mirando hacia Europa) «un papel integrador de primera magnitud»<sup>3</sup>. La educación era la principal herramienta para conformar nuestra identidad nacional.

Este último hecho «conllevaría estilos de gobierno y administración fuertemente centralizados y que con sus rasgos esenciales han predominado hasta el presente. Más aún, en lo que se refiere a educación, el centralismo se vería acentuado. Hay estimaciones que indican que, a mediados del siglo XIX, alrededor de un 40% de las escuelas existentes habían sido organizadas y eran sostenidas por los municipios»<sup>4</sup>. Esta afirmación hecha para la realidad de todo nuestro continente es válida en el caso chileno; así, las escuelas eran sostenidas a inicios de la década de 1830-1840 con el aporte del erario nacional y aportes municipales (Encina).

También por las características de nuestros procesos, en todo caso similar a la conformación estatal europea de fines del siglo anterior (Francia), existe una participación activa de la Iglesia Católica en la tarea educativa; ello será así durante todo el siglo XIX. En el caso chileno existe durante el siglo pasado, al igual que en otros países del continente, una educación «privada» (si se puede llamar así a las escuelas administradas por congregaciones religiosas) que es significativa. A mediados de ese siglo el 69% de la matrícula de educación primaria era fiscal y un 31% particular<sup>5</sup>.

Si en los orígenes existía un gran protagonismo local en el desempeño de la labor educativa, no existía un sistema educativo en forma, y la constitución del mismo requiere cada vez un repertorio más amplio de funciones en el campo educacional que asume el Estado<sup>6</sup>.

En nuestro país, el Estado tuvo, durante el siglo pasado, al igual que en el resto de América Latina, un claro rasgo oligárquico. Luego, la primera preocupación educativa del mismo, más que en la formación de todos los ciudadanos, estuvo en la preparación de nuestras élites<sup>7</sup>. Así, muy tempranamente se desarrolla lo que hoy conocemos como la educación secundaria y superior (Instituto Nacional/1813 y la posterior Universidad de Chile originada del mismo Instituto). El impulso a la educación primaria es posterior ( reforma según modelo alemán para las escuelas normales 1880); ésta tiene un carácter terminal, destinado a los sectores sociales medios-bajos y bajos.

El desarrollo de nuestro sistema se consolida en las primeras décadas del siglo XX, con la plena vigencia del concepto de Estado docente que pone al Estado como promotor central<sup>8</sup> del proceso educacional y por tanto, se fortalecen las concepciones centralistas prevalecientes. Más aún, planteada la función del Estado en este contexto como un espacio de consolidación de la clase media emergente, se entiende el fortalecimiento de su papel educativo como democratizador.

Aparecen en esta época (muy significativa, la reforma educacional de 1928) la autonomización plena del Ministerio de Educación, que se convierte en una institución de carácter nacional que asume el conjunto de funciones educacionales del Estado, ello combinado con la consolidación de la profesión de los docentes, la formación superior de los mismos, los esfuerzos iniciales por conectar la educación primaria y secundaria (que culmina sólo en la reforma de la década del 60).

Es evidente que el signo de los cambios, que pretendió imprimir la reforma de fines de los años 20 es claramente progresista para la época (Núñez)<sup>9</sup>. Pese al esfuerzo contrarreformista posterior, en la década del treinta, quedan como herencia de este hito modernizador: la centralización de todos los servicios escolares bajo la conducción del Ministerio y la extensión de principios pedagógicos inspirados en la pedagogía funcional. En el contexto de consolidación de nuestro sistema educacional, es la centralización emprendida en esa época, un factor que explica gran parte de los logros que ha tenido el sistema educativo a la fecha.

El Estado entre los años 20 y 30, al igual que en otras realidades de la región, «da pasos importantes para estructurar el sistema educativo en sus niveles primario, secundario y universitario, para dotarse a nivel central de organismos diversificados para la dirección, supervisión y administración de la educación, así como de instituciones para la formación de maestros y el establecimiento de normas detalladas reguladoras del funcionamiento de las escuelas»<sup>10</sup>.

La emergencia de nuevas teorías del desarrollo que impactan en el modelo de Estado durante las décadas que siguen y la consolidación de un sector medio significativo son factores que influyen fuertemente sobre las concepciones imperantes acerca del sistema educacional.

El Estado como Estado docente recientemente consolidado se encarga ahora de nuevos desafíos, teorías provenientes de los Estados Unidos se imponen en el paisaje educacional pero con particularidades, si no, no se explica que nuestro sistema no recoja con la intensidad del otro discurso la práctica de un sistema descentralizado como el norteamericano.

Estos nuevos desafíos tienen que ver con reconocer a la educación como un derecho social básico, lo que viene a reforzar la tendencia a convertir a la educación en un instrumento democratizador que permita la movilidad social ascendente de muchos sectores. La tendencia se refuerza en la segunda mitad del siglo». El Estado moderno constituido después de la Segunda Guerra Mundial en muchos países fue, asimismo, reconociendo ampliamente las garantías sociales (educación, salud, seguridad social, etc.) y amplió significativamente el acceso a la educación pública, potenciando con ello las posibilidades de participación de la clase media en la vida política»<sup>11</sup>.

En Chile aparecen nuevas demandas sociales a la educación y «comienza a mirársela como un sector encargado de la 'producción' de los recursos humanos que el desarrollo económico y social de los países demanda»<sup>12</sup>. Ello origina una fuerte presión hacia el aumento de la oferta educacional. La máxima es: a mayor educación de la población mejores recursos humanos y mayor productividad de la economía, reforzado eso último con el surgimiento de teorías económicas como las del capital humano, entre otras.

En la década del 60, se asumen estos problemas y se busca dar una respuesta a ellos. Democratizar cada vez más el sistema educativo, que aún posee lastres importantes de cobertura en todos los niveles; es decir, la educación básica está lejos de haberse universalizado (cubre apenas sobre el 50% de la población de esa edad escolar), la secundaria tiene una situación de élite (cubre aproximadamente al 20% de la población en esa edad escolar), al igual que la universitaria (que cubre el 4%).

La reforma de los años 60 (Gobierno de Frei) se inscribe como «la culminación del paradigma Estado-docentista de la educación pública»<sup>13</sup>; entre los aspectos a destacar está el que asegura la efectiva existencia de un sistema educacional con sus entradas y salidas en todos los niveles y da un enorme impulso para hacer realidad el derecho a la educación primaria para toda la población, aumentando su duración (6 a 8 años) y produciendo un aumento espectacular de la cobertura del sistema (entre 1964-1974 se crean app. 1.317.000 nuevas plazas).

En lo medular, a principios de la década de 1970 se habían sentado las bases para la plena escolarización en la enseñanza primaria y el crecimiento significativo de la secundaria y universitaria<sup>14</sup>, mas no estaba en cuestionamiento un concepto vinculado a los orígenes de nuestra educación: el Estado docente.

Ello implicaba que si bien durante la reforma se dieron pasos para el aumento de la autonomía de los niveles locales (propuesta curricular), en lo medular el sistema conserva su carácter centralista.

A modo de conclusión, el sistema educacional en Chile se conforma en un largo proceso desde el inicio del siglo XIX a muy entrado el actual, asumiendo características funcionales a la conformación de nuestro Estado nacional, que como en el resto del continente, posee inicialmente un carácter fuertemente oligárquico. Durante el presente siglo se dan pasos muy significativos para la democratización de nuestra sociedad y el Estado y la función del sistema educacional se convierten en estratégicos para asegurar ese proceso en intensidad y extensión; la educación se convierte en un derecho social.

A fines de la década del 60, al sistema educacional se le hacían nuevas exigencias (calificador de recursos humanos) y se habían sentado las bases para el logro de una aspiración mayor: la plena escolarización de la población, al menos en el nivel primario e idealmente en el secundario.

Ello tiene una constante, el papel activo y protagónico del Estado, que en un grado creciente a lo largo de dos siglos va asumiendo tareas educativas diversas que afectan cada vez a mayor población. Este papel activo y protagónico se expresó en el concepto de Estado docente; es este paradigma el que se verá muy seriamente cuestionado por las nuevas tendencias prevalecientes.

## La desconcentración educativa autoritaria en Chile

A principios de la década de 1970 era visible la ineficiencia de un sistema educacional extremadamente centralizado. Se habían hecho esfuerzos muy embrionarios para enfrentar la infinidad de dificultades que involucraba la administración del mismo. Un sistema educacional que había crecido explosivamente en la matrícula, número de maestros y planta física, que además enfrentaba nuevas demandas de carácter pedagógico; se hacía inmanejable dada la excesiva burocratización administrativa, agravada por las características geográficas del país.

Una iniciativa importante para resolver estos acuciantes problemas se dio a fines del gobierno del presidente Frei e inicios del gobierno de Allende, vale decir, «la creación de la Coordinadoras Regionales de Educación que constituyeron el primer esfuerzo concreto de desconcentración»<sup>15</sup>.

El quiebre de la democracia en Chile nos encuentra con un sistema educacional que ha dado algunos pasos para aumentar su eficiencia y desconcentrarse. Sin embargo, en líneas gruesas, éste conservaba las características impresas desde sus orígenes que fue reforzada en el presente siglo durante la vigencia del modelo de sustitución de importaciones y del Estado benefactor.

El gobierno autoritario comienza una lenta evolución hacia una crítica radical al estado de situación existente. Muy al principio se plantea la necesidad de regionalizar el país en el plano educativo, aprovechando los pasos antes dados (Coordinaciones Regionales). Se crean a partir de éstas, las Secretarías Regionales Ministeriales y se delegan en ellas algunas facultades desde la autoridad central. La creación de las Secretarías se da en el marco de una reforma política en donde se crea una nueva división administrativa del país compuesta por 13 regiones, 51 provincias y 341 comunas. En la primera fase (1973-1977), el gobierno militar se plantea la necesidad de desconcentrar el aparato público, no teniendo eco aún iniciativas de carácter más radical.

Ya en la primera época se levantan voces que buscan cambios más radicales (economistas de Chicago). Así, uno de los estudios citados anteriormente (L.E. Gonzáles y otros) nos muestra la existencia de posturas más duras respecto de lo que había que hacer en educación. «Se estima que la forma más adecuada de abaratar costos y mejorar la calidad de la educación es una drástica descentralización de la actual estructura, de manera que sea la comunidad local quien pase directamente a administrar la comunidad escolar respectiva». (El Ladrillo, *Bases para una política económica del gobierno militar chileno*, CEP, 1992).

A fines de la década de 1970 se habían dado nuevos pasos para desconcentrar el sistema educacional otorgando más y nuevas atribuciones a las Direcciones Provinciales del Ministerio de Educación. Ello como parte de un proceso mayor de cambios; estamos en plena transición del régimen militar desde su fase de consolidación (eminentemente represivo-militar) a una fundacional en donde el énfasis está en la iniciación de importantes reformas.

Las llamadas modernizaciones incluían la regionalización, en que surgía el espacio municipal como el lugar de concreción de una serie de cambios mayores. Es así que los esfuerzos desconcentrados que según sus promotores tenían por finalidad «mejorar la eficiencia y modernizar el Estado, a través de la creación de organismos dependientes del poder central»<sup>16</sup> se hicieron insuficientes.

#### La década de 1980: los cambios estructurales

No sin pugnas y diferencias al interior del gobierno militar se imponen posturas que en el discurso hablan de la necesidad de descentralizar el sistema educacional más allá de la mera desconcentración; estamos en los inicios de los años 80.

Estas tesis, como se recordaba anteriormente, son promovidas desde los sectores más tecnocráticos del gobierno militar (Hacienda, ODEPLAN). Estos, fuertemente imbuidos de las posturas neoliberales de la escuela económica de Chicago, ponen en la privatización de los servicios públicos y la reducción del tamaño del Estado una de las bases para asegurar el progreso. Así, cuando el régimen comienza a hablar de descentralización, se debe inferir que ella se entiende con un sesgo en el tipo de solución (privatizadora) para resolver la que probablemente, a juicio de estos sectores, es la más crítica de las situaciones: la participación casi exclusiva del Estado en el sector educacional (80% de la matrícula en manos del Estado, 1980).

Si bien es posible pensar que un grupo muy fuerte al interior del régimen (neoliberales) en rigor se juega por la privatización educacional, ella no se concreta y más bien se da un complejo proceso de compromiso entre las diferentes corrientes al interior del Gobierno, algunas de las cuales se resistían a simplemente privatizar la educación.

Es factible pensar que de esta disputa surge el municipio como el espacio ideal donde ensayar el proceso de descentralización. Ello tenía como refuerzos el hecho de que durante la década anterior se había reformado de manera importante el papel del municipio (Ley Orgánica de Municipalidades/1976)<sup>17</sup> y por otro lado, que muchos de los privatistas veían esa solución como a mitad de camino entre el estatismo y la privatización (opción no completamente cerrada con esta solución).

“ No puede entenderse cabalmente el proceso de municipalización sin situarlo en el contexto de la voluntad de privatizar la enseñanza. Se puede, incluso, pensar que la municipalización tiene como uno de sus objetivos fundamentales reforzar e impulsar la privatización masiva del sistema escolar “<sup>18</sup>

A pesar de lo expuesto, es claro que, en todo proceso histórico, lo resultante no obedece a alguna lógica previamente determinada, sino más bien es producto de múltiples factores y compromisos de los actores comprometidos. En el caso de la transformación de la educación

impulsada en la década del 80, no estamos frente a una excepción. Lo que resultó, con seguridad no respondió a un esquema que, impulsado por algún sector en el régimen autoritario, se impuso plenamente, sino más bien a una construcción compleja y muchas veces azarosa mezcla de propuestas e intereses.

Es así que el proceso, que se inicia en 1980 con el traspaso de establecimientos a 19 de un total de más de 300 municipios existentes en el país a esa fecha, toma dos caras: la privatización y la municipalización<sup>19</sup>.

a) La privatización

Una primera aclaración que habría que hacer es si podemos considerar la privatización como un proceso descentralizador, algunos autores en el campo de la descentralización nos señalan:

« Cuando la descentralización es reclamada por ideologías neoliberales suele ser acompañada por un proceso muy distinto que es preciso diferenciar, porque a veces se confunde, el de la privatización. En realidad la diferencia es clara; en primer lugar, porque la descentralización es un proceso que afecta a la administración del Estado, considerada como aparato público, mientras que la privatización a lo que afecta es al sistema económico. En segundo lugar, hay que señalar que la privatización tiene efectos muy diferentes porque no se trata ya de que el poder del Estado sea redistribuido entre diversos entes, también públicos, sino de reducir directamente ese poder estatal transfiriéndolo a entes privados. Consecuencia de la privatización será una reducción de la administración pública en general, lo que no ocurre con la descentralización en la que el poder de la administración simplemente se distribuye en diversas instancias de gobierno»<sup>20</sup>.

Otra autora es menos categórica. «En años recientes, en parte como resultado de una preocupación tanto por establecer el propio rol del Estado como de limitar el gasto público, los gobiernos han adoptado medidas que transfieren funciones y autoridad a entidades no gubernamentales del sector privado. Tal privatización implica transferir actividades del gobierno a empresas o asociaciones de voluntariado sin fines de lucro, como ONG, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales y de comercio y partidos políticos. Aunque algunos autores pueden argumentar que la privatización no es una forma de descentralización del sector público debido a que los entes receptores no pertenecen al Gobierno, implica, de hecho, una transferencia (a través de instrumentos de política como la contratación y las licitaciones públicas) de funciones y de autoridad de gobierno, y pueden ser más relevantes para lograr metas de mejor servicio a un costo menor. Al privatizar, las autoridades públicas continúan jugando un papel importante de regulación a través de actividades de vigilancia como la normalización, las licencias, los impuestos, las exigencias de informes y los programas de protección laboral»<sup>21</sup>.

Sin duda que es complejo dilucidar este punto; pareciera que en rigor la privatización no es un acto descentralizador, mas en la experiencia chilena durante el régimen autoritario esta componente fue muy importante. Para ello basta observar los cambios y efectos producidos.

Para incentivar inicialmente la privatización i) se crea un mecanismo de financiación atractivo, una subvención indexada al alza del costo de la vida (UTM) <sup>22</sup> y asociada a asistencia mensual media; ii) se trata de asegurar que llegue oportunamente a cada uno de los administradores de establecimientos subvencionados, (cambiando la existente relacionada con matrícula y que se pagaba, cuando se hacía, con gran retraso); iii) se ofrecen facilidades (normativas y reglamentarias) para que cualquier privado se pueda declarar colaborador de la tarea educativa <sup>23</sup>. Ello tuvo consecuencias inmediatas en el número de establecimientos educativos de este tipo y el volumen de la matrícula atendido por los mismos.

**Cuadro N° 1**  
**Serie histórica número de establecimientos según tipo de administración**

AÑO	Total Establec	Fiscales	Municipales	Part. Subvenc	Part. Pagados	Corporaciones
1980	8.846	6.370	-	1.627	802	
1985	9.811	808	5.668	2.643	668	24
1988	9.743	-	6.308	2.663	698	74
1990	9.814	-	6.288	2.694	759	73

Fuente: Ministerio de Educación

**Cuadro N° 2**  
**Población atendida en Educación Básica**

Establec.	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Fisc. Municipal	1.743.964	1.524.324	1.445.678	1.406.767	1.299.266	1.299.266	1.269.030
Part. Subven.	306.196	448.502	511.579	594.934	592.329	592.329	610.381
Part. Pagado	136.422	112.280	88.618	106.406	107.477	115.767	125.101
Corporaciones	141	198					
<b>TOTAL</b>	<b>2.186.582</b>	<b>2.085.106</b>	<b>2.045.893</b>	<b>2.062.344</b>	<b>2.007.503</b>	<b>2.007.503</b>	<b>2.004.710</b>

Fuente: "Soluciones privadas a problemas públicos"

**Cuadro N° 3**  
**Población atendida en Educación Media**

Tipo Educ.	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Fiscal Munic.	371.626	488.346	524.907	539.150	552.978	579.826	601.760
Cient. Munic.	284.382	333.909	342.686	330.893	326.952	319.425	332.153
Part. Subvenc.	38.178	109.463	139.565	156.062	174.255	207.277	212.128
Part. no Subv.	49.066	44.974	42.656	52.195	51.771	53.124	57.479
Técnic Prof.	170.013	125.200	112.186	128.647	127.060	116.037	133.941
Fiscal Munic.	121.992	76.342	58.191	66.118	67.124	37.867	45.607
Partic. Subv.	47.803	42.690	44.560	60.496	59	48.609	57.683
Part. no Subv.	218	6168	9.435	2.033	291	236	383
Corporaciones						29.325	30.268
<b>TOTAL</b>	<b>541.639</b>	<b>613.546</b>	<b>637.693</b>	<b>667.797</b>	<b>680.038</b>	<b>695.863</b>	<b>735.701</b>

Fuente: "Soluciones privadas a problemas públicos"

Aunque el proceso de cambio de los tamaños relativos de la educación pública y privada subvencionada tuvo etapas, no se puede dejar de mencionar que fue muy veloz. Una primera etapa de fuerte crecimiento del sector privado, el que se detiene con la desindexación de la subvención educativa, producto de la crisis económica de los años 82-83 (la educación no se hace tan buen negocio). En una segunda etapa, el crecimiento del sector tiende a mantenerse constante, no bajando la atención del sector privado subvencionado por el Estado de un 30%-33% de la matrícula de educación básica (que en términos absolutos tiene una disminución de aproximadamente 180.000 niños durante la década).

En la educación media ocurre un fenómeno similar. Así, la matrícula del sector privado subvencionado pasa de 85.981 alumnos en 1980 a 300.079 en 1988 (ver cuadro 3). Como se puede observar, los efectos sobre la distribución de la matrícula y la oferta educativa, expresada ésta en el número de establecimientos privados subvencionados o públicos, son muy importantes. Más adelante realizaremos algunas apreciaciones sobre otros efectos de la privatización (calidad de la enseñanza, situación del profesorado, etc.).

Lo que sí debe quedar claro en esta sección es que la privatización es una particularidad del proceso de descentralización que se emprendió en Chile durante la década pasada y que por lo mismo es constitutivo y central en el mismo. El fenómeno no puede ser entendido sin este elemento.

#### b) La municipalización

El otro mecanismo empleado fue el traspaso de la administración de los establecimientos educacionales a los municipios; también éste fue un proceso extremadamente rápido<sup>24</sup>. Se inició en 1980, y a consecuencia de la crisis económica se detuvo entre 1983 y 1986, fecha en que,

superadas las dificultades, se termina de traspasar la totalidad de los establecimientos educacionales a los municipios<sup>25</sup>.

En la concepción de los promotores de estas reformas es central la idea de introducir al interior del sistema educacional el «mercado» y sus señales. Si no se puede privatizar el conjunto del sistema, con lo que se garantiza más plenamente la competencia por entregar un mejor servicio. Se hará competir al emergente sector privado con este nuevo sector «público».

La municipalización autoritaria de la educación posee varias características particulares. Señalaremos las más relevantes:

- No es una solución plenamente asumida y pensada desde el régimen; ejemplo de ello es el hecho de que una vez desindexada la unidad de subvención educacional, los municipios no pueden responder con flexibilidad a la disminución del gasto, dadas rigideces tales como el estatuto laboral de los profesores (pasarlos de empleados públicos a regidos por una legislación laboral que permita el fácil despido) o los gastos de funcionamiento de los establecimientos que se reajustan (IPC) en mayor medida que la unidad de subvención. Lo anterior comienza a producir lo que llegará a ser un déficit crónico de recursos en este sector<sup>26</sup>.

---

**Cuadro Nº 4**  
**Transferencia de recursos adicionales para déficit**  
**en el sistema traspasado 1984 - 1989**  
**(cifras en millones de pesos)**

---

Año	Pesos Nominales	Pesos Diciembre 1992
1982	180	
1983	450	
1984	1.448	6.856
1985	2.137	7.742
1986	3.159	9.578
1987	4.354	11.012
1988	1.750	3.859
1989	1.621	3.055

---

Ello se soluciona en parte por la suplementación de recursos por el Estado y también a costa de los profesores, los que pierden el rango y posición que históricamente habían ganado. Al reiniciarse la municipalización (1986), se producen exoneraciones masivas y gran inestabilidad laboral del magisterio<sup>27</sup>.

- Al municipio se le traspasó la administración de los establecimientos, reservando para el Ministerio atribuciones normativas y supervisoras; sin embargo, no se hizo ningún traspaso en relación a los conocimientos especializados requeridos para la eficiente administración educacional del municipio. Producto de ello, se genera una diáspora de soluciones para que cada municipio pueda asumir adecuadamente la administración educacional (no existen criterios de carácter general); a ello se agrega el hecho de que se da una gran heterogeneidad entre los municipios (urbano/rurales, tamaño, riqueza, etc.).
- La tercera característica relevante es que la municipalización se hace con autoridades (los alcaldes) designadas por el Gobierno Central, por tanto, dependientes y no autónomas de éste. Ello es decisivo a la hora de evaluar el proceso.

En rigor, lo que se realizó al traspasar los establecimientos educativos a los municipios no fue un proceso de descentralización sino más bien de desconcentración. No se cumple en el caso chileno un requisito que según los expertos es básico de todo proceso de descentralización auténtico. «Resultará entonces que para que exista descentralización serán precisos los tres requisitos acumuladamente: que los que se descentralicen sean entes con personalidad jurídica; que sus autoridades sean elegidas democráticamente, y además, puedan actuar con independencia de la administración central sin que ésta pueda ejercer más control sobre sus actos que el de la legalidad»<sup>28</sup>.

#### Las lecciones de la experiencia de los años 80

Es indudable que los cambios emprendidos en la década de 1980 afectaron la estructura del sistema educacional. Fueron un proceso intensivo de privatización con desconcentración.

Los objetivos declarados oficialmente para este proceso fueron a) aumentar la calidad de la educación, b) aumentar la cobertura del sistema, c) establecer igualdad de oportunidades, y d) impulsar la libertad de enseñanza<sup>29</sup>.

Ello se lograría a través del mejoramiento de la administración del sistema educacional por medio de una mayor participación del sector privado y del mercado como mecanismo asignador de los recursos, asegurando a la vez, una mayor participación al nivel local, expresado esto último en el municipio.

A los objetivos declarados se agregan los no declarados, que tienen que ver con el control político social de la población desde un nivel más cercano y la resta de poder de un actor social y político difícil: el magisterio.

Este esfuerzo quiere responder al desafío mayor que ya se planteaba a fines de los años 60 en relación con la incapacidad del sistema escolar, tal como era, de dar respuesta a las demandas sociales, culturales y económicas emergentes.

Tratando de observar el proceso con objetividad hasta donde lo hemos mirado, podemos señalar, al comparar los resultados con los objetivos propuestos, lo siguiente:

- \* La municipalización combinada con la privatización de la oferta educativa significó desde el punto de vista del sistema educacional una reforma estructural, ya que se produjeron cambios significativos e inicios de un proceso de transformación en temas tales como el papel del Estado y los privados en la educación, el papel de la sociedad, particularmente en el nivel local, el concepto de establecimiento educativo, el concepto de docente, etc.

El tipo de solución buscada frente a los temas planteados tiene una inspiración neoliberal, por tanto, pone en el centro de la solución la participación del sector privado, la reducción y participación más directa en el proceso educativo del Estado y la introducción del mercado como el instrumento a través del cual los agentes educativos puedan tomar decisiones que redunden en un circuito virtuoso de mejora permanente del servicio educacional. Así, la descentralización es entendida como un mecanismo que debe contribuir al mejor funcionamiento de este circuito virtuoso, por la vía de restar o limitar al Estado su injerencia en campos que según esta misma postura pueden desempeñar mucho mejor y con mayor eficiencia otros agentes.

Todos estos temas están aún abiertos, algunos en plena definición, pero una cosa sí es clara: los cambios introducidos en la década precedente desdibujaron, probablemente para siempre, el paradigma del Estado docente y lo que nos encontramos haciendo ahora es la búsqueda y construcción de un nuevo paradigma en donde, no cabe duda, la descentralización, concepto que expresa la relevancia de lo local y municipal, cumpla un papel protagónico.

- \* En un nivel más específico que el marco antes referido es indudable también que el proceso analizado significó cambios importantes en la realidad del docente. Así concluye un estudio que trata de medir las consecuencias de la municipalización del gobierno militar sobre el profesorado.

« La implementación del modelo neoliberal, aplicado en Chile en condiciones políticas derivadas de la existencia de un gobierno militar, afectó tres aspectos básicos de la vida de los profesores: sus condiciones de trabajo; sus recursos sociales, y la representación simbólica de su rol en la sociedad»<sup>30</sup>.

En el caso de las condiciones de trabajo del docente, además de las más sabidas, existen pruebas de que se han generado dinámicas complejas desde una perspectiva educativa, dado que el mecanismo de asignación de los recursos (mercado de subvención por asistencia) genera en algún grado una desvalorización de lo pedagógico por sobre la tarea de mantener la matrícula y promocionar la escuela. Eso se hace por la vía de «inflar notas» o producir una «selección por rendimiento académico» de los alumnos en los establecimientos que tienen mucha demanda.

- \* Otro aspecto relevante tiene que ver con las nuevas exigencias que introdujo el proceso en relación con la gestión educativa en los niveles intermedio y micro. Mirando en los niveles intermedios: la región y la provincia y en un nivel local, el municipio y la escuela, se pueden observar una serie de temas no resueltos.

De ese modo, en un país con una fuerte tradición centralista, en donde los distintos niveles subnacionales no poseían experiencia de toma de decisiones en su propio nivel, en donde no existía una cultura organizacional para respaldar el proceso, se produjeron serios problemas.

Por mencionar algunos, muchos de los cuales a pesar de la existencia de un gobierno democrático aún subsisten: i) la indefinición de las competencias de cada uno de los niveles (regional, provincial y local), ii) la tendencia a la réplica de lo nacional en los niveles micro e intermedio, con la consiguiente burocratización y pérdida de la eficiencia de cada uno de los niveles, iii) la ausencia de criterios básicos que permitan ordenar o contribuir a la adecuada administración del sistema (ello para el nivel municipal), en realidad cada municipio soluciona su carga como mejor puede, iv) la no llegada del proceso a las unidades en la base del sistema: las escuelas siguen tremendamente limitadas en su autonomía y capacidad para enfrentar y resolver sus problemas pedagógicos y de administración.

Así, los problemas de gestión para los diferentes niveles que plantearon la municipalización y la privatización, con mucho vinieron a traer dilemas tan graves como los que pretendieron resolver. En el nivel municipal esto se hace patente dada la heterogeneidad estructural de los mismos; es muy distinto el municipio de Santiago, de gran cantidad de población y recursos, del municipio de Empedrado (VII Región), mucho más pobre y pequeño. Cuando el Estado a través del Ministerio en sus diferentes niveles trata con ellos, lo hace con entidades muy diferentes.

Los municipios han generado una diáspora de soluciones para desarrollar la gestión, no contando objetivamente con la ayuda de entes de asesoría técnica que hayan realizado adecuadamente el traspaso de la función.

- \* Un aspecto que es central dentro del acápite anterior es el de financiamiento; lo tratamos aparte debido a su importancia no sólo en el presente sino histórica.

Para los descentralistas, es probablemente aquí donde se está jugando la descentralización. Si recordamos el mecanismo de asignación de recursos para la educación a los municipios, veremos que sufrió una merma significativa a partir de 1982 debido a su desindexación. Así, durante la década los recursos públicos invertidos en educación cayeron en forma significativa (19% entre los años 1982 y 1986), con las consiguientes dificultades.

Particularmente los municipios sufrieron serios déficit (el problema se arrastra hasta la actualidad), ante lo cual hubo que adicionar nuevos recursos del Estado. Los particulares pudieron asumir las bajas de los recursos por la vía de bajar los costos (de los salarios principalmente); en el caso de los municipios sujetos a condiciones de mayor rigidez, tuvieron que resolver el problema mediante la reorientación de los recursos propios para poder financiar la tarea educacional y cuando ello ya no fue posible por medio de despidos masivos y cierre de establecimientos educativos.

- \* La reforma emprendida ha permitido efectivamente una mayor participación de los privados en el sector educacional. Esto se puede observar en distintos sentidos:
  - i) Se produjo un crecimiento significativo de la oferta del sector privado que ha tenido consecuencias importantes en la matrícula, la que se mantiene estable en relación al total; ello habla de un sector que se consolidó y promete, por tanto, permanencia en el tiempo.
  - ii) Un segundo mecanismo de participación del sector privado está en la figura de las entidades empresariales (corporaciones), las que se han hecho cargo de establecimientos educativos de educación media vocacional (T-P) y aparentemente han sido una experiencia exitosa de vinculación educación-empresa.
  - iii) La introducción de algunos criterios de gestión empresarial y del mundo económico ha obligado a la apertura del mundo educacional, normalmente muy autorreferido a nuevas realidades en donde lo multisectorial juega un papel protagónico.
- \* En definitiva y en rigor lo que se realizó al traspasar los establecimientos educativos a los municipios no fue un acto de descentralización sino más bien de desconcentración. Se han dado argumentos para sostener esta afirmación en las páginas precedentes.

Basta recordar que el municipio en el régimen autoritario fue un aparato más de la cadena jerárquica del Estado<sup>31</sup>; sus autoridades no eran autónomas del poder central y los mecanismos y posibilidades de participación de la sociedad civil en cada localidad estaban limitados.

El verdadero examen para la descentralización comenzó con la democratización de los municipios y ello ocurrió muy recientemente en el año 1992. Es aún prematuro aventurar lo que

va a ocurrir con el proceso; lo que sí está claro es que los desafíos por delante son mayores, la descentralización que se inicia deberá superar obstáculos, muchos de los cuales son heredados de la experiencia de la década anterior.

Es evidente que hay que avanzar en el sentido de esta «megatendencia» que pone a la descentralización como una herramienta eje en el proceso de profundización de la democracia y la participación. Es un hecho que la educación de nuestros países se encuentra en una encrucijada que significa el cambio de muchas de las creencias y tradiciones largamente entronizadas.

Es por tanto manifiesto que asistimos a un momento particularmente desafiante y atractivo, el momento del encuentro de un viejo sistema que busca nuevas definiciones y rumbos - nuestra educación - con una vieja y no realizada aspiración. Que la construcción de las definiciones y cauces se haga con la participación de la comunidad, la realidad más concreta y cercana a las personas, eso y no otra cosa es la profundización de la democracia a través de la descentralización. Ambos, un sistema (el educativo) y un instrumento (la descentralización) con la finalidad última de contribuir al logro de una mejor calidad de vida de la población.

En las siguientes páginas observaremos el debate actual y futuras tendencias que se visualizan en el encuentro de estos dos «mundos».

## **LOS DESAFÍOS ACTUALES Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES**

### **La descentralización y desconcentración del Estado en la década de 1990**

El tema de la descentralización y desconcentración del aparato del Estado es sin duda uno de los puntos capitales de la agenda política de la década. Existe un proceso de carácter regional en América Latina, que pone en un lugar central de la modernización de los respectivos Estados a los procesos de transferencia de competencias desde el nivel central a los niveles subnacionales.

No hay duda de que «el centralismo, como modelo institucional y cultural, está cuestionado en la región. Esta herencia ibérica, surgida a su vez de la concepción francesa del Estado central, ha completado su ciclo de aceptación sin resistencias. Para ubicar con propiedad el desplazamiento de las preferencias de la opción centralizadora es adecuado atribuirlo primero al éxito del Estado central para conformar cada sociedad nacional y, en seguida, a los rendimientos decrecientes del modelo centralista para enfrentar los desafíos del presente»<sup>32</sup>.

Por lo tanto, nuestros países son parte de lo que se considera un proceso desencadenado por grandes «megatendencias», entre ellas «la nueva revolución científico-tecnológica. Ella afectaría a la esfera de la producción, de la información y del transporte, lo que acarrearía una nueva

geografía variable. Esa nueva geografía industrial posee algunas de las siguientes características: el reemplazo del modelo fordista, el fin del sindicalismo de grandes establecimientos, el reemplazo de los insumos de conocimientos por sobre los insumos tradicionales y la emergencia de estructuras industriales deslocalizadas, desconcentradas y, eventualmente, descentralizadas»<sup>33</sup>.

La descentralización como proceso responde a demandas de carácter global en relación con la modernización de nuestras sociedades y principalmente se la asocia en nuestros países con reformas de profundización de la democracia, como herramienta para asegurar de manera creciente la participación social. Sin embargo, además de este marco general que justifica la descentralización existe un conjunto de razones por las cuales hoy se considera importante emprender estos complejos y costosos procesos. Entre ellos mencionaremos los siguientes:

- \* La descentralización en nuestro continente ha tenido una diversidad de objetivos políticos. Es muy conocida la tesis que señala que en las circunstancias de crisis que vivieron nuestras sociedades en la década pasada el traspaso de cada vez más competencias a los niveles inferiores del aparato del Estado fue una forma de transferir «problemas»: transferir potenciales y graves conflictos sociales y políticos y transferir déficit crónicos del presupuesto público.

Si bien existe parte de verdad en esta afirmación que asocia la descentralización a una situación de crisis y más como un proceso de desintegración del Estado, ello no puede hacernos perder de vista que ésta es una posibilidad real de democratización. La descentralización vista como una efectiva herramienta democratizadora que permita perfeccionar los instrumentos de una democracia cada vez más participativa, que permita desde la base la existencia de mecanismos de resolución de conflictos entre los actores más directamente afectados, en definitiva, que se articule efectivamente en un entramado muy rico y variado de relaciones en donde sea posible la búsqueda de soluciones «consociativas» y la construcción de consensos que finalmente garanticen una mayor gobernabilidad de nuestras sociedades.

- \* Desde la perspectiva económica son también válidos los argumentos anteriores (construcción de consensos y la cooperación); a ello se agrega el hecho de que existe una clara tendencia a que el Estado transfiera cada vez más responsabilidades hacia otros agentes económicos, en particular al sector privado. Así se podrá abocar en mayor medida a los problemas claves del desarrollo (diseño de estrategias)<sup>34</sup>, generando las condiciones y los ámbitos para que actúen los otros agentes económicos.

También aparece como clave la capacidad del Estado para asegurar la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo al conjunto de las regiones, favoreciendo a través de nuevos instrumentos la descentralización de las políticas, particularmente las sociales, a las localidades de menor desarrollo.

Por último, el surgimiento de polos de desarrollo en el nivel local y regional, producto de la transferencia de mayores niveles de capacidad en el terreno económico, que en teoría propugna la descentralización, también contribuye a producir un proceso de sinergia y tensión dinamizadora entre las regiones con el centro, redundando esto último en mayores grados de desarrollo y mejor calidad de vida de la población en las diversas realidades geográficas.

- \* Dentro de los propósitos centrales de la descentralización de los aparatos públicos está la búsqueda de la eficiencia y eficacia de los servicios en la satisfacción de las necesidades sociales de los diferentes sectores. El supuesto detrás de esta afirmación es que en la medida en que se acerca la decisión a los problemas reales de la comunidad aumentará la capacidad de respuesta, ganando en velocidad, flexibilidad y pertinencia en relación con las necesidades reales de la población.

Disminuye el número de intermediarios del proceso de decisión, disminuye la burocracia necesaria para enfrentar los problemas (esto no se traduce por fuerza en menos personal), disminuyen por tanto los costos y aumenta la responsabilidad de los usuarios y de los que toman las decisiones en cuanto a hallar soluciones, lo que origina un mayor y mejor control de las políticas.

Por otra parte, se observa la tendencia a la existencia de organizaciones más pequeñas y con menos niveles de decisión, que sean capaces en mayor medida de enfrentar un mundo cada vez más interconectado y en rápido cambio, en donde la capacidad de adaptación veloz es esencial para la supervivencia de las instituciones.

Todas las virtudes descritas en relación con la descentralización tendrían que ser mediatizadas; al parecer, ella hace más eficiente un servicio, lo que depende «en gran medida de la composición entre tecnología y trabajo humano directo que implique un servicio y el espacio geográfico que exija la producción y distribución del mismo. Es así que la educación y los servicios de salud básicos, dada su baja tecnología, la importancia relativa del factor humano frente a la tecnología y la baja cobertura por cada factor de producción (alumnos por profesor, familias por médico) se prestan para ser descentralizados, mejorando significativamente las posibilidades de control y participación de los usuarios»<sup>35</sup>.

De ese modo, los servicios de alta tecnología serían más difícilmente descentralizables; incluso dentro de los mencionados no todo lo será, ya que pueden existir prestaciones de alta complejidad tecnológica que no se puedan descentralizar.

#### **La región y el municipio, protagonistas en la ejecución de las políticas sociales**

Aunque en nuestra región se han desarrollado diversas formas de organización del Estado, Estados unitarios y federales, un diagnóstico es común: el excesivo centralismo.

« La centralización es contemplada hoy como un problema por gran parte de los países latinoamericanos que perciben los procesos centralizados y concentrados como mecanismos globales que han llegado a ser ineficientes e inequitativos. Su ineficiencia se refiere a la sobrecarga de información en la cúspide del sistema, que dificulta la decisión más selectiva, atendiendo las necesidades de las subcolectividades espaciales. Su inequidad deriva de los efectos diferenciales que provoca la decisión, los que consolidan las desigualdades entre las subcolectividades que componen el Estado (regiones, provincias, comunas, etc.).»<sup>36</sup>

Países de Estado unitario como Chile y Uruguay, o federales como Argentina y México, han emprendido el camino de la descentralización con grados variables de éxito y desde diversas vertientes ideológicas. Una de las preguntas clave durante el desarrollo de dichos procesos es en qué y desde qué unidades histórico-geográficas construir el nuevo diseño del Estado.

En el caso de Chile la opción ha sido por la conformación de dos subniveles, que poseen grados importantes de arraigo histórico: la región y la comuna (municipio).

#### a) La región

La región se entiende como una subdivisión territorial del Estado y como un espacio histórico-geográfico de cierta magnitud que hace viable la realización de las políticas sociales no atomizadas que conservan cierta coherencia con el esfuerzo nacional.

La regionalización como proceso pretende producir una progresiva desconcentración, no tan sólo en los poderes de decisión, sino que y principalmente, en el conjunto de las actividades del aparato del Estado, con la finalidad que el país se desarrolle como un todo con el aporte específico de cada zona o región que lo conforma.

En reciente trabajo, R. Allard destaca en relación con la evolución de la regionalización en el país « Este proceso ha tenido una evolución que se completó con la reforma al Capítulo XIII de la Constitución Política de 1980 y a la dictación, en 1993, de la Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional. Esta última, según la autoridad de Gobierno, « da un nuevo impulso al proceso de regionalización, apoyado esta vez en una concepción que considera el desarrollo paralelo de la descentralización y la desconcentración de funciones administrativas». Con esta legislación, se buscó «profundizar el sistema democrático, al ampliar la participación ciudadana a los ámbitos de la generación de las autoridades de los distintos niveles territoriales»<sup>37</sup>

El cuerpo legal (Ley Orgánica Constitucional sobre el Gobierno y Administración Regional / Ley 19.175)<sup>38</sup> aunque no crea a la región como un ente administrativo (paso definitivo de descentralización según algunos autores en el campo), crea la figura del gobierno regional, la que queda a medio camino entre un proceso de desconcentración y descentralización. En su articulado, al referirse al punto (artículo 13), la ley señala:

«La administración superior de cada región del país estará radicada en un gobierno regional, que tendrá como objeto el desarrollo social, cultural y económico de ella.

Para el ejercicio de sus funciones los gobiernos regionales gozarán de personalidad jurídica de derecho público, tendrán patrimonio público y estarán investidos de las atribuciones que la ley les confiere».

La legislación separa el gobierno interior (de dependencia directa del gobierno central) y crea la figura del gobierno regional (con mayor autonomía); este tipo de distinción se denomina normalmente, descentralización funcional (hay que hacer notar que sobre el concepto existe polémica entre los expertos). Es bueno recordar que la máxima autoridad de la región, el Intendente Regional, depende jerárquicamente del presidente de la República y es nombrado y removido por éste.

El gobierno regional tiene una serie de funciones, de entre las cuales nos referiremos a las vinculadas a las materias de desarrollo social y cultural<sup>39</sup>.

« Establecer prioridades regionales para la erradicación de la pobreza, haciéndolas compatibles con las políticas nacionales sobre la materia.

Participar, en coordinación con las autoridades competentes, en acciones destinadas a facilitar el acceso de la población de escasos recursos o que viva en lugares aislados, a beneficios y programas en el ámbito de la salud, educación y cultura, vivienda, seguridad social, deportes y recreación y asistencia judicial.

Determinar la pertinencia de los proyectos de inversión que sean sometidos a la consideración del consejo regional<sup>40</sup>, teniendo en cuenta las evaluaciones de impacto ambiental y social que se efectúen de conformidad a la normativa aplicable.

Distribuir entre las municipalidades de la región los recursos para el financiamiento de beneficios y programas sociales administrados por éstas, en virtud de las atribuciones que les otorgue la ley.

Realizar estudios relacionados con las condiciones, nivel y calidad de vida de los habitantes de la región.

Finalmente, fomentar las expresiones culturales, cautelar el patrimonio histórico, artístico y cultural de la región, incluidos los monumentos nacionales, y velar por la protección y el desarrollo de las etnias originarias».

En relación con las atribuciones del gobierno regional, se puede destacar que estos podrán:  
i) convenir con los respectivos Ministerios programas de inversión por medio del FNDR<sup>41</sup>; ii)

aplicar políticas definidas en el marco de la estrategia regional de desarrollo; iii) formular y priorizar proyectos de inversión social y también cuando corresponda evaluarlos; iv) proponer criterios para la distribución (y distribuir cuando corresponda) subvenciones a los programas sociales (en acuerdo con la normativa nacional).

Es aún muy temprano para evaluar el impacto de estas reformas institucionales de reciente data, pero no cabe duda de que el paisaje político-administrativo de Chile se encuentra en plena reinención. Como siempre, su éxito o fracaso se probará en la práctica, en donde se verá la verdadera voluntad política del Estado central para transferir atribuciones que hasta hoy le eran privativas<sup>42</sup>.

En todo caso este punto es tema central del actual debate político en Chile. Así, en el programa del actual gobierno presidido por don Eduardo Frei R-T, la regionalización aparece como una de las prioridades.

« La descentralización, el desarrollo de las regiones y el fortalecimiento del municipio son objetivos fundamentales del próximo gobierno de la Concertación. La descentralización responde a la profunda convicción de que ésta es necesaria para el perfeccionamiento de la democracia y la participación ciudadana así como para avanzar en el desarrollo económico y social del país en la lucha para superar la pobreza»<sup>43</sup>.

#### b) El municipio, lugar de la descentralización

« El municipio en la región está adquiriendo una gran relevancia por considerarse como el espacio ideal para ciertos servicios públicos. Algunos países como Colombia han adoptado como modalidad de descentralización la municipal, convirtiendo al municipio en la célula básica de la estructura del Estado, en cuanto a la administración, financiamiento y control de la prestación de servicios básicos que requiere la comunidad, de manera que el conjunto de atribuciones que la ley les asigna confiere a éstos el control efectivo de casi la totalidad de las actividades básicas que afectan a la vida cotidiana de sus habitantes. Un lugar privilegiado ha adquirido también el municipio en Chile a través de lo que se ha denominado municipalización de los servicios básicos»<sup>44</sup> (salud y educación).

Los municipios, antes con una larga historia en nuestras naciones, han permanecido por mucho tiempo olvidados y abandonados. Sin embargo, los actuales esfuerzos descentralizadores los ponen en el centro del nuevo diseño institucional. Es más, el municipio es entendido como el instrumento privilegiado promotor del desarrollo local y órgano ejecutor de las políticas sociales descentralizadas.

No obstante, al hablar del municipio no nos referimos a una realidad homogénea, ya que existen de todos los tamaños, con diversos grados de desarrollo y aislamiento geográfico, etc<sup>45</sup>. Asumimos pues la necesidad de definir a este ente diverso y heterogéneo.

El municipio puede ser entendido como «la unidad político-administrativa básica en que subdivide el territorio de un país, que en su definición técnica debe tener cobertura territorial y poblacional necesaria para organizar económicamente la prestación de servicios públicos domiciliarios y los servicios sociales básicos, además de regular el uso del espacio público y las relaciones de convivencia ciudadana, y en su definición política es el espacio físico y social en el cual se operativizan las formas de la democracia directa y participativa, la autonomía y el poder local». (Definición tomada de I. Jaramillo y C. Vollmer, *La descentralización, los municipios y los SILOS*)

Esta definición es útil, pues para los efectos del presente estudio, queremos analizar con énfasis una de las funciones que estos organismos desarrollan: la prestación de los servicios sociales básicos.

En el caso chileno esta función la realizan como una función compartida, entendida ésta como aquellas que no son privativas del municipio y se llevan a cabo directamente o con otros órganos de la administración del Estado.

Las municipalidades<sup>46</sup> administran hoy 6.269 de un total de 9.773 establecimientos educacionales, con una matrícula de 1.721.375 alumnos, que representan un 57,7% del total. El mecanismo de financiación ha sido la subvención escolar estatal y recientemente para los liceos de educación media se ha abierto la posibilidad de financiamiento compartido que hace posible la colaboración de los padres, además de la subvención que aporta el Estado<sup>47</sup>. (El análisis de ambos puntos corresponde a otra sección).

Se desprende de los datos mostrados (Cuadro N° 5) que el actual aporte estatal (Estado central) es, en forma creciente<sup>48</sup>, complementado con recursos propios de los municipios. No siendo este fenómeno negativo en sí, ha sido fuente permanente de tensiones entre los municipios y el Ministerio del ramo, dado que los primeros consideran estos gastos como una sobrecarga que les impide invertir en otras prioridades.

**Cuadro N° 5**  
**Composición del Gasto Municipal en Educación**

	1990		1991	
	M\$	%	M\$	%
Subvenciones	99.362.872	(85.9)	104.396.293	(85.2)
Transfer. Municipales	13.363.467	(11.5)	15.181.531	(12.4)
Otros	3.035.920	(2.6)	3.017.611	(2.5)
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>115.962.259</b>	<b>(100.0)</b>	<b>122.595.435</b>	<b>(100.0)</b>

Fuente: Ministerio del Interior, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

Si seguimos la tendencia actual el municipio juega un papel cada vez más protagónico en la gestión del sistema educativo y de acuerdo con la Ley Orgánica Constitucional N° 19.130, reformada recientemente en marzo de 1992, se ha logrado cumplir con uno de los requisitos, es decir, convertirlos en instituciones con grados altos de autonomía: la elección por sufragio universal de sus autoridades (junio de 1992).

#### El diagnóstico y programa educativo de la década de 1990

Hemos analizado las tendencias que van a dominar el campo de la transformación estatal durante la década del 90. Consideramos pertinente ahora observar los cambios que se avizoran en el ámbito educacional, porque a nuestro juicio es claro que presenciaremos el encuentro de dos procesos, con trayectorias muchas veces paralelas y que sin duda durante estos años se encontrarán con una intensidad aún mayor de la que hemos conocido.

##### a) El diagnóstico

Al iniciarse la década de 1990, la educación chilena prácticamente había logrado uno de los objetivos históricos del sistema: conseguir la plena cobertura y acceso al nivel básico, como también una muy alta cobertura para la educación media. Simultáneamente con ello se encontraba ensayando un proceso de reestructuración de la gestión institucional.

Se puede afirmar con bastante certeza que el problema de cobertura del sistema dejó de ser el problema principal del programa educativo <sup>49</sup>. Si miramos el siguiente cuadro (N° 6):

**Cuadro N° 6**  
**Cobertura Educación Pre-básica, Básica y Media**  
**por quintil de ingreso per-cápita**

Quintiles de Ingreso Pre-Básica	Cobertura Educación Básica	Cobertura Educación Media	Cobertura Educación
1	19,4	95,7	73,4
2	21,1	97,7	77,5
3	23,4	97,4	81,8
4	28,0	98,4	87,7
5	43,1	99,3	96,9
<b>TOTAL</b>	<b>24,2</b>	<b>97,3</b>	<b>81,9</b>

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 1992

Como se observa, el hecho de que el problema de cobertura no sea el principal no implica que el acceso de todos los sectores a la educación esté plenamente logrado. Aún es baja la cobertura de atención a los niños preescolares (por la aplicación de políticas de aumento de cobertura entre 1990 y 1994, se logró elevar la misma desde un 21 a un 24% de la población de la edad); ella sólo se concentra en los niños de 5 a 6 años, con una clara exclusión de los niños rurales y de sectores urbano-marginales. También en la educación básica subsisten problemas de repitencia y deserción (los que van íntimamente ligados) en los niños de pobreza extrema, y para la educación media los diferenciales según la extracción económica son aún significativos, aunque hubo un crecimiento muy fuerte en la oferta en las décadas precedentes a 1980<sup>50</sup>. En todo caso, el crecimiento de la cobertura de la educación media ha sido desequilibrado, dándose grandes diferencias entre las modalidades actualmente existentes - la humanístico-científica y la técnico-profesional - que por otro lado se cuestiona si deben seguir existiendo como tales.

Si bien los problemas de cobertura, en líneas gruesas, en los niveles básico y medio se encontraban en gran parte resueltos, la dificultad se presenta en lo que ocurre al interior de las escuelas y liceos en relación con los niveles de aprendizaje de los niños y jóvenes y en la equidad en que se distribuyen los saberes. Estos son lo que en el sector educacional se denominan problemas de segunda generación.

Estimaciones objetivas realizadas por el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación de nivel básico (SIMCE), aplicado desde el año 88, al evaluar el logro de los objetivos académicos en los alumnos de cuartos y octavos básicos, arrojan resultados que en promedios nacionales no superan porcentajes deseables en las asignaturas básicas (castellano y matemáticas). Por otro lado, se encuentra en sus inicios la aplicación de un instrumento equivalente para la educación media, y los primeros resultados son igualmente o más alarmantes que los de educación básica. En resumen, existe un grave déficit de calidad en la educación chilena.

**Cuadro N° 7 / Resultados SIMCE**

	1988		1990		1992	
	Castellano	Matemát	Castellano	Matemát	Castellano	Matemát
Promedio						
Nacional	54,20	51,80	61,20	60,10	68,00	67,30
Municipal	50,20	48,30	57,20	56,20	64,00	63,70
Part.						
Subvencionado	58,00	54,70	64,60	63,20	70,70	69,60
Part. Pagado	79,00	73,30	80,00	80,10	86,80	85,30

Fuente: SIMCE, Ministerio de Educación

Nota aparte merece la situación de la educación media, a la que se considera en una grave y profunda crisis. Es consenso en amplios círculos que este nivel de enseñanza requiere una reforma profunda que la afecte en su integridad y que le permita verdaderamente ser una contribución al desarrollo del país. Una frase simple encierra todo el drama: «no se puede hacer más de lo mismo» si se quiere una educación media acorde con las demandas de la sociedad y de los tiempos.

Un hecho que revela lo mismo es que importantes contingentes de jóvenes no tienen alternativa, sea porque no logran terminar el nivel de enseñanza media (E.M.) o porque, si lo terminan, sus posibilidades de trabajo son escasas debido a su falta de capacitación para desempeñar alguna labor. En nuestra actual realidad, son muchos los jóvenes que cursan la enseñanza media como su educación terminal y ésta no los capacita para ningún tipo de trabajo; ello se refleja en el hecho de que el mayor porcentaje de desempleados se encuentra entre los jóvenes que desertaron o están recién egresados de la educación Media (aprox. el 50% de la tasa de desempleo se explica por desempleo juvenil).

En relación con el currículum, la «flexibilización» y el ejercicio de la libertad curricular hasta ahora ejercidos no han contribuido al aumento de la calidad y equidad, sino más bien han sido un nuevo elemento de desigualdad de la oferta educacional. El currículum en Chile aún está fuertemente centralizado<sup>51</sup> y uniformado y no da cuenta de las especificidades regionales y locales. Son escasos los establecimientos que experimentan con propuestas nuevas<sup>52</sup> y normalmente corresponden a establecimientos particulares pagados. El currículum existente por otra parte no responde a las necesidades del desarrollo del conocimiento ni de los requerimientos de la inserción de Chile en la modernidad.

Se han acumulado datos respecto de las prácticas pedagógicas del profesorado. Ellas favorecen el aprendizaje libresco y memorístico por sobre el aprendizaje autónomo y el desarrollo de aptitudes cognitivas superiores<sup>53</sup>. También se puede señalar que la capacidad de toma de decisiones pedagógicas autónomas y contextualizadas por el profesorado son restringidas y que predomina el estilo «funcionario» y verticalista.

A todos estos problemas de calidad de la educación se agrega la inequidad en la distribución del saber. La educación de más baja calidad para los sectores más pobres: normalmente ésta es la educación municipal<sup>54</sup>. Es cosa de observar los resultados de los sistemas de medición de calidad nacionales (SIMCE) para constatar que los resultados de los establecimientos dependientes de las municipalidades son sistemáticamente inferiores a los de otro tipo de establecimiento (particulares subvencionados y particulares pagados). A lo anterior es necesario hacer una precisión, pues a la constatación del hecho se le utiliza como argumento para demostrar per-se que las escuelas particulares subvencionadas son más «efectivas» que las municipales ya que obtienen mejores resultados. Esta afirmación no corresponde a la realidad, estudios más finos<sup>55</sup> que observan rendimientos de la población escolar de igual situación socioeconómica atendidas por distinto tipo

de escuela (municipal/particular subvencionadas) comprueban que los resultados obtenidos por los alumnos son prácticamente iguales, en rigor, la variable que más estaría incidiendo en los resultados de los niños sería su situación socioeconómica, siendo poco relevante el efecto del tipo de administración de los establecimientos.

Otro hecho que agravó la situación de la educación fue la fuerte caída de la inversión en el sector en la década de 1980<sup>56</sup>, que perjudicó los programas asistenciales, los salarios del profesorado, la matrícula en modalidades de la educación que atienden preferentemente a sectores sociodeprivados, en particular a la educación municipal. La recuperación del gasto se ha iniciado a partir de 1990; sin embargo, la pérdida fue tan significativa que aún no se recupera en plenitud (en 1992 representa el 3,19% PGB). Se pretende ahora, llegar a una cifra de 7% del producto<sup>57</sup> en el plazo de ocho años (2002).

También hay que enfrentar los resultados del proceso de municipalización y privatización descritos en páginas anteriores (contexto autoritario); como se recordará, afectó gravemente al magisterio. Fue hecho con escasa o nula participación de la comunidad y las dificultades de financiamiento lo transformaron en un foco permanente de problemas.

Desde la actual política se recuerda «Por otra parte, junto con las modernizaciones impostergables en materia de la administración del sistema escolar, han creado serios problemas de gestión. La dirección que se dio a la descentralización educacional, en nombre de la libertad de enseñanza, llevó a un proceso gradual de privatización del sistema escolar. Ha aumentado fuertemente la proporción de establecimientos educacionales sostenidos por particulares. Pero ello ha sido posible en principal medida gracias al subsidio estatal. Muchos de los establecimientos privados subvencionados han preferido concentrar su oferta educativa en los sectores urbanos y particularmente en la Región Metropolitana y parte importante de ellos ha basado su rentabilidad en las bajas remuneraciones de sus educadores y en la inestabilidad laboral a que los condujo el libre mercado docente que, hasta 1987, no tenía regulaciones legales específicas»<sup>58</sup>.

#### **b) La agenda**

Los temas de la modernización educacional para la década son: i) el mejoramiento de la calidad de la educación; ii) la búsqueda de una mayor equidad en la distribución del saber que las instituciones escolares ofrecen; iii) asegurar la participación del conjunto de la sociedad en la tarea educativa, convirtiéndola efectivamente en una tarea nacional; iv) descentralizar la gestión educacional, aumentando la eficiencia del sistema y fortaleciendo la autonomía en sus diferentes niveles, principalmente en las escuelas; v) la elaboración de estrategias de mejoramiento abiertas a la participación y la formulación de iniciativas desde la base del sistema, no imponiendo un modelo desde el centro.

- \* El mejoramiento de la calidad de la educación, lo que supone situar al centro de la preocupación pública el saber transmitido por las instituciones educacionales, los lenguajes a que ellas dan acceso y su pertinencia y significación social. Esto comprende, entre otros factores, la eficacia en la acción de las personas, su capacidad para asumir sus responsabilidades en el desarrollo político democrático y su aptitud para adecuarse reflexivamente a las condiciones culturales, económicas y técnicas de la modernidad.

La consolidación y profundización de la democracia en un mundo cada vez más complejo y diverso obliga a que nuestros niños y jóvenes «practiquen una real ciudadanía»<sup>59</sup>, la que comprende su participación en todos los ámbitos del quehacer social, la práctica de los derechos humanos, la vivencia en el conjunto de sus interacciones sociales en la comunidad local, a nivel regional o nacional, de relaciones de equilibrio e igualdad, de mútuo respeto y de responsabilidad.

Por otro lado, en un mundo con una economía universalizada y abierta, donde el elemento clave es la capacidad competitiva, ya no de las empresas sino de cada país, se requiere la incorporación de más inteligencia y creatividad a los productos que se exportan. «La educación y su vinculación con la producción y el progreso técnico pasan a ser centrales, no sólo en cada sector, sino que para la estrategia de desarrollo en su conjunto»<sup>60</sup>.

Para la modernización real del país, se hace necesario el acceso de cada vez más personas a los códigos de la modernidad. Tanto la profundización de la democracia como el desarrollo económico necesitan personas con un vasto repertorio de conocimientos, competencias, capacidades, aptitudes, actitudes y valores que el actual sistema no forma o lo hace de una manera deficiente. De allí que el objetivo de elevar la calidad de la educación para nuestro país sea primera prioridad durante lo que queda de esta década.

- \* El mejoramiento de la equidad implica que no es posible una educación de calidad para unos pocos; no es sólo un problema ético a resolver, tiene que ver también con la viabilidad del desarrollo de un país al ingresar al tercer milenio. Es tarea de la década buscar una real igualdad de oportunidades de tal modo que las personas reciban una educación que les asegure su inserción en la sociedad en forma plena, como ciudadanos e individuos productivos y creativos.

Se debería buscar el logro de crecientes niveles de equidad en la distribución del saber que organicen y transmitan las instituciones escolares. De este modo se pueden superar las desigualdades sociales y étnicas y evitar las discriminaciones basadas en el sexo de la persona en la oferta de calidad de las oportunidades educativas, dándose especial atención a los sectores marginados, urbanos y rurales. El propósito, se señala, es organizar la educación de modo que considere las diferencias en recursos culturales de los grupos que ingresan a ella, produciendo así resultados similares a partir de las diferencias iniciales de los niños y jóvenes (discriminación positiva).

- \* Asegurar la participación de todos los sectores, y promover con una estrategia de diseño abierto iniciativas de mejora desde la base del sistema. Ello se consigue aceptando que ya no es aplicable lo que tradicionalmente se conoció en América Latina como reformas educativas, normalmente hechas centralizadamente, con un diseño preestablecido, el que era transmitido e implantado a todo el sistema. Como bien se ha dicho: «Las nuevas condiciones de acelerada acumulación de nuevos conocimientos, los cambios tecnológicos incesantes y la rapidez con que evolucionan el mercado de empleo y las condiciones sociales desaconsejan diseños rígidos de futuro. Las reformas en la región han sido propuestas cerradas, que no tienen en consideración la velocidad y profundidad de los cambios que ocurren en todas las esferas. Más aún, muchas de las reformas se han hecho sin el debido debate en la sociedad y sin contar con el respaldo social que las dinamice y haga perdurables»<sup>61</sup>.

Según este argumento pareciera estratégica la formulación de un «Proyecto Educativo Nacional», que sea fruto de los consensos de base que la sociedad tiene en estas materias. Debe existir una política de Estado en educación, resultante de un debate nacional participativo, que considere a todos los actores relevantes. Estos prefigurarán las líneas gruesas de un proyecto que trascienda los límites temporales de una administración determinada.

Un diseño flexible y abierto, construido sobre la base de voluntad política, supuestos teóricos, bases materiales y financieras científico-técnicas y orgánico-administrativas adecuadas es posible en Chile, ya que se ha salido de un período de fuertes fracturas y diferencias y existe la voluntad y el acuerdo para buscar soluciones compartidas a los problemas que aquejan al sistema educacional.

Esta agenda válida para Chile es en gran medida común al resto del continente. Muchos países de la región han emprendido hoy el diseño y ejecución de políticas que apuntan a producir cambios en la calidad y equidad de los respectivos sistemas educativos.

#### La descentralización de la educación: una necesidad

La descentralización de la gestión educativa también es materia de debate en América Latina. En la actualidad nos encontramos en presencia de un proceso de extensión de dicha forma de gestión como una solución a los múltiples problemas de nuestros sistemas educacionales.

Así, se propone desde las tesis de la CEPAL la necesidad de una reforma institucional del sector educativo y ello implica que «la estrategia propuesta supone una reorganización de la gestión educativa orientada por una parte a descentralizar y dar mayor autonomía a las escuelas y otros centros educacionales y, por otra, a integrarlos a un marco común de objetivos tácticos, ya que ésta es la única forma en que la educación podrá contribuir a fortalecer la cohesión de sociedades crecientemente segmentadas»<sup>62</sup>.

El aumento de la autonomía de las escuelas así como el objetivo de una integración que permita grados altos de flexibilidad al conjunto del sistema educativo son dos caras del mismo proceso: el esfuerzo descentralizador. Se asegura que en el caso de la educación, por tratarse de una megaestructura que funciona a través de miles de unidades pequeñas, las escuelas, se cuenta con las condiciones para administrarse con gran agilidad y flexibilidad.

La rigidez y uniformidad actual de los sistemas educacionales pueden ser modificadas y es necesario que lo sean si se quiere la real modernización de la educación, que permita que cada escuela se encuentre en sintonía con las demandas y desafíos externos de la sociedad y el aparato productivo.

En definitiva lo que se busca «es que la autonomía y la gestión en común del proyecto educativo a nivel de cada unidad del sistema generan nuevas condiciones internas de trabajo. La estrategia propuesta debe hacer posible la creación de establecimientos integrados, donde efectivamente se trabaje en equipo y se compartan responsabilidades y desafíos»<sup>63</sup>.

La estrategia de descentralización, entendida como la ganancia de competencias y aptitudes nuevas de las escuelas, visión que se consolida al interior del sector educacional, se encuentra dentro de una tendencia mayor de descentralización del Estado. Ambos procesos se encuentran con singular fuerza en el Municipio; éste es el espacio privilegiado donde se desarrolla el proceso descentralizador y el nivel más cercano en la cotidianidad con las escuelas, que a su vez son el espacio privilegiado del cambio educativo.

Por lo tanto, elevar la capacidad de gestión de las escuelas para mejorar la calidad de la educación es impensable sin el aumento de la capacidad administrativa e institucional en todo el sistema educacional, en particular del municipio. «La eficacia de las escuelas exige una administración escolar eficaz; esta última necesita a su vez el apoyo de organizaciones nacionales e intermedias bien desarrolladas que proporcionen la dirección y los recursos necesarios para que las escuelas puedan traducir las políticas en acción en el nivel donde tienen lugar la enseñanza y el aprendizaje»<sup>64</sup>.

Por consiguiente, se requiere el fortalecimiento institucional del sector educativo y ello, según los mismos autores citados anteriormente, exige abordar tres problemas: «a) las estructuras orgánicas ineficaces, b) la capacidad administrativa no desarrollada, y c) los sistemas de información deficientes». Todos y cada uno de estos aspectos están íntimamente ligados con el proceso descentralizador.

Un centro con nueva capacidad de diseño y fuerte liderazgo en el sector, un nivel intermedio (la región y el municipio) con nueva capacidad de gestión y las escuelas cada vez más autónomas, con sentido y misión, con sus propios proyectos educativos, con docentes directivos con fuerte

liderazgo pedagógico, haciéndose responsables por los resultados del proceso escolar y los procesos de enseñanza y aprendizaje de los niños, son las metas a alcanzar en este esfuerzo de fortalecimiento y descentralización institucional del sistema educacional.

Los conceptos fundamentales de la descentralización y la desconcentración educativa

a) El papel del Estado en la educación

Pareciera claro que nuestras sociedades avanzan hacia la redefinición del papel del Estado en educación. Uno de los elementos de esa redefinición es convertir la tarea educativa en una responsabilidad social que incluye al Estado como un actor no exclusivo del proceso.

Asistimos a un cambio de paradigma respecto de lo que ha sido el papel del Estado en lo educativo:

«La reflexión prospectiva sobre el papel del Estado en el desarrollo de la educación puede no ser fructífera sin caer en un círculo vicioso, si se sigue considerando a aquél como un cuerpo separado, superpuesto a la sociedad, del que se exige y el que pretende hacer prácticamente todo en este terreno. Por el contrario, ese papel puede ser mejor y más pertinentemente visualizado si se le sitúa en el contexto más amplio de la distribución social de responsabilidades y actuaciones en el desarrollo de la educación. Ello supone en el fondo, moverse desde el concepto y la práctica del Estado docente al paradigma de la sociedad educativa.

La concepción y la práctica del Estado docente, heredada del siglo XIX y prevaleciente todavía, confiere al Estado la totalidad de la responsabilidad en materia de educación, en una especie de delegación o transferencia por parte de la sociedad de la función educativa, que aquél ejerce mediante un poder central, verticalmente jerarquizado y con sus propias estructuras y recursos.

El concepto de sociedad educativa rescata la responsabilidad y función de la comunidad nacional en su conjunto en el desarrollo de la educación, dentro de la cual el Estado tiene un papel indispensable e irrenunciable como orientador, regulador y como agente articulador de su propia acción con la que están llamados a desempeñar, con contenido y grados diferentes de compromiso, diversas instituciones y actores que configuran la organización social, tales como la familia, las comunidades locales, las organizaciones políticas y gremiales, los diversos sectores de la producción, los medios de comunicación, la iglesia, etc.»

Este mismo autor señala que en la sociedad educativa, sobre todo en nuestros países donde normalmente escasean los recursos, será fundamental para complementar el esfuerzo tanto público como privado, del Estado y de la sociedad civil, buscando compatibilizar la búsqueda de la eficiencia con la equidad de la educación.

Una afirmación es que «Asistimos a una redefinición del papel de los diversos actores en educación, particularmente del Estado, y que esta redefinición se mueve en el sentido de convertir la educación en una responsabilidad de la sociedad toda, comprometiendo en la tarea educativa a todos los actores sociales, políticos, económicos y culturales».

Si se comparte en lo grueso que, efectivamente caminamos en la dirección descrita, daremos cuenta del hecho que se comienzan a plantear con fuerza desde distintas vertientes políticas e ideológicas los temas de la descentralización, la desconcentración, la privatización, etc.

Se busca el acercamiento de las decisiones a los actores en la base, la participación de los diversos agentes en educación (públicos y privados), se pretende en definitiva rediseñar el modelo de Estado que hemos conocido a la fecha. Dada necesariamente la diversidad de acepciones que cada uno de los conceptos antes señalados posee, es conveniente precisar el contenido y la forma en que los utilizamos, al menos nosotros. Para aproximarnos a estos conceptos utilizaremos diversas referencias para luego establecer nuestras propias aproximaciones a los mismos.

**b) La descentralización y desconcentración educativa**

- Una primera aproximación con énfasis en las consecuencias técnicas del proceso da cuenta de él, señalando:

«La descentralización es un proceso en donde las instituciones centrales de gobierno transfieren autoridad, responsabilidad o funciones a las unidades subnacionales de gobierno, o comparten tales atributos con ellas». (T. Morgan, *Panorámica conceptual de la descentralización*)<sup>65</sup>.

Se entiende como unidades subnacionales de gobierno a las instituciones de gobierno, ya sean oficinas operativas, entidades paraestatales, empresas del Estado u órganos políticos de nivel regional o municipal. Es clave en todo caso, en esta definición, la naturaleza de la legitimidad para ejercer autoridad de las autoridades de esas unidades subnacionales.

- Otra aproximación con énfasis en la dimensión política del proceso nos señala lo siguiente:

«El funcionamiento de una democracia moderna requiere el autogobierno local efectivo de comunidades de distinto tamaño. La complejidad que supone hoy en día la acción democrática de gobierno exige la delimitación dentro de cada país de una serie de comunidades más pequeñas que se autogobiermen en diferentes grados: municipios, departamentos, provincias, regiones, etc. El problema, por lo tanto, consiste en cómo lograr formas de autogobierno.

Esta perspectiva nos sitúa, por consiguiente, ante el problema de la distribución espacial del poder dentro de un Estado, y lo que la descentralización pretende es organizar un sistema de redistribución del poder democrático a partir del Estado (concebido éste como el Gobierno o la administración central) y en provecho de las comunidades locales». (D. Rufian y E. Palma, *La descentralización: problema contemporáneo en América Latina*.)<sup>66</sup>

No hay duda de que existen matices entre las definiciones; en primer lugar, la radical asociación del concepto a la capacidad de **autogobierno** que asume el ente al cual se transfieren las competencias (lo que normalmente estará asociado a la variable de espacialidad-descentralización territorial).

En otro terreno y sin el afán de complicar el panorama conceptual, también se pueden observar diferencias cuando se habla de los tipos de descentralización.

«La descentralización en el sector público puede ser entendida como la descentralización territorial o funcional.

- La descentralización territorial: se entiende como la distribución de competencias entre la nación o estado central y las entidades territoriales en que éste se subdivide, tales como son a nivel básico el municipio y a nivel intermedio o seccional los departamentos, estados o provincias.
- La descentralización funcional se entiende como la distribución de competencias entre el nivel central de la administración municipal, seccional o nacional y otras entidades creadas por aquéllas con personería jurídica y autonomía relativa, denominadas establecimientos públicos, empresas públicas o empresas mixtas» (I. Jaramillo y C.E. Vollmer, *La descentralización, los municipios y los SILOS*).<sup>67</sup>

«D. Rondinelli, por ejemplo, identifica cuatro tipos de descentralización: 1) la desconcentración, que envuelve la transferencia de tareas y trabajos a unidades subnacionales, pero sin transferir la toma de decisiones. 2) La delegación, que es el traslado del poder de toma de decisiones del nivel nacional al subnacional. Es preciso que esta autoridad delegada sea ejercida dentro del marco de trabajo establecido y que la última autoridad quede aún en el nivel nacional. 3) La devolución <sup>68</sup> (delegación de poderes), que es la transferencia de autoridad a las unidades autónomas que puedan actuar independientemente. 4) La privatización, que resulta cuando el gobierno contrata los servicios de organizaciones privadas para llevar a cabo funciones propiamente públicas».<sup>69</sup>

En esta última distinción, sin duda dificulta la comprensión el hecho de que no se distinga entre conceptos como descentralización y desconcentración, haciendo al primero inclusivo respecto del segundo, además del hecho, ya analizado, en cuanto a considerar la privatización un proceso descentralizador.

En general, los autores revisados distinguen entre descentralización y desconcentración; por esta última entienden « la distribución de competencias entre órganos o unidades de gestión de una misma entidad administrativa o persona jurídica. Por tanto, estos órganos o unidades de gestión son jerárquicamente subordinados política o administrativamente al poder central de estas entidades».

Normalmente este concepto está asociado a territorialidad, es decir, el Estado central desconcentra competencias en órganos cuyo ámbito de acción es un territorio determinado.

Por último, volviendo al concepto de la descentralización, según varios autores, ella al menos supone: i) traspaso de funciones desde el gobierno central a entes subnacionales, ii) que dichos entes tengan personería jurídica, iii) que sus autoridades tengan grados de autonomía suficiente que les permita actuar con independencia de la administración central, la que puede ejercer sobre sus actos sólo el control que le permite la legalidad. Algunos agregan que para que se dé efectivamente la última condición indicada (iii), es requisito que las autoridades de estos órganos sean generadas democráticamente.

Desde la mirada de expertos educativos, sin escaparnos de los conceptos de carácter general antes mencionados, se indica:

« La reducción del papel de los ministerios de educación centrales y el otorgamiento de mayor autoridad sobre las escuelas a los niveles inferiores de gobierno puede ocurrir de diversas maneras. Si el ministerio de educación nacional traspasa algunas funciones a sus dependencias regionales (o provinciales o locales), pero manteniendo siempre la autoridad global, se habla de desconcentración. En cambio si se transfiere algún grado de autoridad y responsabilidad a otras entidades (que no forman parte del ministerio central) o eventualmente a las escuelas o redes de escuelas en sí, el proceso se llama descentralización. La devolución (delegación de poderes) ocurre cuando se entrega la posesión completa de las escuelas a los niveles inferiores del gobierno, o al sector privado, y ello incluye la responsabilidad por la obtención de los ingresos y virtualmente el control total del proceso educativo». <sup>70</sup>

Otra aproximación define los conceptos de desconcentración y descentralización como:

« Por desconcentración se entiende la administración del sistema en que el Estado central delega determinadas funciones a entidades regionales o locales que dependen directamente de los ministerios centrales, pero manteniendo concentrado en su poder la toma de decisiones sobre todos los aspectos antes señalados y la facultad para otorgar, modificar o retirar atribuciones a los funcionarios de estas reparticiones o simplemente removerlos. La delegación de funciones operativas se hace a organismos que no son autónomos sino que están bajo la dependencia directa del poder central.

Por descentralización se entiende a aquella situación en la que diversas entidades regionales y locales (de gobierno o corporaciones autónomas) con grados significativos de autonomía, definen las formas propias en que se debiera organizar y administrar el sistema de educación pública en sus respectivas áreas. En la descentralización ya no hay sólo delegación de facultades operativas, sino también el ejercicio de un poder de decisión real sobre los aspectos importantes del manejo financiero, elaboración del curriculum local y la administración y gestión en zonas geográficas determinadas»<sup>71</sup>

En el debate educativo sobre el tema, existen definiciones que apuntan a conceptualizar la descentralización «como un problema de poder político» y que prestan mayor atención a las relaciones de poder entre los diversos grupos que tienen acceso a los recursos del Estado.

M. de Puelles indica respecto del concepto: «Su conceptualización no es difícil. Decimos comúnmente que una organización está centralizada cuando el poder de decisión se concentra en el corazón de la organización, formándose a partir de su núcleo básico una estructura piramidal, de arriba a abajo, donde los diversos escalones que la forman son instancias estrictamente ejecutivas. Por el contrario, se dice que estamos ante una organización descentralizada cuando el poder de decisión es compartido por uno o varios niveles de la organización. No obstante, para muchos autores la idea de la descentralización va ligada a la existencia de varias entidades territoriales que comparten decisiones con el centro, existiendo incluso una tendencia más exigente que une la descentralización a la autonomía local, es decir, al reconocimiento de poderes de decisión a las comunidades territoriales que constituyen el primer escalón de decisión -comunidades o municipios. Según esta concepción, para hablar de descentralización no bastaría con la existencia de un poder de decisión compartido por varios niveles de la organización, ni siquiera sería suficiente una distribución del poder de decisión entre el Estado y otros entes intermedios -llámense a estos estados federados, regiones, departamentos, comunidades autónomas, etc.- sino sería necesaria una cesión de poderes a las llamadas comunidades territoriales básicas-comunidades o municipios.»<sup>72</sup>

En todo caso recalca este mismo autor que el problema de la descentralización es un problema eminentemente político, es un problema ligado a la organización territorial del poder del Estado, de allí su alta sensibilidad y conflictividad a la hora de precisarlo.

Procesos de descentralización de vertientes ideológicas muy disímiles en América Latina se adscribirían a formas que asumen el énfasis antes señalado:

« - La nuclearización, que consiste en la agrupación a través de una red de servicios interrelacionados entre sí de las unidades escolares de un área determinada (caso peruano).

- La regionalización, que busca compatibilizar objetivos nacionales con objetivos regionales, presentando diversas formas en distintos países. En general, supone la transferencia de algunos órganos centrales a unidades administrativas regionales que ejecutan, pero que permanecen bajo la supervisión y coordinación de dichos órganos (caso costarricense).
- La municipalización, que pretende radicalizar la descentralización entregándole mayor autonomía a las comunas (caso chileno, brasileño).
- La privatización, que implica entregar a manos particulares la gestión del sistema educativo, dejando funciones mínimas en manos del Estado, como pueden ser las de reglamentación y control. El financiamiento se plantea en ese caso mediante bonos que se entregan a las familias o los establecimientos (casos chileno y salvadoreño)»<sup>73</sup>.

Para concluir, entonces, habiendo avizorado la complejidad del tema y entendiendo que ésta es una discusión abierta, trataremos de precisar los conceptos que al menos empleamos en este estudio.

**Por descentralización educativa vamos a entender:**

« La transferencia de competencias educativas del Estado central -las cuales las puede compartir - a entidades subnacionales de carácter territorial que posean una alta autonomía relativa del nivel central (sólo sujetos a la legalidad), que por tanto, poseen personería jurídica, administran recursos propios y generan, por algún mecanismo democrático, sus autoridades».

**Por desconcentración educativa vamos a entender:**

«La distribución de competencias educativas entre órganos o unidades de gestión de una misma entidad administrativa o persona jurídica del Estado central. Por tanto, estos órganos o unidades de gestión son jerárquicamente subordinados política o administrativamente al Estado central».

- La descentralización educativa funcional

Con una acepción más precisa utilizaremos el concepto de descentralización educativa funcional cuando se da que «a pesar que el ente en referencia posee personería jurídica y administra un presupuesto propio o participa en la asignación de los recursos que se le destinan, sus autoridades son jerárquicamente dependientes del poder estatal central».

Este concepto está a medio camino en el continuo descentralización-desconcentración, pues existe el ente (que es persona jurídica), pero sus autoridades dependen jerárquicamente de la autoridad central. En todo caso esta definición, a pesar de su dificultad, se empleará porque parece

de utilidad al considerar las dimensiones a descentralizar en educación, particularmente en el caso de las escuelas los aspectos pedagógicos ( éstas en Chile no son personas jurídicas) .

### **La privatización educativa**

« La transferencia de actividades educativas realizadas por órganos públicos a empresas o asociaciones de voluntariado sin fines de lucro u otro tipo de organismo de carácter no gubernamental».

La privatización es también un fenómeno ambiguo como parte de un proceso descentralizador. Más bien, tendemos a creer que éste cae en otra distinción, pues nos hace mucha fuerza el argumento que señala «Consecuencia de la privatización será una reducción de la administración pública en general, lo que no ocurre con la descentralización, en la que el poder de la administración simplemente se distribuye en diversas instancias de gobierno»<sup>74</sup>.

Pese a la fuerza del argumento, se hace necesario indicar que en el caso chileno la descentralización educacional está ligada por herencia histórica con el proceso de privatización, siendo este último una parte complementaria de la misma. Luego, y hecha esta aclaración, asumiremos como dato del problema que la privatización de la educación en Chile es parte del proceso de descentralización, y es muy difícil hacer la separación práctica de ambos fenómenos aunque conceptualmente con toda probabilidad se incurra en equívocos y en ambigüedades <sup>75</sup>.

#### **c) Las dimensiones a descentralizar y desconcentrar en la realidad educacional**

Vamos a distinguir para efectos de los análisis en las secciones posteriores las dimensiones que pueden ser descentralizadas (en sus dos acepciones) o desconcentradas indistintamente: i) la dimensión administrativa; ii) la dimensión económico-financiera y iii) la dimensión pedagógico-educativa.

- En la dimensión administrativa incluimos, entre otros, la planificación estratégica (diseño de misión), políticas y programas, la gestión y la práctica gerencial, la gestión de infraestructura y equipamiento, la gestión de los recursos humanos.
- En la dimensión económico-financiera incluimos, entre otros, las fuentes de los recursos, la administración de los recursos, el control del uso de los recursos.
- En la dimensión pedagógico-educativa incluimos, entre otros: el diseño curricular, el perfeccionamiento y la capacitación en el servicio, la elaboración de material didáctico, la generación de proyectos de mejoramiento pedagógico y la supervisión técnico-pedagógica.

En cada una de estas dimensiones se puede constatar la descentralización o centralización de un sistema educacional. Asumiendo que en cada caso real lo que se produce es un continuo centralización-descentralización y que no existen los tipos puros.

Para poder medir los grados de descentralización de las dimensiones antes señaladas se puede hacer preguntas tales como: i) ¿Quién determina la estructura del sistema escolar? (niveles, cursos, escolaridad obligatoria, requisitos para cada nivel); ii) ¿Quién establece y otorga las certificaciones?; iii) ¿Quién toma las decisiones curriculares? (objetivos, contenidos, métodos de enseñanza, evaluaciones, etc.); iv) ¿Quién controla y gestiona al personal docente y la planta física, quién financia el sistema? y v) ¿Quién controla y supervisa el funcionamiento del sistema?.

Es claro que en Chile se asocia «municipalización» con descentralización y es claro que a la dimensión administrativa y de gestión que está descentralizada, hay que incorporar las otras dimensiones, tal vez en un proceso que signifique pasar por etapas intermedias (ej. descentralización funcional de las escuelas).

En las próximas secciones de este documento analizaremos cada una de estas dimensiones, haciendo alguna prospectiva a partir de experiencias conocidas por los autores del estudio. Así también, al analizar cada dimensión, observaremos tensiones presentes del continuo centralización-descentralización.

## LA DIMENSION ADMINISTRATIVA Y DE GESTION DEL PROCESO

### Los desafíos y el ámbito - las circunstancias

Una manera de enfrentar los nuevos desafíos de las políticas en el sector de educación, principalmente los relacionados con el mejoramiento de la calidad y de la equidad de la oferta educativa financiada por el Estado, es contar con una gestión educacional eficaz. El principio de la descentralización de la gestión puede tener un papel decisivo en esta materia.

La velocidad de los cambios tecnológicos y sociales actuales, representados por la revolución de las comunicaciones, ha variado significativamente el entorno de los sistemas educacionales, haciéndolos altamente dinámicos. Una gestión moderna y descentralizada puede ser una herramienta capaz de superar estos nuevos desafíos, apoyando la relación del sistema con su medio, permitiendo su constante adaptación y dando así satisfacción a las cambiantes necesidades de la sociedad.

Cualquier intento de diseño y ejecución de políticas debe contar con un sector público con capacidad de gestión, ya que su legitimidad se basa, en gran medida, en dar respuestas satisfactorias y oportunas a las demandas y necesidades de la sociedad; ello reviste aún mayor importancia en el caso del sector de educación.

La modernización de la gestión pública en educación consiste básicamente en poner en práctica las grandes políticas educacionales que con sentido nacional definen la comunidad, evaluar los resultados y sustentar técnicamente la iniciativa de las unidades educativas; este proceso es necesariamente integral, es decir, deben abordarse los aspectos relacionados con la tecnología, los recursos humanos, los procedimientos, el clima y la cultura de organización.

En una gran cantidad de países en desarrollo, la administración de la educación no responde a las funciones que definen las nuevas políticas, ya que los modos de acción, la toma de decisiones y las estructuras de que se dispone, corresponden a lógicas centralistas del pasado, en las cuales los sistemas funcionaban sin considerar las realidades locales y presentaban graves carencias en planificación, diseño y evaluación de las políticas e incapacidad para procesar la información. No afrontar la modernización de la gestión en educación podría significar un serio gravamen, que disminuiría la racionalidad de la relación entre los fines o políticas del sector y sus resultados.

La descentralización no es una solución trivial a los problemas de gestión; el riesgo de un proceso mal llevado es mayor que los problemas ocasionados por modelos centralizados. La eficacia en la gestión de un sistema está asociada a una gran cantidad de características y depende en gran medida de las tradiciones y culturas de una organización o país que deben tomarse en consideración.

En general, se puede mencionar que la mayoría de los sistemas educacionales adolecen de tres fallas clásicas: a) estructura de organización ineficaz, b) escasa capacidad gerencial y c) sistemas de información inadecuados<sup>76</sup>. Son éstos los principales desafíos que se deben enfrentar de manera de acceder a una gestión más moderna, que acompañe y potencie un sistema descentralizado de gestión.

En este capítulo, analizaremos el caso de la descentralización de la gestión educacional llevada a cabo en Chile, para luego, presentar algunas propuestas del diseño de un sistema educacional moderno, en donde se cree un espacio de apoyo al proceso educacional, de manera de obtener mejores logros educativos que permitan el apoyo del sector al desarrollo socioeconómico y, por consiguiente, al aumento del bienestar de la población.

#### **Recapitulación de la municipalización y privatización desde la perspectiva de la gestión**

En las bases del proceso de descentralización y privatización efectuado en Chile estaban: (a) el traspaso la propiedad de las escuelas básicas y los liceos a las municipalidades (en comodato por 99 años), (b) la desregularización de los funcionarios docentes, que dejaron de ser empleados públicos, para pasar a ser empleados de los municipios, y (c) el fuerte incentivo económico para fomentar la participación de los privados en la gestión educacional.

Como resultado de este proceso, el gobierno central dejó su papel tradicional de principal administrador del sistema escolar, traspasando la administración de los establecimientos a los municipios y fomentando paralelamente la creación de establecimientos particulares subvencionados, que reciben el aporte estatal, pero son administrados por sus propietarios, denominado "sostenedores", modalidad vigente desde comienzos de la década de 1950.

El análisis efectuado por las autoridades de la época para emprender este proceso descentralizador y privatizador está basado en informes como el que se presenta a continuación:

"De acuerdo a las autoridades educacionales, este sistema altamente centralizado y burocrático presentaba varios problemas, a saber: (i) baja calidad educacional y baja eficiencia - como lo revelan los altos porcentajes de deserción y repetición escolar - como consecuencia de que los administradores de las escuelas no tenían incentivos para atraer y retener a los estudiantes; (ii) bajos sueldos de los profesores, debido a que la burocracia consumía gran parte del presupuesto; (iii) supervisión inadecuada de los administradores de las escuelas y de los profesores; (iv) programas de estudios rígidos o poco flexibles y no aptos para las necesidades locales, y (v) mínima participación de la comunidad en los asuntos escolares"

Las exigencias de acreditación para ser sostenedor eran bajas, las que unidas a una buena rentabilidad en los inicios hicieron que se allegaran al sector desde serias corporaciones con gran tradición y experiencia en administración de establecimientos educacionales, hasta personas con muy poca experiencia e idoneidad para ejercer esa función.<sup>78</sup>

La situación descrita se ve agravada con la competencia que comienzan a ejercer los establecimientos particulares subvencionados que, operando bajo reglas privadas, sin el marco rígido que significa operar desde el ámbito público, comienzan a ganar matrícula mediante el expediente de la selección de los mejores alumnos, pues es obligación de los municipios atender a aquéllos con mayores dificultades conductuales y de aprendizaje.

Este proceso también puede ser caracterizado por la inadecuación de las funciones y procedimientos del Ministerio para esta nueva realidad de la administración educacional, que pasó de la administración total a funciones de carácter normativo, evaluador y compensatorio. Estos intentos fallidos de readecuación emprendidos durante la década de 1980 no responden a las nuevas funciones.

Desde el punto de vista de la organización, el Ministerio de Educación se articula en dos escalones territoriales, secretarías regionales ministeriales de educación (SEREMIS) y departamentos provinciales de educación (DEPROV), responsables de la ejecución de las decisiones del nivel central; la primera instancia tiene ese carácter, y la segunda concentra las funciones de supervisión e inspección administrativa financiera, quedando los municipios con escasas competencias importantes en educación, lo que creó serios problemas de competencia entre el Ministerio y los municipios. No se logró nunca una relación complementaria que apoyara al sistema.

El proceso tiene problemas de diseño, que lo hace ser profundamente desequilibrado y sin equidad; este traspaso se realiza sin la entrega de competencias y traspaso de conocimientos para la gestión a los nuevos administradores municipales. Lo anterior además, es tremendamente regresivo, puesto que son las comunas más pequeñas y apartadas las que tienen, en promedio, mayores dificultades en la administración de los establecimientos, las que atienden a la población más marginada.

En la cultura de gestión municipal, aún en la actualidad se habla de los servicios traspasados (salud y educación), y se los ve como problemas y no como oportunidades. Esto ha cambiado poco luego de la generación democrática de las autoridades locales (1992).

Entre las realizaciones del período autoritario se puede destacar lo relacionado con los sistemas de medición de la calidad de la educación, creándose en una primera etapa la prueba de evaluación de rendimiento (PER), que luego se transforma en el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE), actualmente en uso.

“En cuanto a eficiencia administrativa, ha habido logros y experiencias negativas; algunas de las ineficiencias pueden atribuirse al modelo general de asignación de recursos, pero otras se deben a las prácticas mismas de gestión, que en muchos casos han hipertrofiado el gasto en personal de administración o han incurrido en situaciones de déficit<sup>79</sup>”.

“Por otra parte, la modalidad de descentralización aplicada fue acompañada por un debilitamiento de la capacidad del nivel central (particularmente el Ministerio de Educación), para acompañar el proceso, supervigilarlo, rectificar las disparidades y distorsiones que pudieran producirse y apoyar a las regiones y comunas de menor desarrollo”.

Los resultados del proceso son poco alentadores; se crea un trauma en el sistema escolar, cuyas consecuencias se arrastran por varios años. Desde que asume el gobierno de don P. Aylwin, el tema de la descentralización ha sido uno de los focos de atención y de redireccionamiento, ya que el proceso y sus resultados así lo requerían.

“Sin embargo, la recentralización es jurídica y políticamente inviable y, en nuestra opinión, inconveniente. Operaría en sentido contrario a una tendencia mundial de democratización y modernización de las estructuras de la institucionalidad pública, reintroduciría ineficiencias burocráticas y desfavorecería la atención de la diversidad socio-cultural y geográfica y la búsqueda de la pertinencia de los contenidos y las prácticas educativas respecto a las necesidades diferenciadas de las comunidades locales y los distintos grupos de alumnos y familias”.

La profundización y el redireccionamiento de la descentralización de la gestión en educación requiere una serie de modificaciones para lograr que los diferentes actores participantes sean capaces de cumplir sus papeles.

### **Los nuevos papeles de los actores en gestión**

La transformación de un sistema de gestión educacional centralizado en uno desconcertado y descentralizado, cercano al proceso de enseñanza-aprendizaje, debe necesariamente redefinir su estrategia y la asignación de responsabilidades para su ejecución, es decir, la definición de los actores y sus papeles de manera de obtener los beneficios y resultados deseados. Entre los papeles más importantes que debe tener el sistema están los correspondientes a:

- i) Un Ministerio central capaz de regular, coordinar agentes, supervisar, investigar y evaluar, asegurar las grandes partidas de recursos para el sector, intervenir reparando inequidades, considerando las diversas realidades locales. En definitiva que dirija el proceso educativo nacional.
- ii) Municipios o consorcios de ellos, es decir entes públicos capaces de administrar y dirigir la educación en el nivel de la comuna, cumpliendo funciones como las antes descritas en un nivel local. Asimismo sostenedores privados que tienen una eficaz y eficiente gestión.
- iii) Escuelas, con las atribuciones y autonomía suficientes en el terreno administrativo y pedagógico. Que puedan diseñar e implementar sus propio proyecto educativo y definir por sí mismos sus metas y los medios para alcanzarlas

La nueva organización del sistema escolar requiere de un reordenamiento de los papeles de los actores participantes en la gestión, esto debido principalmente al nuevo paradigma que reemplaza al Estado docente: La sociedad educativa.

### **Propuestas para la gestión descentralizada**

La modernización del sistema educacional debe considerar entre sus ejes articuladores un nuevo tipo de organización y administración, crecientemente descentralizada, que efectúe su aporte insustituible al desarrollo humano. La descentralización ubica en el centro del accionar del Ministerio el diseño y ejecución de programas y proyectos de mejoramiento de la calidad y la equidad, que requieren de un Ministerio con capacidad de intervención en los procesos educativos; necesita de municipios eficaces dispuestos a administrar la educación financiada por el Estado y permitir una verdadera participación de la comunidad y de las escuelas, con profesores y directivos que poseen liderazgo son responsables por los resultados, con las atribuciones y los recursos que permitan poner en marcha los proyectos educativos más adecuados para la población escolar que les corresponda atender

## La estructura orgánica

En la actualidad, el problema de calidad y su asociación con la equidad son los temas que deben ser abordados por las organizaciones para avanzar hacia el camino del desarrollo, donde la propuesta de una gestión descentralizada ofrezca mayor viabilidad para lograr los objetivos.

La identificación y el reconocimiento de las necesidades básicas de aprendizaje de las poblaciones, por las organizaciones más próximas, permiten que estas necesidades múltiples, cambiantes y de gran dependencia de la realidad geográfica, económico-social y étnico-cultural puedan ser resueltas de mejor manera debido al mayor conocimiento de los características mencionadas.

La forma de organizar el sistema educacional, las responsabilidades de organización y los sistemas administrativos que vinculan las decisiones operacionales y estratégicas de todas las actividades y niveles es lo que se ha denominado la gestión estratégica.

### a) El Ministerio.

Se debe considerar un nuevo papel institucional del Ministerio, es decir, poner en práctica las grandes políticas educacionales, evaluar sus resultados y sustentar técnicamente las iniciativas de las unidades educativas; el desafío más importante es el mejoramiento de la calidad y pertinencia del aprendizaje y de los contenidos educativos.

La equidad en la oferta educacional, entendida como igualdad de oportunidades y de derechos para los alumnos del sistema, de manera que se pueda lograr un bagaje de conocimientos que dependan de las aptitudes personales y no de las condiciones de base, está mejor resguardada por medio de la gestión descentralizada, ya que permite concentrar los recursos y controlar su aplicación de manera más certera, para así actuar en favor de los menos dotados económica, social o culturalmente.

La modernización de la acción institucional exige desprenderse de atribuciones políticas y administrativas, siendo el sentido de este cambio la descentralización de las decisiones y desconcentración del poder. Estas atribuciones deben ser transferidas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Educación (SECREDOC) y a las Divisiones y Departamentos en que se divide la acción del Ministerio.

Se debe considerar como recomendable la existencia de una División de Estudios, la cual se encargará de generar el conocimiento necesario para formular y diseñar las políticas, crear la capacidad de prospección y planificación de las acciones así como el control y evaluación de la gestión del sistema. También la creación de una División de Operaciones, que permita gestionar

eficaz y eficientemente diversos programas que contemplen las políticas que se definan a través del uso del esquema de Programas y/o Proyectos, así como el diseño y elaboración del presupuesto del sector, intentando desconcentrar al máximo este proceso.

Lo anterior, requiere de un sistema de información educativa (informatizada), que permita integrar las diversas tareas que deben realizar de manera eficaz y eficiente. Otra función de un moderno sistema de información podría ser llevar a cabo es la interconexión con otros sistemas tanto del sector público, como de Universidades, centros de investigación y el sector privado. Una función primordial de estos sistemas debiera ser la de mantener permanentemente informada a la sociedad acerca de los resultados que esta obteniendo el sistema educacional, permitiendo así, garantizar la fe pública y a su vez ofrecer herramientas a las familias para escoger las mejores ofertas educativas dentro de las cuales pueden acceder.

Es recomendable también, la existencia de una Comisión Nacional del Currículum, instancia formada por los más importantes académicos pertenecientes a instituciones de educación superior y a centros de investigación. Esta comisión de alto nivel, dependerá y será presidida por el Ministro de Educación, o en quien él delegue, y cumplirá funciones referidas al diseño, evaluación y readecuación de los objetivos fundamentales y contenidos mínimos obligatorios del currículum del sistema escolar. Debiera también pensarse en una figura similar en lo relativo a los sistemas de evaluación y acreditación escolar.

Para llegar a esquemas como el planteado habría que partir en forma más simple, generando las capacidades y las prácticas necesarias en el sistema educacional para la generación e implementación del currículum base y bancos de alternativas curriculares, como también para la certificación y acreditación de competencias las cuales podrían llegar a constituir sistema en un futuro mediano (Consejos Nacionales).

Contar con un Sistema de Medición, como el SIMCE, con capacidades de investigación y estudios a partir de los resultados obtenidos, de manera de apoyar al Ministerio en sus políticas de mejoramiento se hace imprescindible. Se puede elevar la sofisticación y eficiencia de los sistemas de medición de calidad incorporando nuevos elementos para medir el desempeño<sup>80</sup> de los establecimientos educativos y no sólo medir logro en las disciplinas básicas.

Para el Nivel Regional, es necesario transformar a las SECREDOC en instancias desconcentradas con capacidades de análisis, diseño, planificación y coordinación de operaciones de proyectos regionales de educación, así como, la gestión de las políticas nacionales del sector, para ello se deberán vincular estas políticas con las propuestas emanadas de los Gobiernos Regionales. Para lograr lo anterior, se deberán delegar facultades y atribuciones a esta instancia desde el nivel central y, establecer una clara delimitación de funciones, con el consiguiente traspaso de competencias desde y hacia el nivel que se defina como responsable de la gestión. Una de las

atribuciones fundamentales es la relacionada con los aspectos de diseño, elaboración y ejecución presupuestaria, correspondiendo a esta instancia desconcentrar algunas de estas competencias a los Departamentos Provinciales.

Para el Nivel Provincial, encargado de la supervisión técnica y la inspección financiera, se requieren mayores atribuciones y presupuesto. Más allá de la Organización del propio Ministerio, un área clave es la relación con los Municipios, este nexo institucional debe ser fortalecido para lograr una acción concertada y más coordinada entre ambas instancias. Lo anterior significa reforzar técnicamente a los Departamentos Provinciales de Educación (DEPROV) y a las Direcciones Municipales de Educación (DAEM) y Corporaciones municipales de educación. El DEPROV deberá también transformarse en el agente contralor de la calidad del sistema escolar.

La autonomía en la gestión de los niveles regionales, locales y especialmente la autonomía de las escuelas permite profundizar el objetivo de integración nacional, ya que al afianzar la identidad de las comunidades apartadas revaloriza la pertenencia de los escolares a sus comunidades, dando lugar así a su desarrollo.

Más allá de la organización del propio Ministerio, un área clave es la relación con los entes locales administradores de las escuelas; este nexo institucional debe ser fortalecido para lograr una acción concertada y más coordinada entre ambas unidades. Lo anterior significa reforzarlos técnicamente, transformándolos en agentes contralores de la calidad del sistema escolar.

#### b) El Municipio y la escuela

Los municipios deben ser dotados de competencias, considerando los tamaños relativos de los mecanismos necesarios de gestión para llevar a cabo su misión y considerando además, sistemas de evaluación de logros, de control y evaluación de metas, de manera de obtener la información necesaria para corregir rumbos en caso de desviaciones.

El municipio debe transformarse en el articulador comunal de una red de apoyo al proceso educativo y una de sus tareas más importantes es el apoyo a las escuelas, tanto en lo sustantivo como en lo administrativo y rutinario. Para realizar lo anterior se podrán formar núcleos intermunicipales de manera de aprovechar las economías de escala que una asociación de esta naturaleza puede generar. Los municipios debieran potenciar sus capacidades de planamiento educacional y avanzar en la formulación de planes anuales de gestión educativa que permitan por sucesivas aproximaciones y de acuerdo a la acumulación de experiencias en este campo llegar a identificar proyectos comunales educativos que no sean la mera suma de lo que propone cada establecimiento educacional.

Un papel fundamental en todo el proceso de gestión educativa descentralizada lo tienen la escuela y su dirección, ya que es, en definitiva, el lugar en donde se deciden los éxitos o fracasos de la entrega educativa. Generalmente, tienen muy bajas atribuciones en cuanto a decidir sobre el curso y el uso de los recursos, pero grandes compromisos de acuerdo con los logros educativos. Se debe tender a otorgar una cantidad de atribuciones suficientes para que las escuelas y su dirección puedan ser eficaces y responsables de la labor que se les encomienda.

Se deben considerar incentivos en recursos a aquellas escuelas de mejores rendimientos entre sus similares, ya que estímulos de esta naturaleza pueden apoyar el proceso productivo de calidad, sin dejar de considerar las desigualdades de origen de los alumnos, las situaciones deficitarias de las escuelas que atienden a los sectores más pobres, las diferencias en la capacidad de gestión de los entes administradores. Frecuentemente, coinciden para hacer de la subvención de estímulo una herramienta que discrimina negativamente a la educación en el área de la pobreza o la marginalidad. De aquí la necesidad de implantar sistemas de subsidios que, a la vez que incentiven esfuerzos de mejoramiento, tengan en cuenta los desiguales puntos de partida de los distintos componentes del sistema.

#### **Gestión y práctica gerencial**

Los fenómenos y procesos educacionales son difícilmente, por su naturaleza, modificables en corto plazo, por lo cual, debe planificarse una política educacional eficazmente transformadora de manera tal que aseguren su permanencia en el tiempo.

Una asignación bien centrada de los recursos es uno de los principios que debe caracterizar la nueva gestión. La discriminación según criterios relevantes es una de las modalidades principales que deben utilizar las actuales políticas para avanzar en la obtención de la equidad.

La gestión debe estar siempre atenta a los desempeños y a los resultados obtenidos, para corregir distorsiones, premiar logros y compensar las disparidades. La gestión planteada debe ser flexible y ágil, para responder a requerimientos cambiantes y complejas, en un ámbito de necesidades como es el de la modernidad. Esta condición sólo puede lograrse en la medida en que se cuente con un Ministerio con un adecuado número de profesionales en diversas disciplinas.

#### **a) Los proyectos como un recurso.**

La utilización del esquema de programas o proyectos es una manera de afrontar la modernización del Estado, ya que su lógica de diseño, evaluación y gestión, ampliamente difundida en diversos ámbitos - y que cada vez se adopta más en los sectores sociales - otorga flexibilidad y dinamismo a la gestión pública. Lo anterior pareciera ser un adecuado medio para satisfacer las necesidades de la sociedad y es una ventaja adicional que este esquema puede ser puesto en práctica a la par del necesario proceso de modernización del Estado.

---

## HACERLAS FUNCIONAR

*¿Por qué algunas escuelas tienen éxito y otras fallan? Treinta años atrás la respuesta habría sido simple: recursos. Las mejores escuelas eran aquellas con los más abundantes equipos y el menor número de alumnos por profesor. La implicancia de esta observación era igualmente simple: para aumentar los niveles educacionales, lo que se necesita es invertir más recursos en las escuelas.*

*El problema con dicho análisis es que ha sido experimentado en la práctica y ha fracasado. Desde la mitad de los años 60 en adelante, los gobiernos europeos y el norteamericano han tratado de eliminar las escuelas pobres. Han gastado mucho dinero, pero las escuelas pobres aún existen. Mientras tanto, muchos gobiernos asiáticos han tenido éxito con escuelas pobres, graduando niños bien instruidos. La explicación del éxito educacional debe ser buscada en otro lugar: en el campo de la psicología, en vez del de los recursos materiales.*

*Lo que define a una buena escuela es su "ethos". Para ser exitosa, una escuela debe ser capaz de establecer una identidad e imponerla a sus alumnos. Las escuelas que gozan de un fuerte sentido de identidad persiguen metas claras, y pueden alterar sus métodos y ajustar sus incentivos si las metas son esquivas.*

---

Fuente: Making it Work, pag. 16, The Economist, November 21st 1992 (Extracto traducido)

Los proyectos representan una propuesta concreta de inversión, caracterizada en términos de sus componentes técnicos, financieros, institucionales y legales, con precisión de tiempo de ejecución y resultados esperados. El proyecto se debe diseñar para alcanzar un impacto puntual y de corto plazo y que se pueda desarrollar en forma autónoma e independiente.

Una de las ventajas del esquema de administración por proyectos es la eficacia de su gestión, es decir, realizar las acciones precisas para obtener los objetivos deseados. Los equipos específicos de alta eficacia y capacidad técnica, que además cuenten con un alto grado de cohesión grupal, tienen mayores probabilidades de acertar en cuanto a costos, tiempo de ejecución y cumplimiento de los objetivos acordados. Una vez alcanzados los objetivos, la estructura del proyecto se puede desmontar sin mayor dificultad, evitando así la perpetuación de organismos que respondiendo a lógicas anteriores, hoy se encuentran obsoletos y representan altos costos.

De las características principales de los proyectos aparecen como más atractivas para justificar su utilización las siguientes:

1. Son de duración fija, por lo tanto, los objetivos planteados deben traducirse en metas cuantificables en un período determinado. Lo más importante de esta característica es

que los esfuerzos y recursos dedicados a un objetivo de políticas sean evaluados y una vez que se alcance el resultado esperado sea posible finalizar la respectiva línea de acción.

2. Son esfuerzos singulares, es decir, acciones que por su naturaleza se realizan por una sola vez, evitando su reiteración.

Una gestión responsable y eficaz debe responder a las necesidades cambiantes y complejas de la sociedad, en un contexto de incertidumbres como es el de la modernidad. Se necesita una cantidad importante de profesionales de diferentes áreas para llevar a cabo esta gestión.

b) **La delegación de funciones y cooperación de otros actores.**

Los niveles superiores de la organización deben delegar en los niveles intermedios y locales las competencias y tareas administrativas que éstos puedan cumplir, de manera de afrontar la misión del Estado en educación: garantizar iguales oportunidades educacionales, con contenidos educativos pertinentes para enfrentar el próximo siglo.

Un Ministerio de Educación moderno es capaz de realizar sus tareas permanentes por medio de su estructura regular, en armonía con programas o proyectos, encargados de afrontar los problemas emergentes. Es decir, una organización capaz en que trabajen funcionarios de carrera con equipos ad hoc, convocados para cumplir un programa caracterizado por su novedad y acotado en el tiempo y, en caso de ser conveniente, la estructura regular incorpora estas acciones a la programación permanente.

Se deben efectuar las recopilaciones de los papeles y funciones para proponer un ordenamiento de organizaciones descentralizado y desconcertado, coherente, racional y eficaz. Entre las modificaciones que se pueden plantear está la de lograr la capacidad de análisis y el liderazgo en el diseño de las políticas localizadas, formando una División de Estudios, la cual, a través de la incorporación de expertos nacionales y extranjeros, aporte al sistema nuevos conocimientos, ya sea a través de programas de cooperación, consultorías o convenios, que permitan mejorar el aprendizaje de los escolares. También se debe considerar una División de Operaciones que permita gestionar eficazmente los diversos programas que contemplan las políticas impulsadas.

Desde el punto de vista jurídico normativo, se requiere que dichas regulaciones se adecúen a los nuevos objetivos estratégicos (ejemplos: descentralización curricular, libertad curricular, educación para el trabajo) que dan contenido a aquellos procesos de desarrollo. Para cumplir los objetivos anteriormente expuestos se debe tender a una regulación orgánica y sistemática de las acciones que debe realizar el Ministerio. Ello debiera significar reducir y aliviar la carga de reglamentaciones dispersa y excesiva que se cierne sobre el sistema educacional.

c) **Los sistemas de información.**

Se debe considerar también un sistema de información educativa que permita integrar las diversas tareas que se deben realizar de manera eficaz. Otra función que se deberá llevar a cabo es la interconexión con otros sistemas, tanto del sector público como de las universidades, centros de investigación y el sector privado. Este sistema de información debiera tener carácter público y permitir fácil acceso al conjunto de los actores del sistema y a la sociedad toda.

La constatación de las diferencias en la calidad educativa en las regiones, en los sectores urbanos o rurales, en los sectores socioeconómicamente más pobres, debe realizarse por medio de sistemas de medición. Un sistema nacional puede identificar áreas y unidades deficitarias y exitosas y permitir corregir las distorsiones, estimular los procesos y desempeños positivos y redistribuir los recursos, de modo de compensar las frecuentes disparidades que afectan a la educación.

Los indicadores de eficiencia, con datos como matrícula, asistencia, deserción, repitencia y otros, así como los estudios de costo son necesarios en la gestión de un sistema educacional. El procesamiento de información desagregada sobre niveles socioeconómicos de la población, de las familias y de los alumnos puede permitir la identificación de «zonas o establecimientos de alto riesgo educativo» y la adopción de las providencias del caso.

**El clima de organización**

En general, se tiende a hablar del clima de organización sin saber bien lo que significa. Podemos resumir que representa las percepciones que tienen los individuos de la organización para la cual trabajan y las posibilidades de aportar, recompensas, estructura.

La estructura orgánica y el estilo de liderazgo de los directivos tiene una fuerte efecto sobre el clima de la organización. La división del trabajo, las comunicaciones, las políticas y procedimientos, por un lado y la forma como lideran las organizaciones sus directivos, por otro, determinan en gran medida el clima de las organizaciones.

El clima no sería una preocupación para los sistemas orgánicos si los docentes y funcionarios que en él trabajan no afectaran con sus percepciones y motivaciones los resultados que se esperan, pero dicho clima se encuentra fuertemente relacionado con condiciones tales como autonomía, estructuras, recompensas, consideración, cordialidad y estilos de liderazgo, los cuales tienen un claro impacto sobre la motivación, la satisfacción y el rendimiento. El clima es entonces el enlace entre las características formales de la organización y el comportamiento individual; una estructura y un estilo de liderazgo apropiados pueden ser condiciones necesarias para la eficiencia, pero es el clima el que en definitiva la determina.

En el sector de educación, además de hacerse las adecuaciones de organización que se necesitan para la gestión descentralizada, se debe formar al personal directivo, sobre todo de las escuelas, para lograr la eficiencia que se requiere del sistema, ya que la mayoría de los funcionarios que ocupan cargos directivos no cuentan con una buena base en gestión y liderazgo; la función del clima está directamente relacionada con los resultados. En condiciones cambiantes como aquéllas en que se debe desenvolver el sistema educacional, el clima de organización eficaz es aquél que, siendo más abierto, tiende a ser menos estructurado, lo contrario a la práctica habitual de la mayoría de los sistemas, los que elaborados en condiciones estables y de rutina, tienden a que la actitud de los individuos sea más restrictiva, estructurada y ordenada, no dejando espacio a la creatividad ni a los aportes.

Se deben entonces proponer para los diferentes niveles de gestión, políticas eficaces para el mejoramiento del clima de organización.

Asociado a este esfuerzo modernizador está el diseño de una política de mejoramiento de los recursos humanos y su gestión, con el propósito de tener funcionarios con iniciativa, creatividad y responsabilidad con respecto a sus resultados. Lo anterior se logra con programas de capacitación y la constante incorporación de nuevos recursos.

## **LA DIMENSION FINANCIERA DEL PROCESO**

### **El financiamiento de la educación: punto clave**

La importancia de ligar las políticas de financiamiento de un sistema educacional con las de mejoramiento de la calidad y de la equidad, de manera de apoyarlas y hacerlas sustentables en el tiempo, es un elemento crucial para obtener los resultados que necesita el país para su desarrollo socioeconómico y el apoyo al combate contra la pobreza.

La tasa de crecimiento de un país está directamente relacionada con la proporción de los ingresos que se destinan a inversión en capital humano y físico. La proporcionalidad adecuada y la pertinencia de lo destinado a educación formal, capacitación en el trabajo y otras formas de inversión son los elementos que forman el capital necesario para impulsar el crecimiento económico. La dificultad principal de las decisiones de inversión en este rubro, es el tiempo que demora la inversión en rendir sus frutos, siendo ello agravado por la época de cambios a alta velocidad.

El sistema de financiamiento de la educación tiene un carácter estratégico, sobre todo en un sistema descentralizado, puesto que además de entregar los recursos suficientes para la inversión en capital humano, debe ser capaz también de dirigir la oferta educacional de manera de hacerla

consonante con las necesidades de desarrollo del país, de estimular la eficacia en el uso de los recursos y la participación de la sociedad en sus decisiones y financiamiento. La mayoría de los sistemas no utilizan su potencialidad, principalmente debido a su baja capacidad de estimular los rendimientos individuales y la incapacidad de integrar a la sociedad en las decisiones, limitándose a distribuir los recursos proporcionados por el Estado, de acuerdo con series históricas.

Las políticas modernas en educación deben ser complementadas con estructuras de financiamiento, que consideren montos e incentivos adecuados para desarrollar la inversión en las áreas prioritarias del desarrollo, para premiar logros. Se fomenta así la obtención de calidad y equidad en los sistemas, que permitan la participación de la sociedad en sus decisiones y estimulen la inversión de los privados y las familias, de manera de utilizar el potencial dinamizador de la educación en el desarrollo del país.

Mecanismos adecuados de financiamiento también pueden generar beneficios económicos directos, como por ejemplo: la disminución de las tasas de repitencia y su consiguiente ahorro en recursos (en el caso de Chile, disminuir en un punto la tasa de repitencia nacional puede generar un ahorro anual de aproximadamente seis millones de dólares, solamente por concepto de pago de la subvención). Otro aspecto que se puede mencionar dentro de los beneficios directos es el aumento del PIB que produce el aumento de la productividad nacional generada por los alumnos egresados, que ingresan al mercado laboral con mayores y mejores competencias.

Las decisiones acerca de los montos destinados a educación y su utilización, debido a las altas cifras que ello significa, un 3,19% del PIB en Chile durante 1992, también hacen de esta materia un asunto clave. Cifras de esta magnitud, que representan más del 11% del presupuesto del sector público, no pueden seguir determinándose de acuerdo con las prácticas de asignar los recursos basándose en la serie histórica, sin efectuar las necesarias evaluaciones de costo eficacia. Se propone avanzar hacia el análisis de los costos que se deben proyectar, de modo de alcanzar determinados niveles de desarrollo en las áreas prioritarias, dados los niveles de eficacia que se requieren.

Los actuales recursos destinados a educación son en gran medida absorbidos por sueldos y salarios, tanto de personal docente como administrativo, dejándose escaso margen para decisiones sobre nuevas inversiones en el sector. A los montos dedicados a través del presupuesto público deben agregarse nuevos aportes que surgen de la optimización del financiamiento estatal y la obtención de nuevas fuentes (privados).

Se presenta en este capítulo un análisis del sistema chileno de financiamiento descentralizado, sus logros, problemas y adecuaciones, para luego, presentar los elementos constituyentes de una propuesta de financiamiento con capacidad para apoyar el proceso de desarrollo económico, considerando las ventajas que presenta un sistema descentralizado.

---

### *El impacto de las inversiones en recursos humanos*

*El desarrollo humano constituye el principal objetivo del desarrollo económico, desde que satisface el potencial de las personas incrementando sus habilidades y sacándolos de la pobreza. Los recientes trabajos académicos sobre los nuevos modelos de crecimiento destacan el crítico papel de los recursos humanos en la explicación de las divergencias en el bienestar humano y en el crecimiento económico. Asignan un gran énfasis a la importancia que revisten las condiciones iniciales de los recursos humanos para el futuro crecimiento y desarrollo. Cuanto mayor sea el desarrollo de los recursos humanos en relación con las otras medidas del desarrollo como el ingreso real per cápita, mayores serán las posibilidades de crecimiento y prosperidad. ¿Por qué? Las economías que cuentan con mayores recursos humanos para un ingreso real per cápita dado, probablemente se adaptarán mejor al cambio de los mercados y las tecnologías.*

*El énfasis sobre las inversiones en recursos humanos refleja la percepción de que éstas constituyen elementos centrales para reducir la pobreza e incrementar la productividad. Las mayores aptitudes y la mayor productividad revisten una creciente importancia para facilitar el ajuste a las cambiantes condiciones económicas, lo que a su vez reviste cada vez más importancia en la medida en que el mundo se vuelve más integrado, los mercados y las tecnologías cambian con mayor rapidez, y un mayor número de países en desarrollo adoptan estrategias orientadas hacia la exportación. Las considerables inversiones en recursos humanos facilitaron el rápido crecimiento de los países del este y el sudeste de Asia, al asegurar la amplia distribución de los beneficios del desarrollo, incrementando los incentivos a sacrificar el consumo actual de bienes, servicios y actividades recreativas en aras de los beneficios posteriores del proceso de crecimiento.*

*En vista del actual consenso latinoamericano sobre el desarrollo, los recursos humanos son considerados cada vez más como un elemento fundamental del desarrollo económico, la reforma social y la reducción de la pobreza. Los pobres se vuelven más productivos y participan en un desarrollo que es más equitativo y sustentable. Sin embargo, para que las inversiones en recursos humanos rindan sus frutos, resulta imprescindible la estabilidad macroeconómica, el uso efectivo de los mercados internos e internacionales y la aplicación de reformas gubernamentales e inversiones tendientes a promover la productividad. También se requiere una sustancial inversión adicional en recursos humanos para asegurar que los pobres tengan oportunidades en las economías y los sectores más dinámicos del futuro.*

---

Fuente: Progreso económico y social en América Latina, Informe 1993, Banco Interamericano de Desarrollo.

## Funcionamiento del sistema de financiamiento en Chile y sus problemas

La modalidad de financiamiento utilizada en Chile es el otorgamiento de una subvención a los propietarios de los establecimientos educacionales que cumplen los requisitos idóneos, correspondiente a una cifra mensual por alumnos que asisten efectivamente a las escuelas. Durante el proceso descentralizador y privatizador de los años 80 esta modalidad se revitaliza para transformarla en el mecanismo de financiamiento de las escuelas transferidas al sector municipal, al igual que para las privadas subvencionadas.

### a) La evolución histórica.

El cálculo de la subvención, a comienzos de los 80, fue determinado por el costo medio de un alumno en el sistema centralizado, a lo cual se le adicionó un aumento de un 10%, quedando esta cifra indexada a la inflación. La subvención era considerada atractiva en sus inicios, ya que cubría todos los costos del proceso educacional en áreas con suficiente demanda. Al no considerar en la medida adecuada las discriminaciones de acuerdo con modalidades de enseñanza y con las condiciones de entrega de la oferta, esto comenzó a afectar financieramente a los municipios, principalmente a los rurales y pequeños.

La modalidad tampoco consideraba incentivos a los rendimientos diferenciados, siendo en la práctica un mecanismo de promoción de la privatización, ya que los privados con menor regulación y con políticas extremadamente liberales de administración de personal comenzaron a competir fuertemente con el sector municipalizado. Esta competencia se empezó a presentar principalmente en aquellas comunas en donde la demanda era atractiva y no donde existían problemas de oferta, produciendo el efecto que el Estado pagaba a quienes hacían ineficiente la oferta de los municipios, y no donde el privado debía apoyar la acción estatal.

El congelamiento de la reajustabilidad el año 1982, producto de la fuerte crisis económica, da comienzo a los déficit municipales en educación, lo que se agrava por la obligación de los municipios de absorber una gran cantidad de profesores supernumerarios, dadas las altas tasas de desempleo de la época y la inconveniencia política de los despidos masivos, lo que se realiza en años posteriores.

A partir de 1982 comienza una tendencia a la reducción del aporte del Estado a educación, situación que solamente comienza a ser invertida a partir de 1990 (ver cuadro siguiente). El efecto de esta disminución no afecta en toda su magnitud al sistema escolar, puesto que parte es asumido en cierta medida por la nueva distribución de la asignación según modalidad que se comienza a observar, siendo la educación superior la que comienza a disminuir su participación porcentual:

**Cuadro N° 8**  
**Gasto en Educación porcentaje del PGB**

Año	Gasto Educ.% PIB
1980	4.71
1981	5.21
1982	6.06
1983	5.35
1984	4.91
1985	4.81
1986	4.23
1987	3.80
1988	3.83
1989	3.21
1990	2.98
1991	3.08
1992	3.19

Fuente: Ministerio de Educación

**Cuadro N° 9**  
**Porcentaje del gasto en educación por nivel de enseñanza**

Modalidad	1980	1990	1992
E. Preescolar	6.07	7.86	8.35
E. Básica	41.59	53.69	54.34
E. Media	16.78	18.32	16.77
Cient. Hum.	11.48	11.17	9.39
Técnica	5.30	7.15	7.38
Superior	35.19	19.55	19.77
Cultura	0.37	0.59	0.77

Fuente: Ministerio de Educación.

**b) La eficiencia del sector público y privado.**

En las bases del proceso descentralizador estaban dos aspectos de carácter financiero: la mayor eficiencia de la administración privada por sobre la pública, y los mayores recursos que serían aportados al sector por los privados. Ambos supuestos merecen comentarios.

La mayor eficiencia de los privados es marginal y no se da por mejores competencias en gestión, sino que se produce por el otorgamiento de condiciones laborales altamente inestables, bajos salarios, contratos por 10 meses, etc., con la consiguiente alta rotación de profesores y su

directa relación con bajos resultados de los logros académicos. También esta situación se explica en la posibilidad de los privados de exigir condiciones de ingreso para obtener los mejores alumnos o la expulsión de aquéllos de bajo rendimiento, lo cual, en el caso de la administración municipal, no es posible realizar. Finalmente, la fuerte regulación estatal, representada por los dictámenes y auditorías de la Contraloría General de la República, condiciona la eficiencia de los municipios.

Por otro lado, el supuesto de la concurrencia del sector privado con mayores aportes económicos a la educación, luego de más de 13 años de la experiencia no se ha materializado (ver recuadro: la municipalización vista por...), pudiéndose caracterizar el desempeño de los privados más bien como el de administradores de los recursos que el Estado destina a educación, más que como canalizadores de nuevos recursos.

La introducción de mecanismos de mercados en el sector de educación, bajo la modalidad de libre elección de los consumidores, ha traído importantes consecuencias; una política regresiva, especialmente para los grupos más marginados, incapaces de poder acceder a la información necesaria para tomar decisiones y un significativo aumento de la brecha de logros cognitivos entre los estudiantes que asisten a las diferentes modalidades de administración, es decir, ha producido inequidad en la distribución de los recursos del Estado..

El análisis que se puede realizar es que la modalidad pasa por una crisis seria, la cual no solamente se relaciona con los montos - los constantes déficit que se producen en el sector municipal así lo indicarían - sino también por su incapacidad de valorar los resultados obtenidos por los agentes educacionales individualmente. No existe ningún tipo de incentivos respecto a mejoras en los resultados, siendo los resultados del aprendizaje modestos, sin concordancia con las expectativas nacionales.

---

**Cuadro N° 10**  
**Transferencia de recursos adicionales para déficit en el sistema traspasado 1990-1992 (cifras en millones de pesos).**

---

Año	Pesos nominales	Pesos diciembre 92
1990	2.600	3.888
1991	1.304	1.601
1992	3.875	3.875

---

Hoy día la subvención solamente alcanza a solventar algunos gastos y éstos son casi exclusivamente salarios, debido a la insuficiencia de sus montos, lo que unido a la poca discriminación de acuerdo con la modalidad o condiciones de la demanda educativa, y al exceso de la planta docente de una gran proporción de los municipios, genera grandes dificultades

financieras, especialmente en aquéllos más pequeños. Las cifras nacionales de alumnos por profesor están en alrededor de 20, que es la cifra que obtiene en promedio un establecimiento insuficiente para cancelar el sueldo de los profesores. Este problema de sobredotación se arrastra por largos períodos; en 1984 la relación profesor alumno era de 24 en las municipales y en las no transferidas, de 20.

#### **La municipalización desde la perspectiva de los administradores del nivel central y del local**

Los resultados de las entrevistas a las autoridades comunales se presentan a continuación clasificados en preguntas dirigidas al análisis de la gestión financiera, gestión administrativa y gestión pedagógica.

#### **Gestión financiera**

- a) ¿Ha logrado la municipalización un aumento del apoyo financiero privado a la educación?

Los entrevistados reconocen el escaso aporte privado logrado, con excepciones basadas primordialmente en contacto directo con empresarios e industriales, ya sea el Director del establecimiento, directamente, o, logros del alcalde o gerente respectivo. Los aportes han sido en general en especies, por ejemplo, equipando un taller. Algunos dicen que antes de la municipalización conseguían más aporte privado. Con la municipalización disminuyó porque el empresario pensó que se contaba con muchos recursos.

Las sugerencias que entregan ante esta situación reflejan enfoques ideológicos diversos:

- por un lado, se plantea la posibilidad de incorporar a los empresarios como socios de la Corporación (Alcalde de Renca); y,
- por otro, la sugerencia de integrar a la comunidad no en el aporte directo en fondos sino, más importante, en la fijación de las políticas (Alcalde de Santiago).

- b) Ley de subvenciones

Existe insatisfacción con la operación de la ley, principalmente en lo que dice relación con el pago basado en la asistencia media. Por un lado, se señala que no existe consideración de las características específicas de las comunas, en especial de las rurales. Las variaciones en las condiciones climáticas y la menor motivación por la educación de los padres del medio rural, pone a las escuelas rurales en una situación muy difícil de financiamiento. Por otro lado, hay visiones

contrapuestas en relación a la importancia que el pago por asistencia pudiera tener en la retención de los alumnos. Según algunos, los profesores igual se preocupan de retener al niño, según otros, es la clave de la retención. Como sugerencia, algunos señalan que se podría pagar la subvención en función de la matrícula tomada tres veces al año, otro sugiere que el 50% de la subvención se base en la matrícula y el 50% restante en la asistencia media.

El gobierno democrático ha propuesto al Congreso Nacional una reforma a la Ley de Subvenciones, en la cual modifica mecanismos y montos según nivel de enseñanza y localización del establecimiento, así como fija una nueva modalidad de reajuste de la subvención.

---

c) *Nivel de autonomía municipal para la distribución de los recursos que aporta el Estado*

*Si bien se reconoce que el nivel central no les dice específicamente en qué gastar, la autonomía es muy relativa, derivado ello principalmente de que la subvención se ocupa prácticamente íntegra en el pago de remuneraciones. Manifiestan que en los primeros años de la municipalización realmente contaban con recursos como para "decidir" en qué invertir. En cambio, se sienten ahora con las manos amarradas.*

*El mejoramiento del nivel de la subvención dará más posibilidades a los sostenedores interesados en el mejoramiento de la calidad de la educación para invertir en recursos didácticos e infraestructura.*

d) *¿Existe algún ítem en el cual se hayan interesado especialmente por invertir?*

*Los ítems más mencionados son el mejoramiento de la infraestructura y aportes para el perfeccionamiento del profesorado. Además, se señalan aportes específicos para la implementación de talleres técnicos y para la dotación de computadoras para las escuelas.*

---

Fuente: Latorre, Carmen Luz y otros, *La municipalización de la educación: una mirada desde los administradores del sistema*, PIIE 1991.

c) **El complejo problema de los recursos humanos: los profesores.**

Un cambio importante en relación con las condiciones laborales del profesorado<sup>81</sup> se produce al iniciarse los años 90. A fines de 1989, se presentó el proyecto de Estatuto de la Profesión Docente al gobierno democrático recientemente elegido, comprometiéndose éste a proponer una ley de estatuto docente. En 1990 se envió al Congreso Nacional el proyecto ley que establece un Estatuto de la Profesión Docente. En 1991 el poder Legislativo aprobó dicha ley. « La aprobación del Estatuto de los Profesionales de la Educación (Ley N° 19.070) corrige la ausencia de

regulaciones específicas para el trabajo docente , reconoce a éste su carácter profesional y pone término a la discrecionalidad en la administración del personal docente, que llevó a situaciones de arbitrariedad y de desmedro de ese personal. Sin embargo , la ley se aprobó en términos que preservan la **gestión municipal del personal de educación.**»<sup>82</sup>

El Estatuto también definió las características de la carrera profesional de los educadores del sector municipal en relación con: i) las formas de ingreso a la carrera (ingreso a la dotación) ; ii) los procedimientos para determinar las dotaciones docentes de cada municipio; iii) los requisitos para ser docente de escuelas municipales, la calidad de los contratos y las modalidades para acceder a los contratos. También se fijó un salario mínimo nacional para todos los docentes del sector municipal así como las variables que inciden en el incremento de los mismos: la antigüedad (bienios), el perfeccionamiento, el desempeño de cargos directivos y el desempeño en condiciones difíciles<sup>83</sup>. En suma, se reglamentaron aspectos decisivos para permitir mejores condiciones laborales de los maestros<sup>84</sup>.

Esta legislación híbrida que genera un Estatuto de carácter nacional manteniendo las competencias en relación con el personal, infraestructura y equipamiento, administración de recursos financieros en manos de los municipios (entes locales y descentralizados), trata de ser solución a los graves problemas detectados; sin embargo, su aplicación no está exenta de dificultades.

Dos aparecen como las dificultades mayores, que no han tenido una adecuada solución:

- Para poder aplicar el Estatuto, ya que implica mayores costos, se creó un fondo complementario además de la subvención ordinaria, el cual es aportado al municipio por el Estado. Cuando existen discrepancias entre los recursos que estima requerir el municipio en relación con el aporte que está realizando el Estado, existe una instancia de apelación de cada municipalidad en donde participan los viceministros de Desarrollo Regional y de Educación. En la práctica, este mecanismo posee un rasgo enormemente centralista y ha significado reuniones de apelaciones por semanas entre los viceministros y casi todos los municipios del país (que pasan en una cola interminable a negociar, uno a uno). En casi la totalidad de los casos no coinciden los cálculos de aprovisionamiento del Fondo que realiza el Ministerio con los de los municipios.
- Muy ligada a lo anterior, y probablemente una de las causas principales del déficit que poseen hoy los municipios en materia educacional, está la fijación de las plantas que el mismo Estatuto reglamentó; los criterios para determinarlas son el número de alumnos por plantel educacional por niveles y cursos , así como también el tipo de educación y la modalidad curricular de la misma (alguna modalidad especial). Estas dotaciones son presentadas a los Departamentos Provinciales de Educación (órganos desconcentrados

del Ministerio), los cuales pueden observarlas; si la observación no fuera aceptada por el municipio, esté, nuevamente puede apelar a los respectivos viceministros de Desarrollo Regional y Educación.

La dotación docente nuevamente ha sido un rompecabezas mayor<sup>85</sup>. Lo que se observa es que: i) ésta tiende a crecer y no a disminuir, sin embargo, la matrícula (de básica) se mantiene constante y más bien se prevé que disminuirá; ii) no existe una tradición de control y supervisión en el nivel local para determinar los recursos humanos necesarios de acuerdo con cada realidad y tampoco es la solución llegar a normas rígidas de carácter nacional que no consideran la particularidad de cada municipio.

En resumen, una de las dificultades mayores que enfrenta la municipalización como estrategia de descentralización hoy en día en Chile está muy asociada al financiamiento y éste a los estatutos laborales del personal; aparentemente, el Estatuto no ha contribuido a resolver problemas. No es fácil resolver este dilema pues encierra múltiples implicancias sociales y políticas.

Se exploran vías de solución para lo que se considera sobredotación de personal: i) flexibilización del Estatuto o simplemente descentralizar la negociación de condiciones salariales directamente a cada municipio (ello significa algún grado de mayor inestabilidad laboral del profesorado); ii) incentivos para apresurar la jubilación del personal de mayor cantidad de años de servicio; iii) planes de reconversión de personal (que puede ser interna hacia las modalidades donde existen carencias o aumentos de cobertura y también, externa hacia otros campos laborales). No se ha explorado disminuir la relación profesor / alumno (45) pues esta alternativa se considera muy onerosa, además de estimarse de acuerdo con cifras que se manejan, que en realidad es la excepción, el curso de esa cantidad de alumnos (buenas escuelas de ciudades grandes) y que los promedios son bastante más bajos (bordean los 20 a 24 alumnos por profesor).

También se intenta avanzar en relación con el aumento de la eficiencia y eficacia de la gestión municipal en este sentido se trabaja en: i) propender a la racionalización de los recursos humanos destinados a la administración de los órganos municipales de educación; ii) desarrollo de instrumentos de planeamiento que fueren a determinar con grados crecientes de realismo las necesidades educativas de la comuna y los recursos docentes necesarios para atenderlos.

**d) Formas de aportar más recursos a educación: donaciones y financiamiento compartido.**

La situación de los déficit municipales se ha traducido en deterioro de la infraestructura educacional, inexistencia de equipamiento científico, deportivo, audiovisual, etc., y principalmente en bajas muy importantes en la calidad de los resultados obtenidos, situación que comienza

a ser invertida a partir de 1990, con la incorporación de importantes recursos a través de los programas que comienza a impulsar el Ministerio.

A pesar del avance de los resultados de las escuelas que se encuentran bajo la acción concentrada del Ministerio, que utiliza el esquema de proyectos y aporta financiamiento dirigido a acciones específicas, existe la urgente necesidad de transformar al financiamiento por la vía de subvenciones como el principal elemento dinamizador, acompañado por estas nuevas formas de aportar recursos al sector .

Existen en la actualidad algunas intentos de modificaciones, como es el caso de la ley de financiamiento compartido (Ley 19.247), cuya intencionalidad es acercar recursos privados a educación, especialmente de los padres, de manera de producir un ahorro, destinándose los recursos a centrar acciones en aquellos establecimientos de condiciones más carenciadas.

La ley mencionada apunta a que en aquellos casos en que las familias puedan pagar un aporte por escolaridad lo realicen, descontando según una tabla, un porcentaje de la subvención estatal y produciendo el ahorro mencionado.

El principal obstáculo que enfrenta un sistema como el aplicado es la diferenciación que se comenzará a observar entre los establecimientos financiados por el Estado, en donde el monto incremental de fondos que podrá recibir un establecimiento que atienda a una comuna de sector de medianos ingresos, aproximadamente \$17.500, sin duda generará una brecha que no podrá ser compensada con los ahorros producidos, otorgados a un establecimiento de sectores de pobreza. Otro problema que se puede presentar es la discriminación en el acceso a la educación financiada por el Estado, es decir, la que ocurra cuando un alumno no pueda acceder a un establecimiento debido al monto del financiamiento compartido. Ambas situaciones son claramente un retroceso en términos de la equidad, uno de los ejes de las nuevas políticas.

Se deben introducir reformas a la ley, como de hecho se están proponiendo, de manera que existan verdaderas posibilidades de recibir el aporte de los padres, pero que también apoyen el objetivo de equidad.

Sin aún tener un juicio sobre el sistema, para el año 1994, según los datos preparados por el Ministerio de Educación, la matrícula que se incorpora al financiamiento compartido es presentada en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 11**  
**Aporte de recursos vía financiamiento compartido para 1994.**

		Antes de Modificaciones (Feb.1994)				Con Modificaciones (Marzo1994)				Diferenciales	
		Establecimientos		Matrícula		Establecimientos		Matrícula		Estab.	Matric.
Munic.	Fin.Comp.	0	0.0%	0	0.0%	28	0.4%	17,787	1.0%	28	17,787
	Gratuito	6,324	100.0%	1,744,954	100.0%	6,296	99.6%	1,727,167	99.0%		
	Total	6,324	100.0%	1,744,954	100.0%	6,324	100.0%	1,744,954	100.0%		
Partic.	Fin.Comp.	232	8.4%	141,551	14.5%	857	31.2%	516,474	52.8%	625	374,923
	Gratuito	2,517	91.6%	837,256	85.5%	1,892	68.8%	462,333	47.2%		
	Total	2,749	100.0%	978,807	100.0%	2,749	100.0%	978,807	100.0%		
Total	Fin.Comp.	232	2.6%	141,551	5.2%	885	9.8%	534,261	19.6%	653	392,710
	Gratuito	8,841	97.4%	2,582,210	94.8%	8,188	90.2%	2,189,500	80.4%		
	Total	9,073	100.0%	2,723,761	100.0%	9,073	100.0%	2,723,761	100.0%		

Fuente: Ministerio de Educación

		Ingresos Proyectados		Descuento	
		Men. \$M	Prom. Alumno	Mensual	Relación
Municipal	Ahora	\$23	\$1,293	0.26	1%
	Antes	\$	\$	0	0%
Particular	Ahora	\$1,179	\$2,283	35.41	3%
	Antes	\$325	\$2,296	130.13	40%

De los cuadros anteriores se desprende que la nueva modalidad de financiamiento compartido ha tenido mayor impacto en el sector privado subvencionado, en donde la matrícula que se acoge a dicha modalidad sube del 14,46% al 52,77%, lo que en recursos significa un aporte neto de 10.246 millones de pesos anuales más al sistema.

Lo anterior es producto, en parte, por la baja del porcentaje de descuento que se realiza de la subvención por el aporte que realizan las familias, esta relación baja de un 40% a un 3%. Es necesario estudiar a que quintil de ingreso pertenecen las familias que han tomado esta decisión de mayor aporte, en todo caso, éste, en promedio por alumnos es levemente inferior al que se registraba anteriormente.

En el caso del sector municipal, en donde solamente la enseñanza secundaria puede optar a este esquema, solamente el 1% de la matrícula accede a esta modalidad.

En el caso de observarse que estos ingresos provienen de los quintiles más ricos, se produce un efecto preocupante: al bajar los descuentos por aporte directo, el sistema tendrá menos descuentos anuales por un monto de 1.134 millones de pesos, que no podrán ser reasignados a programas de focalización, como era el principio utilizado en el esquema anterior.

En general, se puede decir que el sistema nacional de financiamiento chileno debe ser objeto de una profunda reforma, de manera de hacer efectivos los recursos destinados. El sólo aumento de los recursos no soluciona los problemas, y se traduciría en una pérdida de eficacia; lo que se debe realizar es una forma en que con participación se alleguen más recursos, que éstos sean mejor utilizados y relacionados con los objetivos de desarrollo del país; la modalidad de la entrega debe sufrir profundas modificaciones. Ejemplos como el financiamiento de proyectos de mejoramiento educativo son una buena experiencia en ese sentido.

Se mencionan a continuación algunos puntos que se deben tratar de manera de hacer más eficiente el financiamiento de la educación en el esquema descentralizado que se utiliza en la actualidad.

#### **Los municipios como administradores responsables**

Las municipalidades en Chile, después de un largo período de tiempo en que han administrado el sector de educación, no han querido hacerse plenamente responsables de dicha gestión. Esta baja aceptación dentro del aparato de administración municipal es en parte debida al constante problema causado por los persistentes déficit derivados de la mala gestión, no se la percibe como el conjunto de oportunidades que este sistema puede generar en la comuna.

Se puede reconocer que existen cambios con la democratización de los municipios en 1992, pero éstos se dan en ambos sentidos, desde autoridades responsables de la gestión financiera, con algunos niveles de éxito a pesar de las condiciones de partida, hasta otras autoridades que han aumentado irresponsablemente las dotaciones u horas docentes, produciendo déficit en los sistemas locales que anteriormente no tenían.

La nueva ley sobre municipalidades, inexcusablemente, tampoco es capaz de visualizar la importancia estratégica de la gestión educacional, dejando supeditada su administración a un departamento de desarrollo comunitario, tercera línea jerárquica dentro de las autoridades locales

Lo anterior también es apoyado desde el nivel central por las constantes ocasiones en que, debido a la insuficiencia de la subvención, se asignan fondos extraordinarios para poder cubrirlos, generando la permanente sensación de dependencia financiera del Mineduc (“en algún momento se abre la ventanilla”), lo cual no fomenta una gestión responsable.

Una manera de apoyar el proceso descentralizador es otorgar los niveles de financiamiento adecuados, y que los municipios sean responsables de su gestión, manteniendo en el nivel central la posibilidad de financiar proyectos de acción específica en los establecimientos, relacionados con las materias extraordinarias, y no con lo que debiera ser considerado como gasto ordinario.

Lo anterior significa realizar un nuevo estudio sobre la subvención, los mecanismos de incentivos asociados, su discriminación por las características de la oferta y sus métodos de control.

Finalmente, hay que mencionar los impedimentos ocasionados por la Contraloría General de la República que, con sus observaciones y dictámenes restringe seriamente una administración financiera eficiente y autónoma del sistema de educación municipal. Se debe avanzar hacia un control más aleatorio, y basado en los resultados más que en la formalidad de los procesos. Otros temas que es necesario enfrentar son:

a) **La falsa dicotomía técnico-administrativa**

La responsabilidad del municipio en la gestión está desequilibrada, debido a la artificial división que se produce entre la responsabilidad de lo técnico pedagógico y lo administrativo en los establecimientos educacionales. Hoy día el Ministerio exige exclusividad sobre los aspectos técnicos, como si pudiesen ser separados de los administrativos. Es difícil mantener un sistema en que se es responsable solamente de un aspecto de la gestión y otro organismo distinto es el encargado de las materias importantes.

La situación anterior es evidentemente anómala, no permite hacer responsables a los municipios de la integridad de la gestión. Se debe avanzar hacia una gestión responsable e integral del municipio, el cual debe dar cuenta de ella a la comunidad; ésta será una manera de optimizar el uso de los recursos, y es un mecanismo potencial para acceder a fuentes locales de financiamiento al poder generar proyectos locales, e interesar a los privados para su financiamiento.

b) **El estatuto docente**

El estatuto docente, dictado con la llegada del primer gobierno democrático, es uno de los elementos que torna rígido el sistema de financiamiento. Al fijar las rentas de los profesores, que representan al menos el 90% de los ingresos por subvención, no permite al municipio ninguna capacidad de gestión, aún a pesar de que los ingresos sufren cierta variabilidad asociada a la matrícula.

Asociar las rentas de los profesores a la permanencia en el sistema y a un perfeccionamiento basado en las horas de asistencia y no al desempeño del maestro es un elemento que impide el funcionamiento adecuado del sistema. Se deben mejorar los salarios de los docentes, pero estas

mejoras, al igual que en la mayoría de las profesiones, deben estar asociadas a la capacidad, la calidad de la entrega y la escasez del mercado. Esto evidentemente cobra mayor relevancia en el caso de la educación.

**c) Financiamiento compartido e incentivos tributarios**

En lo relacionado al financiamiento compartido, se debe incentivar un mayor aporte de los padres al financiamiento de la educación, como se realiza en la ley antes comentada, pero se debe resguardar que no se produzcan diferencias en el acceso a la educación. Lo anterior se puede lograr por medio de algún mecanismo compensatorio que utilizando parte de dichos fondos, además del ahorro producido por la subvención, se destine a los establecimiento más carenciados.

Una segunda materia que se debe resguardar es el acceso de cualquier alumno, sin importar si su familia se compromete o no a pagar la cuota, lo cual puede manejarse con becas otorgadas por el mismo establecimiento.

Una materia que abre grandes posibilidades de agregar recursos para el sector es lo referente a la destinación del 2% de las utilidades de las empresas a proyectos del sector educación. Lo anterior se ve facilitado por una creciente práctica en las escuelas de acceso a financiamiento de proyectos. Se debe generar la capacidad al interior de los municipios de ser eficientes en la obtención de estos recursos, los cuales deben ser además de una nueva fuente de financiamiento, una manera de romper el aislamiento del sector y acercarlo a la comunidad, a la empresa, etc.

**Un modelo posible**

La manutención de un sistema escolar requiere una mínima cantidad de recursos, tales como edificios, muebles, equipamiento educacional, material de instrucción, profesores, administrativos, etc., en donde cada uno de estos elementos cumplé un papel importante; la falta de cualquiera de ellos baja considerablemente los niveles de efectividad del sistema.

Un modelo de financiamiento de la educación debe considerar tres elementos principales: los costos, los incentivos y los controles. Además, debe tener especial cuidado en las condiciones de acceso de la población. Las materias mencionadas se analizan brevemente a continuación.

**a) Los costos.**

Se deberá formular una ecuación de costos para las diferentes modalidades de la educación, que permita el financiamiento y manutención del sistema en los diferentes aspectos de costos que ello implica, así como también deberá proponer un mecanismo de reajustabilidad, que permitien-

do mantener los equilibrios macroeconómicos nacionales, no dé lugar a los deterioros que, se empiezan a producir cuando el financiamiento comienza a ser insuficiente por retraso en su reajustabilidad.

Entre los costos que se deben considerar en este modelo, están los llamados institucionales, como los privados, al incorporar la alternativa de financiamiento compartido. Los principales costos en educación están dados por la siguiente enumeración:

- Costos institucionales (de los oferentes)
- Costos corrientes:
  - salarios profesores
  - salarios administrativos y no docentes
  - materiales
  - consumos básicos
  - manutención
- Costos de inversión:
  - infraestructura
  - equipamiento
- Costos privados (de las familias):
  - Matrícula
  - Costos distintos de la matrícula:
    - materiales y libros
    - vestuario
    - alimentación
    - transporte
- Costos de oportunidad

b) Los incentivos.

Asociada a los nuevos montos de las subvenciones debe existir una clara política de incentivos que permita premiar a escuelas que mejoren sus resultados, se avanza en este sentido en ley que modifica el Estatuto Docente que esta pronta a ser aprobada por el Parlamento. Asignaciones especiales a los profesores de aquellas escuelas que se mantengan dentro de las mejores de la comuna (o provincia, o región), que se traduzcan en incrementos salariales o nuevos materiales para la escuela, sin descuidar a aquellas de malos resultados, a través de atención especial en apoyo técnico y también creando los incentivos para que éstas mejoren.

También, deben estudiarse incentivos para mejorar la eficiencia interna de los sistemas escolares que los que sean más eficientes dispongan de mayores recursos para inversión.

En la actualidad, en Chile se cuenta con un sistema censal de medición de la calidad de la educación básica - el SIMCE -, el que se encuentra en expansión hacia la educación media. Este sistema puede transformarse en la base de un sistema de incentivos de esta naturaleza.

c) Los controles.

Los controles propuestos deben estar basados en una moderna tecnología computacional y técnicas estadísticas de control. Una adecuada combinación de los dos elementos permitiría establecer sistemas de control, los que resguardando el buen uso de los recursos del Estado, permitan que los establecimientos funcionen sin la presión del control censal "duro".

d) Acceso de la población.

Uno de los elementos importantes que debe contener las políticas de financiamiento de la educación es asegurar las condiciones de acceso a la población, antes y durante el proceso escolar. Antes se deben considerar programas de atención preescolar para las familias de más bajos ingresos, de manera que los niños puedan recibir el estímulo necesario, la que por situación socio económica no se da. Otra medida a resguardar es el acceso durante el período escolar, para intentar disminuir las dificultades de algunos grupos al respecto: transporte, trabajo, educación de los padres.

## LA DIMENSION PEDAGOGICA DEL PROCESO

### La descentralización y desconcentración pedagógica

Existen experiencias muy desarrolladas de transferencia de una serie de competencias desde el nivel central o intermedio al ámbito local y escolar. Uno de los ejemplos a que más se ha recurrido para mostrar el sistema educativo descentralizado en lo pedagógico es el inglés (Similar cosa ocurre con el de los EE.UU.).

« Las LEA o autoridades educativas locales (comités de educación de las dos demarcaciones territoriales británicas: condados y distritos metropolitanos) son las encargadas de atender las necesidades educativas de la población desde la educación preescolar hasta ciertas modalidades de educación postobligatorias, a excepción de las universitarias. Conceden becas y subvenciones; contratan al personal docente y a los inspectores locales, entre otros; sostienen la infraestructura escolar (proporcionan y conservan los edificios y suministran sus equipamientos), y deciden la política educativa de su jurisdicción. Asimismo, tienen representantes en los cuerpos de gobierno de los centros, y amplias facultades en el nombramiento de directores y en las orientaciones curriculares de los mismos»<sup>86</sup>.

En América Latina nos encontramos lejos de estas realidades; sin embargo, en muchos de nuestros países se llevan a cabo dinámicos procesos de avance que buscan el acercamiento de múltiples decisiones educativas al ámbito local, teniendo presente que no hay recetas como solución para resolver los acuciantes problemas de nuestros sistemas educativos. Se puede constatar que existe un consenso general en los diversos círculos especializados respecto de la necesidad de romper con el verticalismo y centralismo de nuestros currículos.

Al recordar los ejes de la política educativa de la década se nos señala «La presentación de las principales líneas de cambio actualmente vigentes en América Latina se puede organizar, desde el punto de vista puramente analítico, en tres grandes ejes:

- desde el punto de vista político, donde la idea-fuerza es la del consenso nacional en educación;
- desde el punto de vista estratégico, donde la idea-fuerza es la prioridad del cambio en los estilos de gestión escolar;
- desde el punto de vista pedagógico, donde la idea-fuerza es la necesidad de introducir una lógica de reforma curricular a partir del concepto de satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje»<sup>87</sup>.

Los temas de la agenda vinculan fuertemente la gestión educacional con los cambios educativo curriculares; pareciera que ambas dimensiones no son procesos separables si se quiere obtener una educación de calidad. El mismo autor anteriormente citado, haciendo referencia a experiencias de reforma curricular realizadas y apoyadas por el Banco Mundial entre los años 1963 y 1984, señala que «La evaluación de sus resultados indica que no han sido exitosos porque prestaron poca atención a los procesos administrativos y educacionales requeridos para que los cambios en los contenidos se traduzcan en mejores resultados de aprendizaje».

Es por tanto factible pensar que a los procesos de descentralización administrativa, iniciados en su gran mayoría en la década pasada, se acoplen procesos de descentralización y desconcentración pedagógica. Ello, tanto en los niveles intermedios (la Región y el municipio) como en el nivel más básico del sistema (las escuelas).

Los propósitos se inscriben en la agenda educativa de transformación de la gestión y transformación curricular para mejorar la calidad y equidad de la educación, poniéndola en sintonía con las demandas sociales y del sistema productivo. Necesitamos una educación que se haga cargo de la diversidad cultural de la población, que sea un servicio de gran excelencia y asegure igualdad de resultados a pesar de las diferencias socio-culturales de los niños, necesitamos una gestión educacional flexible y abierta a las demandas de la comunidad y el entorno,

necesitamos un profesorado con alta motivación para la tarea, que trabaje en equipo y resuelva con autonomía los problemas pedagógicos que se le presenten, dispuesto a dar cuenta de los resultados de su trabajo a la comunidad.

A todos los propósitos enunciados contribuye el aumento de la capacidad de toma de decisiones de los niveles local y escolar. También contribuyen la ganancia de autonomía del nivel regional para plasmar propuestas educativas o proyectos que respondan a las necesidades de la realidad geográfico-histórica que representan.

Ahora, ¿qué dimensiones son descentralizables pedagógicamente? . Mencionaremos al menos: i) el currículo, así como el diseño y ejecución de proyectos educativos; ii) decisiones respecto de los insumos del proceso educativo (los textos y material didáctico), iii) el perfeccionamiento y capacitación en el servicio de los profesores, y iv) el control y la supervisión técnico-pedagógica.

En las próximas líneas formularemos algunas propuestas que pudieran ser de utilidad para viabilizar los procesos de descentralización pedagógica, señalando en algunos casos experiencias al respecto que se han vivido en Chile.

#### **La descentralización del currículo y los proyectos educativos**

##### **a) El contexto**

Se ha fomentado una pedagogía de la homogeneidad, que desconoce la diversidad, y es por tanto inadecuada para la realidad de una escuela masiva en donde se presenta una gran heterogeneidad en la población de alumnos. Ello es muy fuertemente fomentado por las propuestas curriculares en vigencia.

Parece necesario, desde el nivel local, el municipio y la escuela, generar las bases y condiciones para el desarrollo de una pedagogía de la heterogeneidad, que flexibilice el trabajo escolar, que responda a las necesidades diferenciales de aprendizaje de los niños. Una pedagogía de la diversidad se ajusta más a modalidades descentralizadas de determinar el currículo, ya que en la medida en que cada escuela ajuste su oferta educacional a las circunstancias y realidad de los niños que atiende deberá tener por efecto un aumento de sus posibilidades de aprendizaje.

Lo anterior exige asegurar la participación activa de las comunidades educativas; las de socialización: familia y vecindario, la comuna (municipio); las pedagógicas: docentes y padres en el proceso de diversificación pedagógica, ya que éstos son sus actores principales. Ello sin perder de vista la necesidad de un centro con un fuerte liderazgo al interior del sistema.

Es necesario reconocer en la diversificación un elemento clave para elevar la calidad de la educación, y ésta «no se da aisladamente ni en el vacío. Podrá surgir a partir de la generación de estrategias integrales, capaces de dar lugar a que se invierta el sentido de las relaciones del aparato educativo, desde la base hacia el centro, que promueva una mayor autonomía en la toma de decisiones, fomentando la responsabilidad y la iniciativa de las propias comunidades, tanto en la articulación de sus propias demandas de educación como en la generación de alternativas y posibles soluciones».<sup>88</sup> (negritas nuestras).

#### b) El currículo y la realización de proyectos educativos

Existe una experiencia histórica centralista y muchas veces, desde la perspectiva de la gestión, se da una débil voluntad real para producir una transferencia de la toma de decisiones hacia la base del sistema. «Si las elites o los políticos locales capturan el sistema escolar descentralizado; si no existen mecanismos que aseguren oportunidades educacionales equitativas a las municipalidades (escuelas) o regiones más pobres, o si no se implementa un nuevo sistema de toma de decisiones con responsabilidades claras, entonces quizás sería mejor mantener un sistema centralizado»<sup>89</sup>.

Aún estamos muy lejos de poseer las aptitudes institucionales, capacitación del personal, insumos educativos adecuados (textos, guías, etc.) y la capacidad de gestión para lograr grados altos de autonomía en cada unidad educativa, que les permitan desarrollar sus propios proyectos educacionales.

Además, es importante recordar que «Con excepción de los países que tienen una estructura altamente centralizada, como es el caso de Cuba y algunos países asiáticos, no es común encontrar sistemas en que se defina el currículo exclusivamente en el nivel central, ni tampoco países en que éste se defina totalmente en los niveles intermedios o a nivel de institución escolar.

Actualmente, los gobiernos parecieran buscar, como opción de descentralización, un equilibrio entre la toma de decisiones a nivel central y la delegación de responsabilidades en la toma de decisiones, hacia los niveles intermedios y establecimientos escolares. Se asume así un papel más estratégico que de ejecución, dándose espacio a la participación de los diferentes actores y resguardando la función orientadora y reguladora»<sup>90</sup>.

Es pertinente conceptualizar las propuestas de descentralización curricular como un tipo de descentralización funcional. En alguna medida el Estado central, a pesar de que transfiere importantes competencias, siempre mantiene prerrogativas importantes; estos mismos autores nos señalan los límites que ponen normalmente los Estados centrales en los procesos de descentralización del currículo (recogiendo la experiencia mundial) «En términos generales, puede decirse que las autoridades centrales suelen reservarse la atribución de determinar los fines

nacionales de la educación y de los niveles, de formular políticas nacionales, incluido el currículo nacional común, prescribir elementos del currículo y criterios de contextualización, y proporcionar criterios de evaluación. Junto con ello, asumen la función de revisar el currículo nacional cuando sea necesario y, en algunos casos, de evaluar sus resultados».

En definitiva, las propuestas descentralizadoras del currículo a lo menos deberán asegurar una educación mínima común para todos, garantizando la unidad del país, y por otro lado pretenderán posibilitar la diversificación y la incorporación de los contextos de cada realidad local al mismo currículo.

En definitiva, descentralizar el currículo y a la vez avanzar en el desarrollo de la capacidad de las escuelas para preparar y ejecutar sus propias propuestas pedagógicas implica avanzar en la sustitución de un currículo demasiado homogéneo, teórico y enciclopedista, hacia uno más centrado en rescatar la diversidad local, con un núcleo o marco de referencia básico que permita su adecuación a cada contexto y permita libertad de acción a cada unidad educacional.

Por otro lado, la elaboración de proyectos educativos en cada escuela puede fomentar el desarrollo de prácticas que aumenten la capacidad de gestión pedagógica de los equipos de docentes, es decir, produzcan y mejoren la reflexión en torno a sus prácticas pedagógicas y resultados del aprendizaje de los niños, permitan el trabajo en equipo para la resolución de problemas, la búsqueda de acuerdos o alianzas con los otros actores educativos, etc. Los proyectos pueden institucionalizar espacios de reflexión sobre las prácticas pedagógicas en cada escuela que hagan posible la generación de proyectos educativos. Similar proceso se puede transferir al municipio y la Región, que son estructuras institucionales más complejas.

En la escuela una educación para la diversidad<sup>91</sup> y la heterogeneidad, nos dirán algunos autores, posee algunos ejes clave a ser considerados: i) «requiere considerar a la totalidad del alumnado,» no sólo este alumno «promedio» muchas veces inexistente; ii) «el tipo de intervención necesita el funcionamiento colectivo y articulado de la escuela-dirección y coordinación, proyectos de equipo, profesores dinámicos, capacidad de gestión de los recursos»; iii) la programación escolar cotidiana requiere «programaciones ordinarias de las diferentes áreas curriculares» que traduzcan permanentemente la propuesta curricular nacional; iv) obliga al diseño de «criterios de agrupamiento del alumnado que aseguren la composición heterogénea de los grupos en sexo, intereses, ritmos, capacidades, valores culturales, etc.»; v) finalmente, se requiere «trabajo en equipo del profesorado para enfrentar con éxito la gestión de la diversidad de procesos de aprendizaje de los niños, pues es inviable esa tarea como individual de cada profesor».

Una escuela para la diversidad hace posible:» i) que los maestros cuenten con mecanismos que les permitan tener acceso al conocimiento práctico acumulado para enseñar. Cada maestro debe crear cada una de sus clases; ii) el desarrollo de una enseñanza personalizada, ajustada al

progreso en el aprendizaje de cada niño ( ej. para lograrlo, textos que utilicen los niños con instrucciones detalladas que le permitan guiar su trabajo en forma individual o grupal, este material modular);iii) que exista en la clase oportunidad para que el alumno piense y le permitan expresarse, ya sea individual o grupalmente»<sup>92</sup>

Finalmente las escuelas y liceos , que son la unidades centrales en donde se juega la suerte de la educación, deben poseer sentido y misión, su propio proyecto educativo y organizarse de la mejor manera que estimen para alcanzar sus metas. Se requiere un cuerpo docente directivo con liderazgo educativo, un ambiente o clima organizacional positivo que estimule a la tarea, que disponga de los recursos y medios necesarios para hacerse cargo efectivamente de la gestión y finalmente que se haga responsable por los resultados del proceso educacional.

Caminos de descentralización pedagógica posibles: la experiencia chilena

Mostraremos en este acápite algunas experiencias que son destacables y que nos entregan lecciones (dificultades y aciertos) respecto de la viabilidad de la descentralización curricular y la generación de proyectos educativos en las escuelas, comunas y regiones.

## LA PROPUESTA DE OBJETIVOS FUNDAMENTALES Y CONTENIDOS MINIMOS

La Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE)<sup>93</sup> , en sus artículos N° 18 y 19 define la responsabilidad del Estado central de establecer objetivos fundamentales y contenidos mínimos (OF-CM) para cada uno de los años de estudio de la enseñanza básica y media y a su vez el diseño de mecanismos que permitan el establecimiento de sistemas de evaluación periódica de los dos niveles de enseñanza, para garantizar el cumplimiento de los OF-CM.

Dentro de ese marco general los establecimientos tienen, a partir de la promulgación de los OF-CM un amplio margen de maniobra para proponer sus planes y programas de estudio, que son calificados en su correspondencia con los OF-CM por las autoridades regionales de educación.

Durante los años 90 al 94, se ha ensayado la formulación de esta propuesta básica de OF-CM, que en la práctica y bien encauzada (con los recursos y apoyo necesarios) permitiría: i) la generación con gran autonomía de proyectos educativo-curriculares de las escuelas, así como también de las regiones y municipios; ii) la incorporación activa de múltiples agentes en el microdiseño curricular; iii) la ganancia de aptitudes técnico-pedagógicas en las escuelas y necesariamente en los municipios y regiones; vi) el fortalecimiento en el terreno educativo de las instancias desconcentradas y descentralizadas del Ministerio, y v) la mayor autonomía de las escuelas<sup>94</sup> y de todos los niveles en relación con el nivel central.

Si bien las posibilidades que ofrece esta nueva forma de concebir el currículo (un paso importante de descentralización) son grandes, las dificultades que ha encontrado son mayores, entre otras: i) el establecimiento del consenso nacional respecto de lo que vamos a entender como los OF-CM; ii) el que no se confunda a este tipo de propuestas con una clásica proposición de planes y programas; iii) que no se observe en la propuesta de OF-CM la ganancia de flexibilidad y autonomía para todos los niveles del sistema educacional; iv) la percepción de que existe incapacidad en los equipos docentes para asumir efectivamente la propuesta sin una muy larga y acuciosa preparación.

Aún con los problemas mayores que se han encontrado, se puede explorar en este tipo de opción para efectivamente descentralizar el currículo; también parece necesario complementar esta acción con: i) políticas de capacitación y perfeccionamiento de los profesores; ii) una política de difusión y socialización intensiva que asegure la participación en el proceso de la sociedad toda; iii) el fortalecimiento de la capacidad técnico-pedagógica tanto de la Región como del municipio. Finalmente, se necesita el diseño de una estrategia socialmente consensuada para transferir en la práctica y no sólo en el papel las nuevas competencias de diseño curricular que poseen los niveles inferiores del sistema educativo.

### **LA DESCENTRALIZACION PEDAGOGICA: LOS PROYECTOS DE MEJORAMIENTO EDUCATIVO (PME)<sup>95</sup>**

Los Proyectos de Mejoramiento Educativo (PME) constituyen la estrategia de descentralización pedagógica impulsada por el programa MECE. Se pretende, a través de ellos, mejorar la calidad de la educación que la escuela chilena entrega. Por medio de los PME se busca elevar el aprendizaje de los conocimientos culturales de base (lenguaje, matemáticas, ciencias sociales y ciencias naturales); potenciar las aptitudes sociales y desarrollar la capacidad para aprender a aprender de los niños.

Para lograr el objetivo deseado se busca que:

- \* Un determinado número de escuelas elaboren y ejecuten PME.
- \* Exista una red de apoyo, capacitación, evaluación y supervisión en acción a las escuelas que elaboran y ejecutan PME. Esta red está constituida por el sistema nacional de supervisión del Ministerio de Educación.
- \* Exista un fondo de financiamiento para los PME al cual tengan acceso las escuelas seleccionadas anualmente. Podrán optar a este fondo un total de 5.000 escuelas durante la vigencia del programa MECE (92-97).

Esta iniciativa ofrece un espacio institucionalizado para el ensayo de innovaciones pedagógicas en cada escuela y ha demostrado una potencia notable, ya que: i) hace posible que cada escuela pueda resolver con autonomía sus problemas pedagógicos; ii) ha generado prácticas en cada unidad educativa para producir mejoras del aprendizaje de los niños; iii) está abriendo espacios nuevos para la participación de la comunidad en la tarea educativa ; iv) está obligando a una interacción escuela-municipio de nuevo tipo (no solo administrativa).

Es evidente que el mismo ejercicio que están realizando las escuelas se puede contextualizar para el municipio apuntando a mejorar la gestión educativa de los mismos y elaborando propuestas de proyecto educativo comunal. Lo mismo puede ocurrir con las regiones.

En definitiva, la metodología de proyectos puede encerrar muchos elementos de solidez a la hora de buscar mecanismos para hacer viable la descentralización de competencias pedagógicas a los diferentes niveles del sistema.

En este momento se están llevando a cabo PME en más de 2.000 escuelas a lo largo de todo el país (el total de escuelas básicas es de 8.338) y los primeros resultados son extraordinariamente positivos. En relación a los déficit, una de las constataciones más importantes de la experiencia ha sido la dificultad de cada unidad educativa para administrar recursos propios (los PME oscilan entre los US\$ 5.000 y US\$ 8.000); las escuelas se ven obligadas a tener que depender más de lo necesario del municipio (cuando el sostenedor es municipal).

Se requiere un mayor grado de autonomía de las escuelas respecto del municipio (ej. descentralización funcional). La enseñanza que se tiene a la fecha es que en todos los niveles existe el riesgo del centralismo; también cae en esa tentación el municipio a la hora de tener que conferir mayor autonomía a cada escuela.

## **LOS MICROCENTROS RURALES:UNA PROPUESTA CURRICULAR PARA EL MEDIO RURAL<sup>96</sup>**

Los microcentros rurales consisten en redes de escuelas próximas (aproximadamente 8) de zonas de extrema ruralidad. En estas escuelas se desempeñan uno, dos o como máximo tres docentes en cursos integrados de enseñanza básica (más de un nivel por profesor). En estos microcentros los profesores se agrupan para enfrentar problemas pedagógicos comunes, desarrollar una propuesta curricular , utilizar materiales didácticos más pertinentes a la realidad rural y preparan sus propios recursos didácticos, evaluando y retroalimentando su accionar.

El propósito de los microcentros es mejorar los aprendizajes y la calidad de la educación que se imparte a niños de sectores de ruralidad extrema e incorporar activamente a la comunidad al trabajo escolar de tan esforzados profesores, ya suman más de 200 (correspondientes a 1,300 escuelas) en todo el país y se hallan concentrados particularmente en las regiones de mayor ruralidad ( VII a X Regiones)

Dado que el tipo de comuna a que pertenecen son normalmente de las más pequeñas y aisladas, los efectos que producen estas escuelas en la comunidad son notables, se pueden observar; i) la integración de los padres a la tarea educacional de sus hijos; ii) la incorporación de la comunidad ( el municipio); iii) el desarrollo de propuestas pedagógicas de los profesores que responden a los contextos y demandas de la comunidad que atienden (propuestas descentralizadas).

A inicios del año 94 los microcentros de algunas regiones iniciarán experiencias de PME destinadas a reforzar sus capacidades de operativizar las planificaciones que acuerdan los profesores.

#### **La descentralización de los insumos del proceso educativo (los textos y material didáctico)**

- «Los materiales didácticos son ingredientes fundamentales en el aprendizaje» dado que «tales materiales proporcionan información, organizan la presentación de la información desde el punto de vista de la extensión y secuencia, y ofrecen a los alumnos las oportunidades de utilizar lo que han aprendido. Los materiales didácticos que se sabe que realzan el rendimiento de los alumnos son los libros de texto, los manuales del maestro, los medios auxiliares de enseñanza y las computadoras»<sup>97</sup>

Pareciera importante la participación del nivel regional en los procesos de definición de criterios para la selección del material didáctico; además, es posible pensar que cada escuela que tiene acceso a los beneficios de recepción gratuita de textos de estudio y material didáctico que entrega el Estado llegue a definir a partir de un menú (seleccionado en negociación de criterios técnicos región-nacional) lo que desea adquirir para el trabajo de los alumnos, asegurando así buenos y abundantes materiales (textos, guías, bibliotecas de aula, material didáctico, bibliotecas de liceo, etc.). Es también factible considerar la participación de los niveles provinciales y las escuelas ( a través de muestras), en los procesos de selección y evaluación de textos y material didáctico para los alumnos, dando una opinión que se agregue a la de otros expertos (opinión de los usuarios).

Por otro lado, la necesidad de material más pertinente a las realidades locales o regionales, en un proceso de transición hacia formas más descentralizadas, debiera complementar los textos de carácter nacional , los cuales, seguirían existiendo independientemente de que las escuelas

adquieran capacidad de diseño curricular, hasta que esta capacidad de selección y oferta de las editoriales haga posible al menos su regionalización.

En cuanto a las formas de selección de los materiales didácticos y textos aparece como factible la constitución de equipos de selección, de carácter de consultor externo, en el Ministerio, en los ámbitos nacional y regional, en cuya composición se combinen la mirada de expertos en el campo y de metodólogos con experiencia y que trabajen en escuelas (ambos grupos reconocidos por sus iguales).

### **La descentralización y desconcentración del perfeccionamiento y capacitación en el servicio de los profesores**

En este terreno cumplen un papel protagónico el nivel regional y comunal. Es posible pensar que:

Aparecen como más eficaces las estrategias de perfeccionamiento que tienen como características: i) que se realizan en las escuelas, ii) su metodología es la de talleres, iii) en ellos se realiza la reflexión sobre la práctica pedagógica y los resultados del aprendizaje de los niños, iv) los contenidos son tratados de acuerdo con la detección de sus propios problemas, v) se busca resolver los problemas pedagógicos en forma cooperativa, vi) se recurre al apoyo de expertos cuando el equipo docente lo determina.

Experiencias tales como el P900<sup>98</sup> (actualmente en ejecución por el Ministerio de Educación en Chile), y sus resultados parecieran confirmar la eficiencia de este tipo de estrategia. Es posible desarrollar estas opciones desde el nivel regional. No se trata de postular una única y exclusiva forma de asumir la descentralización del perfeccionamiento. Debiera necesariamente darse una rica combinación de posibilidades dentro de las que han demostrado mayor éxito.

Se observa como de gran relevancia la existencia de una oferta de perfeccionamiento pertinente a los profesores. El mejor nivel para ofrecer iniciativas de este tipo es el nivel regional, por las dimensiones de la tarea y los recursos que requiere. La comuna podría articular sus demandas en relación con las disponibilidades en el nivel regional y por otro lado aprovechar este tipo de iniciativa para fortalecer las capacidades de gestión técnico-pedagógicas del personal que trabaja en sus administraciones.

Son también dignas de ser analizadas, para observar su factibilidad, las iniciativas de carácter local que surjan del propio profesorado. En España surgieron en el proceso de reforma educativa los Movimientos de Renovación Pedagógica que realizan tareas de perfeccionamiento en el servicio de los profesores; al recibir apoyo desde el Estado y adaptando experiencia desarrollada en Inglaterra, constituyeron Centros de Estudio y Perfeccionamiento (CEP) gestionados por los

propios docentes, en donde se busca que los profesores definan los contenidos que trabajan y definan o planifiquen las acciones de perfeccionamiento del personal de sus zonas. Cada equipo de CEP<sup>99</sup> en gran medida autogestiona sus recursos y disponibilidades de perfeccionamiento y capacitación del profesorado.

Las iniciativas de perfeccionamiento son articulables en todo tipo de institución, tanto de investigación como de formación, existentes en las regiones. Así es perfectamente factible imaginar la existencia de redes de recursos técnicos y financieros vía Universidades, O.N.G.s, centros de estudio y empresas, que articulen la labor de perfeccionamiento y reciclaje profesional de los docentes. También lo son en lo que pueden ser aportes en recursos las empresas y ONG, etc. Es por esta razón que el nivel nuclear para producir la descentralización en este ámbito, es la región por sobre el municipio.

### Los sistemas de supervisión

La supervisión externa técnico pedagógica en los sistemas descentralizados cumple un papel de tremenda importancia. En gran medida se puede observar cuán descentralizado está un sistema al caracterizar en la supervisión o inspectoría, en primer lugar, quiénes realizan la supervisión a las escuelas: el nivel local, regional provincial o nacional; en segundo lugar, qué aspectos se supervisan, el currículum, los docentes, material didáctico, presupuesto, etc.; en tercer lugar, cómo se realiza la supervisión, sobre los resultados o sobre normas o ambas, y finalmente a quiénes informa sobre las evaluaciones y registros el supervisor, a la propia escuela o a otro de los niveles.

En un sistema descentralizado se requiere de un Ministerio fuerte con un activo liderazgo en el sistema. Una forma de asegurar lo anterior es que este organismo posea un muy bien dotado cuerpo de supervisores que actúen en terreno en el ámbito técnico-pedagógico apoyando las labores de cada una de las escuelas. Se podría avanzar en: i) complementar las acciones de apoyo técnico-pedagógico que se realizan desde el Ministerio con acciones de similares características en el nivel municipal, buscando convertir a este nivel en un efectivo colaborador de la tarea educativa, ii) definir roles de apoyo, coordinación y evaluación en el nivel local a la supervisión técnico-pedagógica y por otro lado, dotarles de capacidades nuevas para la gestión de proyectos, iii) precisar las áreas técnico-pedagógicas en las escuelas y los entes municipales poniéndolas en el foco de atención supervisora (que no es sólo ministerial), iv) atender la dimensión de gestión y administración educacional en el nivel local como una prioridad en la transferencia de capacidades y tecnologías desde el nivel central y regional del Ministerio a las escuelas y administraciones educacionales municipales, esto último pasa por reducir y finalmente, eliminar la disputa existente en la distinción entre la función administrativa asociada al municipio y la función técnica asociada al Ministerio.

## LAS POSICIONES DE LOS ACTORES ESTRATEGICOS DE LA EDUCACION

Los actores sociales en el proceso de municipalización.

a) las consecuencias de la municipalización para el profesorado en los años 80.

Anteriormente al año 1973, la mayoría de los docentes de la enseñanza básica y media eran funcionarios estatales; por lo tanto, se encontraban sujetos al Estatuto Administrativo aprobado mediante decreto con fuerza de ley N° 338, de abril de 1960. Algunas de las especificaciones decían relación con :

- «Adscripción a empleos que podían ser «de planta», en condición de «titulares», «interinos», «suplentes» o «subrogantes», todo lo cual aseguraba la estabilidad o duración del vínculo con la función.
- Requisitos generales de ingreso a la función pública: edad, estudios, nacionalidad, etc.
- Normas sobre la provisión de empleos.
- Derechos de los empleados públicos : derecho a la función al ascenso, al sueldo , a la asignación por trabajos nocturnos y en días festivos , a asistencia médica por accidentes o enfermedades contraídas en el servicio, a gratificación de zona , a ocupar casas del fisco, a feriados, permisos o licencias . derecho al desahucio... y, finalmente derecho a jubilación ( a los 25 años de servicio las mujeres y a 30 los hombres ).»<sup>100</sup>

Otras especificaciones contenidas en el Estatuto se referían a la fijación del horario de clases, clasificación del personal, jornadas laborales, requisitos para desempeñar funciones en los diferentes tipos de cargo al interior de los establecimientos educacionales , etc. En síntesis, el Estatuto regulaba la función docente y fijaba las normativa laboral en sus detalles específicos.

Hasta el año 1981 el Estatuto Administrativo ( con algunas reformas de menor importancia) se mantuvo como normativa de los docentes del sector estatal.

En el año 1978 , se dicta el Decreto Ley N° 2.327 de Carrera Docente , « que contempla un meticuloso sistema de escalafones , ascensos, calificaciones , encasillamiento y remuneraciones de los profesores»<sup>101</sup> . Es de importancia destacar que con esta ley se pierde la propiedad del cargo , quedando los docentes sujetos a destinaciones . Junto con lo anterior la función de evaluación del desempeño docente queda en manos exclusivas de los directores de los establecimientos, quienes concentran en sus manos los mecanismos de control.

En el mismo año , se aprueba un reglamento orgánico para todos los establecimientos educacionales que dependen del Ministerio de Educación; este reglamento introduce un estilo jerárquico y verticalista , el cual responde « a tres lógicas diferentes : la del control autoritario, la tecnocrática y la funcionaria »<sup>102</sup>.

En el año 1979, se da a conocer la «Directiva Presidencial sobre Educación», que sienta las bases para las futuras modificaciones en el contexto del proceso de privatización de la enseñanza, a partir de esta directiva, comienza el proceso de dictación de decretos leyes que preparan el camino de traspaso de los establecimientos educacionales a las municipalidades. Es necesario destacar el decreto ley N° 2.345 que faculta al Ministerio del Interior para la remoción de cualquier funcionario , y el decreto ley N° 3.357 , que modifica la Ley de Carrera Docente, y faculta al Ministro de Educación para trasladar profesores y rebajar las jornadas de trabajo.

El terreno estaba preparado para el decreto con fuerza ley N° 3.063 de junio de 1980 , que establece el traspaso de las escuelas básicas y liceos estatales a las municipalidades. El punto central a destacar es que en este contexto todo el personal traspasado se regirá por las disposiciones del Código del Trabajo , es decir, por el decreto ley N° 2.200, que es la nueva legislación laboral.

En términos concretos, las obligaciones y derechos de los docentes se establecen mediante contrato individual entre trabajador y empleador; se pierde la estabilidad en el cargo, el sistema de calificaciones , ascensos y asignación de título, las vacaciones pagadas durante el período escolar de vacaciones, el horario de trabajo de 30 horas cronológicas. En resumen, se «liberaliza» el mercado del empleo del sector docente , bajo las mismas condiciones de los demás trabajadores del país. «Así, los docentes cuyos sueldos son financiados con la subvención estatal (cada vez son más docentes porque se traspasan todas las escuelas dependientes del Ministerio de Educación a las municipalidades) quedan doblemente perjudicados en sus condiciones de empleo. Por una parte , pierden las prerrogativas que tenían como funcionarios estatales, pero además no pueden hacer uso de la negociación colectiva que es el mecanismo de presión que tienen los trabajadores para obtener mejores remuneraciones y diversos beneficios»<sup>103</sup> .

Durante los años 1982-1983, los efectos de la crisis económica vivida por el país se hicieron sentir en el sector docente. Descendió significativamente el gasto en educación, por lo tanto, los administradores municipales, como también los empleadores del sector privado subvencionado, tuvieron que racionalizar el empleo docente, a través de la rebaja de los salarios, despidos masivos o congelación de los sueldos.

En 1983, se dicta la circular N° 1.284 conjunta de los Ministerios del Interior y de Educación, la que establece para los alcaldes del país instrucciones en relación con la administración del servicio educacional en las comunas. «Plantea que los alcaldes como empleadores deben emitir un reglamento para la administración del servicio educacional traspasado. Se especifica que el

reglamento debe contemplar las normas sobre ingresos, contratos de trabajo, feriados y asignación de funciones... La circular específica que el contrato de trabajo para los docentes de aula será de una jornada semanal de 30 horas cronológicas... La circular norma las vacaciones de los docentes. En estas nuevas disposiciones se está reconociendo que los docentes no pueden ser tratados de igual manera que otros trabajadores por la especificidad de su función y que necesitan ciertas condiciones para dar una educación de calidad»<sup>104</sup>.

La circular mencionada anteriormente no influyó en nada en la decisión de despedir a 8.000 docentes en el año 1986, ya que el origen de estas medidas dependió de las autoridades económicas, las que estaban «decididas a consolidar el proceso de traspaso de los establecimientos educacionales a las municipales y a reducir, definitivamente, los déficit presupuestarios»<sup>105</sup>.

Frente a estas situaciones laborales, los docentes se encuentran atemorizados y dependientes de la autoridad, en cuanto a conservar el empleo. También se hace necesario destacar que la ley de la oferta y la demanda permite contratar docentes a bajo costo, dado el gran número de desempleados.

#### b) Reacciones frente a la municipalización del magisterio

Al inicio del proceso de municipalización, un grupo reducido de docentes se opuso. «Contribuyeron a esta situación dos factores: el control político que tenían las autoridades sobre el gremio que a la fecha sólo contaba con el Colegio de Profesores<sup>106</sup>, y la no existencia de una organización gremial en manos de la oposición, que canalizase y representase las demandas del sector»<sup>107</sup>. Sin embargo, el Colegio de Profesores en una asamblea nacional de dirigentes en enero de 1984 estableció que:

- «A pesar de los loables esfuerzos del Ministerio de Educación y de Interior, ha habido despidos masivos, inseguridad laboral, humillaciones, pérdida de beneficios, rebaja de funciones ajenas a la docencia, cambio de status dentro de las unidades educativas, amenazas, postergaciones y otros vejámenes.

Por tanto, la Asamblea General del Colegio de Profesores acordaba hacer presente respetuosamente al Supremo Gobierno el consenso del profesorado nacional que en forma mayoritaria expresaba la necesidad de volver al régimen de dependencia administrativa y técnica del Ministerio de Educación Pública»<sup>108</sup>.

Asimismo, esta institución hace una evaluación del proceso de municipalización, donde señala aspectos positivos como:

- «Reparación de gran cantidad de establecimientos.
- Cursos de perfeccionamiento en los departamentos de educación municipal o en institutos profesionales».

Además, señala aspectos negativos como:

- «Contratación indiscriminada de funcionarios, en los departamentos de educación municipal, que sobredimensionan las reales necesidades de los mismos.
- Traslados indiscriminados de profesores.
- Presión ilegal a los profesores con años de servicios para obligarlos a renunciar voluntariamente a fin de reducir las planillas de sueldos, contratar profesores con primer nombramiento por ser los más económicos, contratar profesores con rentas más bajas que lo usual.
- Cierre de las escuelas nocturnas debido a que económicamente no son rentables.
- Descuentos ilegales por licencias médicas de días no trabajados.
- Asignación de profesores a trabajos extraordinarios no relacionados con la educación.
- Suspensión de sueldos por dos o tres meses a profesoras con licencias maternales mientras se reciben los fondos compensatorios»<sup>109</sup>.

Cabe hacer notar que esta declaración y evaluación del proceso se da en un contexto oficialista, en cuanto el Colegio de Profesores es dependiente de las autoridades de la época.

La Asociación Gremial de Educadores de Chile, AGECH, creada a fines de 1981, que cobija a educadores al margen del Colegio de Profesores y opositores al sistema oficial, en el año 1984 «denunciaba que el promedio de sueldos en los colegios particulares subvencionados es de \$9.000 (equivalente en la época a US\$ 120) y que se les contrata de marzo a diciembre para no pagarles las vacaciones. Asimismo, denunciaba que algunos docentes eran obligados a falsear asistencia para obtener la subvención y mantener su trabajo. Además, denunciaba el despido de dirigentes sindicales»<sup>110</sup>.

El Taller Nueva Educación, que lo conforman un grupo de educadores, al realizar un análisis técnico del proceso de municipalización señala entre los errores cometidos :

- «No haber consultado a los actores sociales involucrados.
- Haberla puesto en marcha sin previa investigación y ensayo.
- Reproducción de la burocracia del Ministerio a nivel municipal.
- Pérdida de garantías, de estabilidad y menores salarios de los docentes.
- Educación condicionada a las características del alcalde.
- Confusión entre las líneas administrativa y educativa.
- Sujeción a la lógica económica del mercado, que implicó: privatizar la situación laboral de los docentes; instaurar un estilo de administración gerencial, y asignar a la educación municipalizada el mismo régimen de las subvenciones privadas»<sup>111</sup>.

En 1985, se realizan las primeras elecciones democráticas dentro del Colegio de Profesores; el resultado favoreció a los sectores opositores al régimen militar. Al iniciar su gestión el presidente del Colegio de Profesores democratizado, establece las siguientes demandas:

- 1.- «Una ley que garantice la estabilidad laboral de los profesores.
- 2.- Fijación de una escala de rentas acorde con la importancia del papel docente en la sociedad.
- 3.- Incremento de oportunidades de capacitación y perfeccionamiento profesional.
- 4.- Reincorporación de los profesores exonerados por sus ideas y por la aplicación criminal de la lógica mercantil en la educación.
- 5.- Regreso de todos los maestros exiliados.
- 6.- Fin a la «municipalización» y «privatización» de la educación.
- 7.- Más presupuesto para la educación.
- 8.- Mejorar la grave situación de la mayoría de los profesores jubilados.
- 9.- Terminar con la grave situación salarial y de estabilidad de los profesores de los colegios particulares subvencionados»<sup>112</sup>.

También en el discurso se establece «lograr la promulgación de un estatuto docente que, con la participación del Colegio de Profesores, asegure las demandas reivindicativas de los docentes»<sup>113</sup>.

En 1987 el Colegio de Profesores elaboró y aprobó un proyecto de estatuto de la profesión docente, que fue presentado al Gobierno, no obteniéndose respuesta positiva. Algunos puntos a señalar del estatuto son el establecimiento de disposiciones de orden laboral como mecanismos para asegurar la estabilidad en el empleo, carrera basada en escalafones ascendentes por antigüedad, sistema nacional de remuneraciones, etc.

#### d) Reacciones de la Iglesia Católica frente a la municipalización

A través de dos cartas pastorales publicadas en los años 80, la Iglesia Católica puso de manifiesto su actitud crítica frente a la reforma del sistema.

En la Carta Pastoral sobre Educación de 1981, en cuanto a la municipalización y privatización de la educación, el Episcopado estimaba positivo que se vinculara la escuela con las instituciones locales, ya que éstas conocen mejor las realidades de sus alumnos; además, ello permitiría agilizar los procesos administrativos. Sin embargo, visualiza la existencia de peligro en cuanto al control político sobre los alumnos, ya que los municipios dependen directamente del Poder Ejecutivo y los alcaldes son designados por éste. «Asimismo, inquieta profundamente al Episcopado la posibilidad de que las municipalidades pudiesen a su vez traspasar las escuelas recibidas del Estado a manos de terceros. Temían que la enseñanza pudiera quedar radicada en individuos o grupos inadecuados movidos por intereses económicos, ideológicos u otros igualmente ajenos a la educación y al bien de los educandos»<sup>114</sup>.

Al Episcopado le preocupaba que la educación perdiera su carácter de servicio con equidad y homegeneidad, dadas las diferencias económicas que existen entre las diferentes municipalidades del país.

En la Carta Pastoral sobre Educación de 1986, la Comisión Permanente del Episcopado Nacional hace referencia a la situación de los docentes que habían sido traspasados al sistema municipalizado:

- Plantean la existencia de una crisis de la profesión docente, la que se acompaña de una gran sensación de inseguridad laboral.
- Plantean que el traspaso de las escuelas a las municipalidades no ha significado el estrechamiento del vínculo entre las instituciones locales o comunitarias y los establecimientos educacionales.
- Plantean nuevamente el peligro del control político sobre la educación desde los municipios (alcaldías).

La descentralización en la forma de municipalización en la presente década: los cambios significativos y las posturas de algunos actores políticos y sociales.

a) La posición del magisterio en los años 90.

En una primera etapa del gobierno del Presidente Aylwin el magisterio centró su atención en la mejora de las condiciones laborales del profesorado, haciendo hincapié por ello, en las propuestas relativas al Estatuto de la Profesión Docente, en cuya elaboración participó activamente a través de su directiva nacional. Los propósitos del profesorado en esta negociación con el Gobierno eran principalmente conseguir, por una parte, estabilidad laboral y, por otra, una escala salarial acorde con la importancia de la labor docente. Otra aspiración importante del gremio que era terminar con la «municipalización»; en ello no se insistió en la negociación, pues el Estado dio señales claras en el sentido de no volver atrás en este proceso.

A mediados de 1993 se han negociado nuevas condiciones de remuneraciones para el profesorado municipalizado (independientes de las ya ganadas por el Estatuto Docente). Esto fue producto de un conflicto de características nacionales, en donde las bases del gremio, en gran medida, excedieron a sus dirigentes y mantuvieron un paro de actividades en muchas regiones del país. Ello obligó a una negociación entre el gremio y el Gobierno para lograr un aporte mayor de recursos a la educación. Un dato importante de observar es la manutención al margen de los municipios (que en último término es el empleador de los profesores) en estos conflictos y negociaciones. Ello, en dos sentidos, por un lado la neutralidad y limitada responsabilidad que parecen sentir los municipios en relación con estos problemas (si existen dificultades, ya sean sean déficit o mayor necesidad de recursos, es responsabilidad del Estado central) y por otro lado, el Estado central no ha considerado debidamente a este actor clave, tanto en las negociaciones como en la efectiva transferencia de responsabilidades.

Como la organización gremial ha estado concentrada en mejorar las condiciones laborales y se ha evitado tocar temas estructurales como la municipalización, se puede explicar que los pronunciamientos sobre esta materia no hayan sido muy visibles, pero a pesar de ello existe posición del gremio. Esta se puede caracterizar porque actualmente, democratizados los municipios, no existe (oficialmente) rechazo a que la educación esté en manos de los municipios o instancias de ese nivel, pero la actual situación debe modificarse en términos importantes en materias tales como:

- Pérdida de prestigio social y académico de la educación municipalizada.
- Falta de participación del profesorado y de la comunidad en el proceso de gestión educativa.

- Falta de presencia del Ministerio en el ámbito técnico-pedagógico. Ello se ha ido modificando con la presencia de programas nacionales impulsados por el Ministerio.
- La hipertrofia (exceso de personal) de los organismos creados en los municipios para administrar la educación (Direcciones de Administración Educacional Municipal (DAEM) o Corporaciones Municipales) que trae como consecuencia una ineficiente gestión en estos organismos.
- El regreso de los establecimientos a manos del Estado central es planteado por algunos sectores al interior del magisterio.

**b) La postura de los partidos políticos frente a la descentralización educacional.**

Cómo ven hoy la descentralización (municipalización) de la educación algunos partidos políticos<sup>115</sup> relevantes u organismos dedicados al tema y vinculados a partidos.

**Algunos partidos de Gobierno**

**Partido Demócrata Cristiano:<sup>116</sup>**

Plantean su acuerdo con el proceso de municipalización de los establecimientos educacionales; sin embargo, a modo de diagnóstico, perfilan algunas carencias del proceso que requieren revisión:

- Pérdida de liderazgo del Ministerio de Educación en el sistema escolar.
- Pérdida de prestigio social y académico de la educación municipalizada, ratificada por el descenso sistemático de su matrícula.
- Falta de participación social a nivel municipal.

En respuesta a lo anterior, se plantean desafíos institucionales de la descentralización educativa :

- Modernización de la gestión del Ministerio de Educación, estimulando que sea más eficiente en su papel de regulador, coordinador, permitiendo el cumplimiento de las orientaciones generales y la equidad del sistema. Es necesario que el Ministerio se vincule con el gobierno municipal y las instituciones escolares.
- Fortalecimiento de la capacidad de supervisión y articulación de los departamentos provinciales de educación; coordinación con los órganos municipales (DAEM o Corporaciones Municipales).

- Elevación de los requisitos legales para ser un sostenedor de la educación particular subvencionado.
- Impulsar un programa de mejoramiento de la educación pública-municipal.
- Fomentar la creación de consejos comunales de educación, como órganos asesores del municipio.
- Estudiar la asociación de municipios pequeños para hacer más eficientes los sistemas comunales de educación.
- Mejorar la gestión pedagógica en los colegios, eliminando las prácticas verticalistas y jerarquizadas.

**Partido Por la Democracia:<sup>117</sup>**

Plantean su acuerdo con el proceso de municipalización. Postulan un sistema educacional desconcentrado y descentralizado. Rechazan un Ministerio de Educación fuertemente centralizado, con carácter de empleador, administrador directo de las escuelas. Se postula una redefinición de la institucionalidad del Ministerio y las tareas de sus funcionarios.

Se propicia una acción estatal eficiente, con funciones reguladoras, redistributivas, de apoyo y de fiscalización del uso de los recursos públicos.

Postulan que el proceso de desconcentración del Estado democrático debe estar al servicio de la descentralización y de la autonomía de la base social.

**Proponen lo siguiente:**

- Concentración del Ministerio de Educación en las funciones de orientación, apoyo técnico, distribución de los recursos públicos y control de su uso.
- Mantenimiento y perfeccionamiento de la delegación de la administración municipal de los establecimientos educacionales, eventualmente también en los gobiernos regionales. Asimismo, en el caso de los municipios pequeños, creación de corporaciones intercomunales de administración, de derecho público.
- Fortalecimiento de los centros de padres y apoderados, de los centros de alumnos y los consejos de profesores. Perfeccionamiento de los consejos económicos-sociales comunales y los consejos provinciales de educación.

- Incremento de los niveles de subsidios públicos a la educación prebásica, básica, media.
- Incentivo a formas más amplias y diversas de inversión y gasto privado en educación, como el financiamiento compartido, los aportes empresariales, las sociedades profesionales de educadores que emprendan la gestión de establecimientos, etc.

**Partido Radical de Chile:<sup>118</sup>**

Postula «que la educación es atención preferente del Estado», por tanto el Ministerio de Educación debe recuperar su papel rector del sistema.

Plantean que la descentralización es un proceso socio-educativo, que redistribuye la capacidad de decisión a los actores directos de la educación para que estos puedan determinar sus necesidades y problemas y buscar las soluciones propicias.

Rechazan la educación municipalizada y plantean eliminarla; establecen fuertes críticas al proceso de municipalización.

Postulan que la responsabilidad de conducción debe radicar en las secretarías regionales ministeriales de Educación y que éstas deben facultar a las jefaturas de los departamentos provinciales para que administren los establecimientos educacionales.

Proponen lo siguiente:

- Abrir un debate nacional en relación al actual sistema de administración de la educación.
- Efectuar correcciones al modelo de descentralización actualmente en vigencia, de tal manera de generar un nuevo modelo.
- Fortalecer la gestión operativa del Ministerio, otorgándole condiciones de apoyo técnico, administrativo y financiero, para que coordine a nivel nacional los esfuerzos de cada región.

Desde los partidos de izquierda opositora al actual Gobierno.

**Partido Comunista:<sup>119</sup>**

Rechazan la gestión de administración municipal de la educación. Plantean un sistema de administración descentralizado que apunte a lo siguiente:

- Creación de consejos de educación en los niveles regional, provincial, local o comunal con capacidad de decisión sobre el funcionamiento, administración e infraestructura de los establecimientos; administración del personal, equipamiento, manutención, desarrollo, etc.
- El Ministerio de Educación deberá organizar un sistema nacional de educación, además de sus funciones de supervisión, fiscalización, evaluación del sistema de educación.
- Rechazan el sistema actual de subvenciones a la educación particular subvencionada, y plantean lo siguiente:
- Creación de un sistema de administradores de los cooperadores de la función educacional.

**Desde partidos políticos de derecha opositores al Gobierno.**

**Renovación Nacional<sup>120</sup>**

Se declaran partidarios de la descentralización, señalando que hay que perfeccionar el actual sistema de administración educativa municipal. Entre los aspectos que se deben corregir señalan: i) acentuar el papel subsidiario del Estado, entendido como dejar a los privados las tareas que éstos pueden realizar de mejor manera, reemplazándolos sólo cuando existan pruebas que no es posible que éstos se hagan cargo de la tarea (ej. imperfecciones del mercado). Ellos incentivan fuertemente la privatización de la educación; no obstante, esto último no significa acabar con la administración municipal de la educación y; ii) perfeccionar la municipalización, otorgando mayor autonomía a los establecimientos educacionales, y desarrollar mecanismos de incentivos monetarios a los profesores que, por ejemplo, premien a los que obtengan mejores logros de sus alumnos.

Dentro de este mismo sector existe una institución que genera opinión, el Instituto Libertad y Desarrollo, citado anteriormente (soluciones privadas a problemas públicos). En él trabajan expertos ligados al gobierno autoritario (73-90). Estos se pronuncian por la privatización del sistema escolar, la cual la asocian con la verdadera descentralización. En relación con el financiamiento de la educación descentralizada cuestionan mucho el gasto en educación que apunta a subsidiar la oferta (ej. cubrir los déficit municipales) y postulan el fomento de los subsidios a la demanda (figura de cheque escolar). En materia asociada a lo pedagógico proponen incentivos individuales a los profesores de acuerdo con rendimiento.

Haciendo un breve recuento general de las posturas de los diferentes actores se puede señalar: i) la descentralización educativa es apoyada por un amplio espectro de opiniones políticas; ii) en relación con la municipalización, en general se la considera como alternativa válida de descentra-

lización, introduciendo correctivos importantes; en algunos casos se plantea la pregunta de si es éste el nivel más adecuado para la gestión educativa directa (ej. se podrían agrupar municipios rurales y/o pequeños); iii) también desde distintas perspectivas se señala la necesidad de un Ministerio más protagónico y con mayor liderazgo técnico en el sistema; iv) aparece como compartida la necesidad de dotar de mayor autonomía a las unidades educacionales, lo que implica posean mayores competencias en el ámbito administrativo y pedagógico (ej. administrar recursos propios, diseñar propuestas curriculares); v) se plantea la necesidad de generar canales eficaces de participación de la comunidad en la tarea educativa (padres, organizaciones, etc.); vi) en relación con la posibilidad de generar incentivos para el mejor desempeño docente existe también un acuerdo, no siendo tan claro este acuerdo cuando se trata de llevarlo a la práctica. (dificultades para acordar mecanismos que satisfagan a los distintos sectores en temas como grados de competencia, solidaridad de los mecanismos, etc.).

Cabe destacar temas que aparecen fuera de un acuerdo general: i) alternativas de regresar las escuelas al Ministerio o simplemente privatizar toda la educación; ii) como hacer viable un mecanismo de financiamiento de la educación donde participen más agentes que el Estado. Estos temas, pueden compartirse en las ideas, como el subsidio a la demanda, pero cuando se traducen a propuestas concretas son altamente discutidos, por poseer una clara carga ideológica. Ejemplos de ello son el cheque escolar o mecanismos como el financiamiento compartido.

## **OTRAS EXPERIENCIAS EN AMERICA LATINA: BREVE DESCRIPCION**

### **Los modelos de descentralización educativa en América Latina**

Hemos indicado en las páginas precedentes en líneas muy generales algunos de los modelos de descentralización empleados en América Latina; entre ellos hemos destacado el que más nos preocupa, la municipalización. Queremos tratar en esta sección del estudio, con un afán meramente descriptivo, las formas que ha tomado este proceso en las diferentes realidades de nuestro continente.

Se revisarán en forma somera estrategias de: i) nuclearización, ii) regionalización y iii) municipalización.

#### **a) La nuclearización**

Esta modalidad de descentralización posee una larga trayectoria en América Latina. Aparece como una estrategia muy oportuna para enfrentar realidades de alta ruralidad que se presentan en múltiples rincones de nuestro continente. Se entiende como «la agrupación, a través de una red de servicios interrelacionados entre sí, de las unidades escolares de un área geográfica determinada.

El área puede definirse también por factores demográficos, topográficos, de comunicaciones y de homogeneidad socioeconómica. Esta forma de organización - el núcleo educativo - constituye una unidad con funciones técnico-docentes, administrativas y de promoción comunitaria. En el núcleo educativo se desarrollan programas escolarizados y no escolarizados y acciones de extensión educativa en apoyo y promoción comunal y de fomento de la participación de la población»<sup>121</sup>.

Experiencias de este tipo se llevaron a cabo originalmente en la década del 30 en Bolivia y Perú en escuelas de extrema ruralidad (unidocentes). Usaban una escuela como centro generador (modelo) que movilizaba al conjunto de unidades educacionales circundante (periféricas), buscaban romper con el extremo aislamiento de los docentes de escuelas de zonas geográficas cercanas, generando lazos entre éstos y promoviendo la integración de la comunidad a la tarea educativa.

Esta experiencia tuvo logros importantes. Sin embargo, producto de dificultades crecientes en su ejecución, entre otras cosas por el excesivo centralismo, fue abandonada en la década del 60. Fue retomada durante la década del 70 por el Gobierno de Velasco Alvarado en el Perú, extendiéndose también a otras latitudes del continente (Argentina, Brasil, Panamá, etc.). En el caso peruano se volvieron a rescatar los propósitos de esta estrategia como una forma de romper con el aislamiento de la escuela de su entorno; predominó la idea de interconexión y redes de ayuda entre las escuelas que a su vez formaban un complejo entramado de nuclearizaciones en los niveles mayores (provincial). Esta experiencia se vio enormemente dificultada, pues contó con la fuerte oposición del magisterio peruano.

En Argentina fue promovida por el régimen militar durante los años 70. En una evaluación del proceso se indicó que en verdad lo que se intentó realizar con el nombre de nuclearización en Argentina no fue tal pues las EMER (nombre que recibieron) fueron en realidad «una desvirtuación de los principios básicos de la nuclearización, ya que cada núcleo se integraba sólo con escuelas que eran construidas por el programa, con altos costos y equipamientos muy avanzados y dejaba de lado a las restantes que hubieran necesitado nuclearse con las escuelas mejor equipadas. Además esta nuclearización no incluía la participación comunitaria ni la microplanificación y sólo atendía aspectos curriculares»<sup>122</sup>.

La estrategia de nuclearización en general ha buscado la democratización de la enseñanza, contribuyendo con: i) el aumento de la escolarización de una población que normalmente no es retenida y deserta del sistema; ii) el mejoramiento de la educación que imparten las escuelas de zonas pobres; iii) el aumento de la pertinencia de las propuestas pedagógicas que estas escuelas trabajan y; iv) el fomento de la participación y el trabajo educativo de la comunidad del entorno.

Dentro de las dificultades que este tipo de estrategia ha encontrado, varios de los autores antes citados (R. Hevia, C.L. Latorre, I. Núñez, etc.) resaltan lo siguiente: i) la resistencia de un sistema

centralizado a operar en la lógica nuclearizada (particularmente del personal); ii) los requerimientos de una mayor y más adecuada preparación de los docentes para participar en las experiencias (conocer muy bien la realidad donde trabajan); iii) la poca participación de la comunidad, la que muchas veces no está preparada; y, iv) normalmente estas experiencias contaron con poco apoyo financiero.

#### b) La regionalización

Este tipo de proceso, a diferencia de la nuclearización, surge como propuesta desde los gobiernos centrales o de organismos multilaterales (OEA); se da al igual que la anterior en una gama variada de experiencias. Muchos indican que más que un proceso de descentralización este tipo de propuestas se enmarca como desconcentración del Estado.

La regionalización, que ha consistido en la transferencia de competencias desde el nivel estatal central a entes de un nivel intermedio entre las comunas y éste, ha tenido diversa expresión según si estamos hablando de un Estado unitario o federal (aunque como recordaremos la tradición centralista de nuestros países hace difícil distinguirlos en la práctica). Se podría considerar esta estrategia como a medio camino entre la descentralización más profunda y la desconcentración.

Podemos distinguir un proceso de regionalización más radical del tipo español. «Un examen de dicho reparto (entre el centro y las regiones), a la luz de las claves fundamentales que estamos utilizando, indica que encontraremos un modelo intermedio (de descentralización): el Estado se reserva las normas básicas sobre la ordenación general del sistema educativo, la regulación de las condiciones para la obtención de títulos académicos y la fijación de parte del currículo nacional; en cambio las comunidades autónomas tienen autoridad plena sobre los centros docentes, profesores y alumnos y expiden títulos académicos, supervisan o inspeccionan el subsistema educativo que se les ha transferido y gozan de amplia autonomía financiera»<sup>123</sup>.

En realidad en ningún país de nuestro continente se dan esos grados de autonomía, incluso en países federales en donde debiera ser natural que los estados o provincias gozaran de mayor autonomía que la mencionada. Así, por ejemplo, en el caso de Argentina (Estado federal), que había desarrollado una tradición fuertemente centralista en materia educativa durante el presente siglo, se inicia la transferencia de escuelas primarias federales más como una necesidad de racionalización del Gobierno central que de una necesidad de las provincias. Es más, varias provincias se opusieron a los traspasos dado que éstos no venían con la seguridad de tener financiamiento.

Dentro de los objetivos de la regionalización que son considerados más importantes se señalan: i) la modernización de los sistemas educacionales, en el sentido de permitir la ganancia de aptitudes técnicas en los niveles inferiores de la administración del Estado; ii) la posibilidad de

un desarrollo equilibrado de la Nación, fomentándose la capacidad de decisión en cada región y redefiniendo y mejorando la función del Estado central como ente supervisor y regulador del sistema en su conjunto; iii) la realización de transferencias de funciones a órganos de carácter regional para que se responsabilicen de las tareas encomendadas; y, iv) la vinculación del esfuerzo de modernización educacional a los de reforma del aparato público.

### c) La municipalización

Nos referiremos en forma muy escueta a este tipo de estrategia descentralizadora, pues corresponde al tema al que hemos dedicado la mayor parte del presente estudio. En primer lugar, hay que indicar que la presencia activa del Municipio en materia educativa no es cuestión nueva en el continente, mas como vimos en un comienzo, la pérdida de importancia de los municipios se dio en la medida en que nuestros sistemas educativos se fueron centralizando.

Aparte de Chile los países que han aplicado esta forma de descentralización, con sus respectivos matices, son Brasil y, recientemente, Colombia. En el caso de Brasil «existe una tradición municipalista que data de décadas (inicios de los años 60). La administración de la educación opera a través de la Unión, de los Estados y de los Municipios. Cada uno de estos niveles tiene igual derecho a iniciativa en materia educacional y responsabilidades diferentes frente a algunas materias. Por ejemplo, al Consejo Federal de Educación le compete establecer el currículo mínimo; a los Consejos Estaduales les corresponde diseñar la parte diversificada del currículo; los Consejos Municipales, en cambio, carecen de autonomía normativa, por lo que sólo ejercen funciones delegadas de los Consejos Estaduales. En relación con el régimen de contratación, de promoción de fijación de salarios del personal docente, sucede que cada nivel tiene su propio escalafón. De igual manera, el financiamiento se realiza con los fondos que provienen de la Unión, de los Estados y de los Municipios»<sup>124</sup>.

En todo caso, la municipalización llevada a cabo en profundidad plantea desafíos mayores, pues por un lado se requieren a lo menos tres polos con grandes atribuciones cada uno (la Nación, la Región y el Municipio) y, por otro lado, tienen que generar formas eficientes de conciliar intereses: el centro con su tendencia centrípeta, la región entre los polos y el municipio (el distrito o condado) con sus tendencias centrífugas. En educación un caso paradigmático en este sentido es el sistema de los Estados Unidos, en donde no pocos autores más que ver un sistema educacional ven una infinidad de sistemas locales con todas las tensiones y dificultades que ello implica.

### Breve descripción de los procesos en algunos países latinoamericanos

Mencionaremos la situación en este campo en algunos países de la región, aclarando que las descripciones<sup>125</sup> no poseen un carácter exhaustivo y más bien son títulos a destacar. También es necesario recordar que la selección de los países no responde a ningún criterio en particular y que

por tanto, tiene cierta arbitrariedad. Aún así hemos querido introducir esta sección para mostrar una panorámica de la realidad de la región en esta materia. Presentaremos algunas agrupaciones de acuerdo con el énfasis de los procesos.

### Los que hacen hincapié en la regionalización

#### Argentina

Existe una compleja distribución de competencias educativas entre la Nación y las provincias. Corresponde a las provincias asegurar la educación primaria a toda la población y es competencia del Congreso Nacional dictar los planes de instrucción generales.

Históricamente las provincias han sido más directamente responsables del nivel primario de educación, mientras que el nivel medio ha mantenido una dependencia más directa del Estado. Como recordaremos, el sistema educacional argentino tuvo una permanente tendencia a la centralización, principalmente durante este siglo (Ley Lafnez, 1905)<sup>126</sup>. A partir de 1961 comienza un proceso paulatino de regresión del proceso (el Estado devuelve escuelas primarias a las provincias), que se acelera por motivos económicos en 1976.

Las provincias inicialmente resistieron la transferencia dado que el traspaso no significaba necesariamente mayores recursos para la administración de los establecimientos. Sin embargo, ello ha tendido a cambiar y en los últimos años se tiende a una mayor aceptación.

Las competencias de cada nivel frente a algunos nudos clave se observan como sigue: i) la estructura del sistema, los niveles y los cursos de cada nivel son determinados por el Estado central; ii) la certificación de los niveles no universitarios son expedidos tanto por el Estado central como por las provincias; iii) los currículos en sus diferentes aspectos son fijados por el nivel nacional con participación de las provincias; iv) el financiamiento y supervisión corresponden también a los dos niveles.

Las provincias administraban los establecimientos educativos primarios, en cambio el nivel secundario se repartía entre el Estado central y las provincias; durante el año 1992 se comenzó a realizar el traspaso de todos los establecimientos a las provincias, las que pasaron así a administrar la totalidad de los establecimientos que hasta ahora estaban en manos del Estado central.

Existen algunas experiencias de descentralización y de modernización de la gestión educativa que son dignas de destacar y observar. Es el caso de la Provincia de Mendoza, que particularmente y dentro de una iniciativa para mejorar la gestión estatal a nivel provincial en cuanto a descentralizar la prestación de servicios sociales (al interior de las provincias), ha ensayado la transferencia de competencias al nivel comunal y escuela (por ejemplo, comunas entrega de útiles y vestimenta, escuelas/fondos para gastos de mantenimiento).

El plan de descentralización orgánica ha operado a través de la búsqueda de acuerdos en instancias que congregan a los encargados de las políticas educativas de cada provincia con el nivel nacional: el Consejo Federal de Cultura y Educación (organismo creado en los años 70).

### **Costa Rica**

Los primeros planteamientos orientados hacia la regionalización educativa aparecen en el Plan Nacional de Desarrollo Educativo (PNDE), de 1972. Este plan plantea la necesidad de reformas fundamentales en la administración de la educación. A partir de 1976 se pone en marcha la reforma administrativa de acuerdo con los planteamientos del PNDE, desconcentrándose los servicios educativos en las zonas más apartadas del país.

En 1982 se da un giro al proceso redefiniéndose las regiones desde el punto de vista educativo (se divide el territorio en 17 direcciones regionales de enseñanza). Finalmente, en 1992 se dispone a dividir el país en 7 regiones educativas, que a su vez se subdividen en 19 subregiones.

Se desconcentran en este último proceso algunas competencias para la adecuación curricular por las regiones. En relación con la distribución de competencias en los aspectos clave del proceso educativo: i) el Estado central conserva la responsabilidad de definir la estructura del sistema (niveles y cursos); ii) las competencias en materia de certificación las conserva el Estado central; iii) en materia de contratación de personal, las necesidades son definidas por una oficina de carácter nacional (División de Planeamiento y Desarrollo Educativo), la que transfiere la información al Ministerio de Educación que en coordinación con los jefes de recursos humanos de cada una de las direcciones regionales de educación opera la asignación de cargos; iv) el currículo es elaborado por el nivel central y el financiamiento del sistema se encuentra centralizado en una oficina (División de Planeamiento y Desarrollo Educativo).

A pesar de existir un discurso fuerte de descentralización, aparentemente se traduce en muy pocas consecuencias prácticas, ya que casi la totalidad de las competencias permanecen en manos del Estado central. Por último, habría que considerar si tiene algún sentido descentralizar en un país que por dimensión del aparato estatal es muy probable pueda funcionar centralizadamente en forma eficiente

### **Procesos que ponen el acento en el nivel del municipio**

#### **Brasil**

La administración y la regulación normativa del sistema educacional brasileño se encuentran afincadas en tres instancias: la Unión, los Estados y los Municipios, pudiendo el sector privado tener iniciativas en cualquiera de los grados de enseñanza. Los primeros grados (básica) son atendidos principalmente por unidades de la Federación y Municipios; el segundo (media) grado prioritariamente por unidades de la Federación.

Es el Ministerio de Educación el que toma las decisiones en materia de políticas y, en los aspectos normativos, es asesorado por el Consejo Federal de Educación (miembros designados por el Gobierno). Esta estructura se repite a nivel de cada Estado.

Para dimensionar las magnitudes del sistema educacional brasileño, basta decir que a 1992 la población atendida en educación básica (primeros grados) era de 24 millones de niños entre 7 y 14 años (84,5% de la población de esa edad), existiendo más de 4 millones de niños<sup>127</sup> que no son atendidos. La matrícula se reparte entre establecimientos de administración federal (0,5%), estadual (57,2%), municipal (30,2%) y privada (12,1%).

Desde la promulgación de la Constitución de 1988, adquirieron mayores competencias en el ámbito educativo los Estados y los Municipios. En uno de los aspectos fundamentales, el financiamiento de la educación, operan mecanismos mixtos de aporte: i) por ley la Unión debe aportar un 18% de los recursos que recauda por impuestos para educación; ii) los Estados deben realizar un aporte de un 25% de los recaudos efectuados por impuestos propios; iii) en relación con las municipalidades éstas deben aportar el 25% de los recaudos por concepto de impuestos municipales.

La estructura del gasto indica que parte importante del presupuesto se gasta en la educación de los primeros grados (básica) (43,8%), llevándose la otra parte importante del gasto la educación superior.

En relación con los aspectos técnico-pedagógicos, no podemos hablar de una realidad homogénea, pero en general el Estado central a través del Ministerio de Educación (MEC) se responsabiliza de la definición de los estándares relativos a la formación de profesores y el suministro de recursos técnicos y financieros, entre otros, actuando en colaboración con los otros niveles en temas como la provisión de material didáctico, alimentación escolar y mejora de la infraestructura escolar. El Ministerio no tiene ejecución directa de programas siendo ella una responsabilidad de los Estados y Municipios.

Un ejemplo interesante de destacar es un plan de gran envergadura en plena realización a la fecha: el Proyecto de Educación Básica para el Nordeste, una de las zonas más pobres de Brasil. Se está llevando a cabo un programa de mejoramiento de la calidad de la educación que reciben los niños de los primeros cuatro cursos (series) de la educación de primer grado (básica). Para lograr lo anterior se busca mejorar las tasas de aprobación y aprendizaje de los niños, mejorar la gestión pedagógica y administrativa de los establecimientos escolares y la modernización de los procesos de toma de decisiones en los diferentes niveles (Estado y Municipio) para fomentar así la elaboración de proyectos educativos por las escuelas.

## **Experiencias que incorporan componentes de participación privada**

### **El Salvador**

Hemos querido destacar el caso salvadoreño, debido a que se encuentra en desarrollo en este país una novedosa forma de mejorar la gestión educativa.

Aunque en rigor no es nueva la idea de incorporar a las familias en el proceso educativo, es tremendamente difícil de llevar a la práctica. En este país se está ensayando la llamada experiencia de las Asociaciones Comunales para la Educación (ACE), que son agrupaciones de padres<sup>128</sup> que se responsabilizan y se hacen cargo de escuelas, por lo cual, reciben una subvención estatal para administrarlas. Los pagos que estas asociaciones de padres reciben incluyen el salario de los docentes, prestaciones para el funcionamiento de los establecimientos y provisiones, además de recursos para el material didáctico. Para recibir los recursos los centros deben tener mínimos de matrícula (25 niños) y no pueden exceder un máximo (35 niños) y todos los aportes son mensuales excepto los de las instalaciones, que son anuales.

El programa, que partió con experiencias piloto dentro de un plan mayor (EDUCO), hoy abarca un número muy importante de escuelas básicas y prebásicas de diversos distritos<sup>129</sup>. El programa se enfoca a las zonas de extrema ruralidad y marginación y tiene modalidades escolarizadas y no escolarizadas.

Los ACE se encargan directamente de contratar a los docentes, haciendo el papel de administradores<sup>130</sup> de los establecimientos; son supervisados por el Ministerio, que les entrega los recursos (por contrato o convenio). Pareciera que los primeros resultados de la experiencia son muy positivos, pues se ha logrado comprometer a la comunidad en el proceso educativo y disminuir uno de los más graves problemas de la educación salvadoreña en los sectores rurales, a saber, la no realización del proceso de enseñanza-aprendizaje en las escuelas rurales por el reiterado ausentismo de los docentes y la falta de controles.

## **Experiencias que han intentado abrir la discusión en relación con las estrategias de salida con agentes estratégicos de la sociedad**

### **México**

Este país hoy enfrenta el reto de la federalización, ya que el esquema centralizado, vigente desde las primeras décadas del presente siglo, resulta costoso e ineficiente. En reciente fecha se han dado a conocer las Directivas Presidenciales para la Educación, fruto de un proceso de consulta nacional en la cual participaron los más representativos sectores de la educación mexicana.

El sistema escolar mexicano tiene una cobertura en educación básica (primaria) de un 98% y para la educación secundaria (media) sobre un 80%. No por ello dejan de existir problemas: i) altas tasas de analfabetismo en algunas zonas del país; ii) situaciones de rezago en la enseñanza primaria de un número importante de niños; iii) población rural, principalmente indígena, que no tiene acceso a la educación; iv) aún un número significativo de egresados de la educación primaria no siguen sus estudios secundarios.

Es consenso nacional (proceso de la consulta nacional) que la educación mexicana requiere de un cambio estructural, de una modernización. Esa modernización posee entre sus ejes más significativos: i) la mejora de la calidad de la educación y, ii) la reorganización del sistema: la federalización.

El primer reto se expresa en la necesidad de renovar el currículo en sus contenidos y los métodos de enseñanza, la renovación de la formación del profesorado, una mejor articulación de los diferentes niveles educativos, entendiendo que el nivel fundamental es la primaria y atender la demanda de los grupos sociales más postergados.

La reorganización del sistema se traduce en un plan, producto de la consulta nacional, el que pone en el centro de los cambios a los Estados. En lo técnico-pedagógico se busca tender hacia la incorporación de los contenidos regionales y locales en el currículo y las instancias federativas con organizaciones sociales deberán compartir la responsabilidad de los servicios educativos.

## **ALGUNAS CONCLUSIONES PROVISIONALES: TEMAS A ESTUDIAR**

Al hacer la revisión de los fenómenos históricos y aspectos conceptuales relativos al proceso de descentralización y desconcentración de la educación en Chile, parece necesario identificar las áreas temáticas y las proyecciones de las mismas. Así también, es prudente indagar en los temas más sensibles de la situación actual indicando los grandes nudos o dificultades que enfrenta el proceso y las tendencias que se prevén.

Es también importante señalar que el programa educativo para mejorar la calidad y equidad de la educación, la reforma estructural y la modernización institucional del sistema educacional tiene como uno de sus requisitos, al menos en el diseño actual, la descentralización y desconcentración de cada vez más competencias educativas desde el centro hacia los niveles locales y finalmente las escuelas.

**Los temas que están en el análisis descentralizador**

La forma que ha tenido la descentralización en Chile ha sido la municipalización, proceso que hoy enfrenta desafíos de sentido y viabilidad muy fundamentales. Asistimos a una época en que

se dan tendencias muy fuertes que apuntan a indicar que la descentralización es un camino adecuado para modernizar y mejorar nuestros sistemas educativos. Pasaremos, a modo de conclusión, a enumerar los desafíos que se han de enfrentar:

1. Desde la educación vivimos lo que algunos autores denominan el cambio de paradigma en relación el papel del Estado. Nuestros sistemas educativos durante el siglo pasado y gran parte del actual fueron fuertemente centralizados, en que el Estado cumplió un papel protagónico: el llamado Estado Docente. Esta institución y concepción, que aportó grandes progresos a nuestras sociedades y sistemas educacionales<sup>131</sup> entró en crisis y no resiste más, dadas las nuevas demandas y requerimientos de sociedades en procesos de modernización acelerado y de búsqueda de superación de la pobreza.

En reemplazo de esta concepción y forma de entender el papel de los diversos agentes sociales en la educación pareciera perfilarse una nueva forma de entender la tarea educativa y las responsabilidades de los actores: el concepto de Sociedad Educativa, que pone a la educación como una tarea compartida por el conjunto de actores relevantes de la sociedad, no más al Estado como responsable casi exclusivo de la tarea educacional; es la comunidad nacional en su conjunto la que posee la responsabilidad y la función de desarrollar la educación. El Estado no renuncia a su papel orientador, regulador y coordinador del sinnúmero de esfuerzos que realiza la propia comunidad; los distintos miembros de ésta están llamados a desempeñar un papel destacado y cada vez mayores responsabilidades.

Si lo anterior es cierto, aparecen temas que deben ser enfrentados desde una perspectiva teórica y también práctica: qué significa en realidad el rol del Estado como regulador, orientador y coordinador de la tarea educacional; qué papel les cabe en la tarea educativa a los diversos niveles del Estado desde lo nacional a lo municipal, a los agentes privados, etc.; cómo participan los diversos agentes de la comunidad en la educación; cómo se diseña la política educacional de tal manera que represente efectivamente los consensos sociales alcanzados en el campo; qué formas de organización y de gestión del sistema son más propias de este nuevo paradigma educativo.

Es indudable que este cambio de paradigma representa también una nueva forma de resolver tensiones permanentes de centralización-descentralización. Fuerzas centrípetas desde el Estado central que de alguna manera frenan la transferencia de poder al nivel local, fuerzas centrífugas desde el nivel local que tienden a la dispersión y pérdida de coherencia nacional, que se encontrarán y producirán un nuevo equilibrio de poderes.

2. Se requiere un ajuste mayor de la modernización del conjunto de la institucionalidad de la educación en Chile; así, en el terreno de la gestión, tenemos la necesidad de redefinir el papel y las relaciones de los diferentes niveles del sistema, desde el nacional a las escuelas.

La modernización del Ministerio<sup>132</sup> supone convertirlo en un agente orientador, regulador y coordinador del esfuerzo educativo (papel de liderazgo), significa introducir nuevos procedimientos y normas para la adecuada gestión del mismo, un nuevo perfil de personal y de estilo de gerencia, la modificación de algunas de las estructuras y la creación de nuevas funciones que se afinquen con propiedad (planeamiento y operaciones, superintendencia, investigación, etc.). También esta modernización significa transformar los instrumentos de comunicación e información de la institución ministerial con la sociedad, por ejemplo, la comunicación de resultados del sistema educacional.

Se debe modificar la forma en que se ha establecido la relación Ministerio-Municipio, la que se ha centrado en una repartición de funciones poco clara: al Ministerio lo técnico y al Municipio lo administrativo, que en la gran mayoría de las situaciones ha introducido una lógica de disputa y celo por espacios más que las posibilidades reales de colaboración y cooperación entre estos agentes. Se hace urgente acotar los ámbitos de acción propios de cada nivel, así como ampliar las áreas de cooperación y así romper con la división actual, que es artificiosa y poco útil.

Por su parte, la modernización de la gestión de los municipios implica redefiniciones en torno a las formas de organización de las entidades encargadas de la tarea educacional a nivel municipal, la introducción de modernas técnicas de administración y microplanificación, la racionalización de estos servicios y el fortalecimiento de sus aptitudes técnicas en el ámbito educativo que les permitan la formulación de propuestas educativas que interpreten adecuadamente las necesidades y demandas de su comunidad. En esa dirección avanzan los Planes Anuales de Desarrollo Educativo Municipal (PADEM). Es atendible por otro lado la propuesta de reforzar los municipios más débiles y pequeños, en general rurales, con figuras como asociaciones para lograr una mejor administración educacional.

En lo relativo al Ministerio se debe hacer una acotación fundamental, la descentralización si quiere ser viable exige reforzar el nivel regional. Con un municipio que posee nuevas capacidades y en otra relación con el Estado, se requiere un nivel regional mucho más fuerte. En las páginas anteriores hemos hablado de las nuevas atribuciones del nivel regional y aún es temprano para decir con propiedad qué ocurrirá. Sin embargo, en este proceso de descentralización, parece central que se genere efectivamente un tercer polo que permita equilibrar la tendencia a la dispersión de los esfuerzos, que puede producir el vacío de mediación entre el nivel nacional y la comuna y que además garantice la coherencia de las políticas sociales, las que muchas veces exceden al nivel de la comuna como la unidad más adecuada para ser eficaces para su ejecución, siendo la región el espacio ideal.

A nivel de la gestión no se pueden esperar avances significativos y éxito de la descentralización si no se dota de nuevas competencias y de mayor autonomía a las unidades de base del sistema: las escuelas.

En Chile, las escuelas poseen una muy limitada capacidad de acción, tanto en el terreno administrativo como en el pedagógico; no pueden administrar recursos propios, aunque sean mínimos, de ellas no depende la política de personal; en general no poseen capacidad para elaborar propuestas curriculares propias, etc. La relación municipio-escuela se limita a lo administrativo y no se da un diálogo y movilización pedagógica y de gestión eficaz entre estos dos entes; en este sentido, habría que explorar figuras jurídicas que otorguen mayor autonomía a las escuelas (descentralización funcional), que permitan romper con la tendencia a la réplica del centralismo nacional, ahora en el nivel local.

3. Como se señaló en otra parte de este trabajo, al proceso de municipalización en Chile se acopla en forma inseparable la privatización de un número significativo de establecimientos educacionales, y aunque además indicamos que en rigor la privatización no podría ser considerada como un proceso de descentralización (aunque sectores de vertiente neoliberal consideren a ésta como la verdadera descentralización), no cabe duda que para analizar el futuro de este proceso en Chile se debe considerar esta dimensión y característica.

La figura a través de la cual se ha entendido la participación del sector privado en la educación en Chile, además de la tradicional educación particular autofinanciada, ha sido la administración de establecimientos por particulares, que por ese motivo reciben aporte fiscal para asegurar el funcionamiento de los establecimientos. Esta figura (sostenedor) debe ser perfeccionada, ya que si bien nadie discute respecto de la conservación de esta modalidad de servicio (privado que por prestar el servicio recibe recursos del Estado), es tema de debate cómo elevar los requisitos para que un privado pueda convertirse en cooperador de la tarea educacional; en este mismo sentido, se debiera apuntar a consolidar a los sostenedores que garantizan un mejor servicio educacional y han sido más estables en la prestación del mismo.

El sector privado está llamado a cumplir una función protagónica, si es real que avanzamos hacia un nuevo paradigma de sociedad educativa. La sociedad a través de sus distintas expresiones, en el nivel local, regional y nacional, está llamada a asumir mayores responsabilidades, ellas tienen que ver con el control de la calidad de los productos del proceso educativo, con la tensión que produzcan estos agentes con cada unidad escolar en relación con sus necesidades y demandas, con las posibilidades de cooperación entre estos actores y las escuelas (empresa-escuela, organizaciones-escuela, padres-escuela, etc.). Lo anterior se expresa principalmente en el municipio (municipio, actores privados, escuelas) que es un espacio privilegiado para la concreción de políticas sociales intersectoriales.

4. La descentralización como la hemos conocido en Chile (la municipalización) enfrenta desafíos de gran magnitud en relación con su viabilidad y posibilidad de éxito como fórmula para mejorar el servicio educacional. Entre los desafíos pendientes está la conclusión y profundización de la municipalización, que es un proceso inconcluso.

Dado que originalmente (década de los años 80) fue concebido por parte de sus autores como una vía posible para la privatización de la educación; por lo tanto, nunca se asumió en la complejidad que implicaba hacerlo viable y no condenarlo al fracaso.

El gobierno democrático de transición ha tratado de enfrentar el problema en términos más globales (ley municipal, regiones, etc.); sin embargo, aún el esfuerzo es insuficiente. Existen todavía una serie de tensiones y problemas que hay que resolver si se quiere hacer posible este camino; entre los desafíos encontramos que es necesario:

- i) Hacer efectiva la administración de los servicios por el municipio; ello implica convertir al municipio en un agente plenamente responsable de la gestión educativa. Ha complotado contra ello el hecho de que se creó una tradición de autoridades en los que en lo fáctico eran dependientes del poder central (en realidad no hubo descentralización en los años 80) y muy recientemente las autoridades comunales son autogeneradas, de las cuales muchas carecen de la experiencia y herramientas para enfrentar en forma adecuada los problemas nuevos y de arrastre del proceso.
- ii) Resolver las trabas mayores para funcionar que afectan a los municipios, las que les restan eficacia y flexibilidad en comparación con los agentes privados administradores de establecimientos. El aparato del Estado en su conjunto posee restricciones legales y controles obsoletos<sup>133</sup> (mecanismos de control de la Contraloría General de la República) que no les permiten actuar con oportunidad y que generan una cultura del temor (a correr riesgos) y una lógica funcionaria burocrática. A diferencia de los municipios, los sostenedores privados pueden desarrollar su labor con mucho menor control.
- iii) Romper el círculo vicioso que contribuye a consolidar la conducta irresponsable de los municipios, en el sentido de que éstos no tengan las atribuciones suficientes para regular una serie de aspectos de gestión, ni, principalmente, puedan definir una política de personal de acuerdo con sus circunstancias y sin rigideces de carácter nacional. Ello ha fomentado que los municipios se excluyan en las negociaciones salariales del profesorado (convirtiéndose éstas en nacionales) y que no controlen la racionalidad de las plantas docentes de que disponen, pues en general apuestan a que al existir déficit, el Estado central los deberá cubrir.
- iv) Modificar la actual situación en relación con la limitada o casi nula autonomía educativa y de gestión que poseen las escuelas para desarrollar su labor. Se debe avanzar en la dirección de convertir a las escuelas y liceos, que son las unidades centrales en donde se juega la suerte de la educación, en instituciones con sentido

y misión, que poseen su propio proyecto educativo y se organizan de la mejor manera que estiman para alcanzar sus metas. Se requiere, en cada escuela, de cuerpos docentes directivos con liderazgo educativo, la existencia de un ambiente o clima organizacional positivo que estimule a la tarea, la disposición de los recursos y medios necesarios para hacerse cargo de la tarea educativa y finalmente que cada una de las escuelas sea efectivamente responsable por los resultados del proceso educacional. Se avanza en este sentido al introducir en el debate público temas como la concursabilidad y renovación periódica de los docentes directivos de las escuelas, la posibilidad de administrar recursos por éstas, la elaboración de propuestas curriculares por los establecimientos, etc.

5. Tal vez una de las dificultades mayores que se enfrenta el proceso de descentralización (la municipalización) está asociada a la eficiente gestión y al financiamiento. Recordará el lector cuadros que grafican cómo el proceso ha significado un creciente déficit, el cual no se observa fácil de resolver sin inyectar una cantidad muy significativa de recursos que el Estado no dispone.<sup>134</sup>

Dos son los temas a tratar con mayor énfasis: i) en relación con la gestión de personal (estatuto laboral) y, ii) en relación con el financiamiento, las formas de acopiar mayores recursos al sector (ley de financiamiento, papel del sector privado, etc.).

#### - **En relación con la gestión de personal**

El estatuto laboral actualmente en vigencia, promovido por el gobierno democrático de transición, intentó resolver aspiraciones muy sentidas por el magisterio nacional, que fue impactado en todos los planos por el proceso de municipalización puesto en práctica en los años 80. El profesorado que trabaja en las escuelas municipales había mantenido un fuerte rechazo y resistencia a la municipalización.

Se buscó entonces, consolidar el proceso de municipalización no entrando a debatirlo y concentrándose en satisfacer las aspiraciones sentidas del magisterio (derechos adquiridos que éstos perdieron en los años 80); entre estas aspiraciones estaban el logro de la estabilidad laboral y condiciones salariales básicas para todos los docentes. El estatuto se encuentra hoy en vigencia y a poco andar asegura una carrera igual para todos los docentes, sin embargo, el Estatuto ha introducido rigideces que no calzan con el sistema descentralizado de administración educacional en vigencia (cada municipio debe administrar y hacerse responsable de su personal).

Las rigideces significan en concreto que para financiar los compromisos de negociaciones nacionales Magisterio-Ministerio, se ha tenido permanentemente que adicionar nuevos recursos a los municipios, los cuales al no ser directamente responsables y ser meros intermediarios (que con seguridad recibirán los recursos) agravan el círculo vicioso, pues no se comprometen efectivamente en los costosos procesos de racionalización del personal cuando ello es necesario.

No está demás indicar que en casi todos los municipios del país se da el fenómeno de sobredotación de personal docente, el que se ha mostrado tremendamente inelástico a la baja, no así al aumento. Se exploran vías de solución para resolver este problema: i) flexibilización del Estatuto (por ejemplo, permitir el más fácil traslado de personal al interior de un municipio)<sup>135</sup> (ello significa algún grado de mayor inestabilidad laboral del profesorado); ii) incentivos para apresurar la jubilación del personal de mayor cantidad de años de servicio; iii) planes de reconversión del personal (que puede ser interna hacia las modalidades donde existen carencias y posibles aumentos de cobertura o externa hacia otros campos laborales); iv) modificar los mecanismos de mejora salarial haciendo pesar mucho más los incentivos al mejor rendimiento docente por sobre los tradicionales años de servicio y horas de perfeccionamiento; v) la determinación de los recursos docentes necesarios para atender las necesidades educativas de cada comuna a través de la formulación de planes anuales de desarrollo educativo y la posibilidad de por esta vía ajustar las dotaciones de profesores.

El conjunto de líneas de trabajo antes expuestas son parte de un Proyecto de Ley <sup>136</sup>de la República, que intenta flexibilizar el Estatuto de los Profesionales de la Educación, pero avanzar en este sentido no es fácil por las fuertes resistencias que iniciativas legales de estas características generan en el gremio de los profesores. Una opción más radical e inviable a la fecha sería simplemente descentralizar la negociación de condiciones salariales directamente a cada municipio.<sup>137</sup>

#### - **En relación con el financiamiento**

Al iniciarse el proceso en los años 80, se creó un atractivo incentivo económico a través de la llamada unidad de subvención escolar, que asignaba recursos por el promedio de asistencia mensual de los alumnos; además, esta unidad estaba indexada a una unidad reajutable según el alza del costo de la vida (UTM). En principio ello significó un crecimiento espectacular de los establecimientos educacionales privados, el que se detuvo bruscamente durante la crisis económica (1982-83), período en el cual se desindexó la unidad de subvención.

Fruto de la desindexación, se produjo una progresiva pérdida de recursos para el sector educacional y sufrieron un impacto mayor los municipios que poseían menor capacidad y flexibilidad para trasladar los costos de la baja de recursos (por ejemplo, no podían bajar los sueldos de los profesores como lo hicieron los privados); ello implicó un creciente déficit de los municipios, el que ha tenido que ser cubierto con recursos extraordinarios del Estado. El año 1987 se promulgó la Ley de Subvenciones, que creó la Unidad de Subvención Escolar (USE), que se reajusta en forma mucho más suave que el mecanismo original (que poseía reajustabilidad automática de acuerdo con el IPC).

Durante la transición democrática (1990-94), se modificó, pero no en la sustancia, la Ley de Subvenciones, introduciéndose correctivos en materia de estabilidad de los montos asignados por asistencia de los alumnos a los establecimientos (se controla la asistencia cada tres meses y no cada

mes), corrigiéndose las distorsiones en relación al castigo por diferenciales de matrícula/asistencia a los establecimientos y tratándose de corregir la distorsión para las escuelas rurales de menos alumnos, las cuales con la subvención actual no se financian.

Subsisten distorsiones y problemas importantes: i) la subvención única sin ningún tipo de distingo no parece el mecanismo más adecuado para asegurar la equidad del sistema; ii) siendo la única fuente de financiamiento (se acabará el fondo extraordinario del estatuto), se consume exclusivamente en pago a los docentes y es claramente insuficiente para asegurar inversión en desarrollo educativo.

En relación a los mecanismos de asignación de recursos y la equidad de su distribución, parece necesario revisar la Ley de Subvenciones actual y/o diseñar mecanismos de discriminación positiva que permitan allegar en forma diferencial los recursos de la subvención, aumentando los recursos a las escuelas que más lo necesitan y son de desempeño difícil, en este sentido se hacen avances con correcciones que se intentan realizar para allegar recursos frescos a escuelas rurales y escuelas de bajo rendimiento que atienden a poblaciones urbanas y/o rurales pobres. También es aconsejable el apoyo mayor a las escuelas que obtienen buenos resultados educativos, etc. (por ej. incentivos a los docentes).

Si ya no resiste más el hecho de que sea el Estado el único o principal aportador de recursos para la educación se comienzan a explorar fórmulas de participación en el financiamiento de los otros agentes, particularmente de los padres. Los que fomentan formas de financiamiento privado argumentan que el Estado chileno genera un 25% del PGB; sin embargo, financia la educación de cerca del 92% de la población escolar del país, cuyos padres no aportan directamente al financiamiento de la educación de sus hijos (la población en condiciones de pobreza no supera el 40%), con lo cual el Estado está subsidiando a sectores que no corresponde.

Se requieren mayores recursos que los actuales si se quiere mejorar significativamente el servicio educativo. Pareciera también justo que a sectores que pueden pagar por su educación se les exija que lo hagan en beneficio de los sectores más pobres. Si bien gran parte de los expertos están de acuerdo con estas afirmaciones, el problema se presenta a la hora de encontrar los mecanismos más adecuados para hacer viable estos propósitos.

Se ha comenzado a ensayar en el país, con la posibilidad de que los establecimientos municipales puedan acceder a una modalidad de financiamiento que existía sólo para los particulares subvencionados: el financiamiento compartido. Esta figura permite que establecimientos secundarios municipales puedan cobrar una matrícula mensual (adicional al aporte fiscal) a los padres de los liceos que acuerden acogerse a esa modalidad de financiamiento. En la medida que la cuota crece disminuye el aporte fiscal que supuestamente se reorienta a los establecimientos que más lo necesitan. Aún es muy temprano para concluir respecto de la práctica del sistema que

inicia su implantación en 1994, mas han surgido fuertes críticas que consideran a este mecanismo altamente regresivo y no equitativo, ya que se afirma tenderá más a mantener y profundizar las desigualdades del sistema, lo que resulta contradictorio con las actuales políticas que buscan eliminar las desigualdades educacionales existentes; a modo de ejemplo, se estima altamente probable que este mecanismo tienda a reforzar la segmentación social de la matrícula en los establecimientos educacionales que se acojan a él ( la gente buscará mejorar el colegio por la vía de seleccionar a los que efectivamente pueden pagar).

El tema de financiamiento compartido es un tema abierto y plantea desafíos para los que desean o buscan formas de contribución privada a la educación, pero que por otro lado se proponen aumentar la equidad del sistema educacional.

6. Es fundamental aprender del conjunto de experiencias en actual desarrollo en América Latina para extraer conclusiones válidas y posibles políticas a poner en práctica en cada uno de los países de la región. El camino de la municipalización o la regionalización, así como otros procesos (nuclearización), algunos complementarios (privatización), deben ser analizados a la luz de las experiencias concretas de aplicación.

Para Chile, por ejemplo, queda mucho que aprender en relación con el papel de la región en los procesos de descentralización educativa; luego, es necesario observar experiencias que han puesto el acento en este nivel de la división político-administrativa de nuestros países (ej. Argentina). Por otra parte, también es posible la lectura inversa, de acuerdo con la experiencia de países que han acentuado el nivel local comunal: qué consideraciones son útiles para el logro del éxito de las políticas de regionalización.

Es cierto que nuestros países responden a modelos de organización política muy dispares (federales, unitarios); sin embargo, en la práctica los rasgos comunes son mucho mayores de lo que se aparenta. Algunos dirán no tiene gracia descentralizar un país federal ya que éste está por su definición descentralizado; sin embargo, no cabe duda de que en rigor nuestros países han tenido una cultura centralista y que el desafío de transferir cada vez mayores poderes a los niveles locales como forma de hacer más eficientes y democráticos nuestros Estados se plantea tanto a unitarios como a federales.

En el terreno educativo las preocupaciones son las mismas. La mejora de la calidad con equidad de nuestros servicios educacionales, la modernización institucional, son temas de la agenda educativa de la región y todos ellos se encuentran muy relacionados con las políticas de descentralización y desconcentración de nuestros sistemas educativos. El nuevo papel del centro del sistema así como de los intermedios (la región, el municipio), la redefinición de la escuela, las tareas y responsabilidades nuevas de los agentes sociales se expresan de forma diversa de acuerdo con el camino de transferencia de poderes asumido.

Es necesario en cada una de estas áreas desarrollar líneas de investigación poderosas que permitan comparar políticas, observando su eficacia, dilucidando los nudos o dificultades que presentan, etc. Esa debe ser la natural línea de trabajo para profundizar en la forma más operativa y práctica posible en este nuevo campo de acción de las políticas públicas.

### Una reflexión final

Los enunciados son algunos de los nudos a resolver para hacer viable y efectivo el proceso de descentralización en el formato de municipalización puesto en práctica en Chile. Lo que debe quedar claro para un observador externo es que todas estas dificultades requieren un esfuerzo teórico y práctico muy grande y mucho tiempo de ensayo e investigación, por tanto, la experiencia chilena está lejos de ser una panacea a copiar sin una mínima criticidad.

En segundo término, se necesita de una acumulación muy grande de experiencias que permitan comparar políticas, ver eficacia y descubrir a partir de los aciertos y desaciertos los caminos más seguros para lograr éxito en la ejecución de las mismas.

No está demás recalcar que para la región la descentralización se plantea como una promesa, promesa para profundizar nuestra democracia y elevar la participación; promesa para aumentar la eficacia de las políticas públicas; promesa para transformar y modernizar nuestros aparatos públicos y, finalmente, promesa para mejorar las condiciones generales de vida, principalmente de nuestra población más pobre.

No se puede defraudar probablemente ninguno de los deseos detrás de estas promesas; ello nos obliga a ser muy realistas y serios y a tratar de transmitir la descentralización no como la solución a todos nuestros males, como antes lo fueron otros sueños. Nos obliga a identificar muy bien los peligros y las mejores soluciones para un camino que busca efectivamente profundizar la democracia en nuestras sociedades, ello sin ingenuidad y exceso de optimismo.

## NOTAS

<sup>1</sup> Eduardo Palma, *El nuevo municipio: descentralización y democracia*, Ponencia presentada en el Seminario sobre Reforma del Estado: gestión y capacitación del nuevo municipio, ILPES/PNUD, septiembre, 1993.

<sup>2</sup> Se pueden mencionar a este respecto en 1819 el reglamento de designación de docentes que indicaba los requisitos que exigía el Estado para desarrollar la labor docente; en la décadas de 1830 a 1850, la elaboración de planes oficiales de enseñanza (labor del Congreso), la creación de una Superintendencia de Educación (que en realidad comienza a operar a mediados del Siglo XX) y el control de los exámenes por el Instituto Nacional.

<sup>3</sup> Manuel de Puelles, «Estado y educación en las sociedades europeas (Educación y Estado)», *Revista de Estudios en Educación OEI*, Nº1, Madrid-España, 1993.

<sup>4</sup> Simón Romero Lozano, «La distribución social de responsabilidades y actuaciones en el desarrollo futuro de la educación en América Latina (Educación y Estado)», *Revista de Estudios en Educación OEI*, Nº 1, Madrid-España, 1993.

<sup>5</sup> CIDE, *La educación particular en Chile, antecedentes y dilemas*, 1971.

<sup>6</sup> Ello es un proceso largo y no exento de tensiones. Hay que recordar que en los albores de nuestra nacionalidad la tarea educacional era realizada en un porcentaje elevado por congregaciones religiosas. Así, la participación del Estado en educación implica una disputa de terreno en este campo con la Iglesia.

La pugna por la libertad de enseñanza entre sectores eclesiales (vinculados en Chile a sectores conservadores) y grupos liberales cruzó parte importante del siglo. Los sectores eclesiales sienten amenazado el derecho a educar conforme a sus valores por la creciente participación de un Estado laicizante en la tarea, que, además, reclama con más fuerza la hegemonía. Por otro lado, desde sectores liberales y grupos mas radicalizados se alega el derecho pleno al ejercicio de las libertades y por tanto a una educación laica (el conflicto ideológico descrito es muy similar al producido en la Revolución Francesa, modelo de los liberales, aunque con menos dramatismo y fuerza que ésta).

La disputa entre dos racionalidades, en algunos momentos fuertemente antagónicas, fue probablemente la lucha ideológica más relevante del siglo pasado y sobre ella existe una extensa literatura (al respecto leer Gonzalo Vial, *Historia de Chile 1891-1973*, volumen I, tomo I).

<sup>7</sup> I. Núñez señala «Las instituciones educativas principales eran la Universidad y los llamados «liceos» de carácter humanístico y preparatorios para el ingreso a la Universidad. En 1842, había sólo 2.000 estudiantes secundarios, en 1852 ya eran 4.228 y en 1908, 7.190 estudiantes.

Las escuelas primarias del Estado se destinaban principalmente a enseñar las primeras letras a niños de las clases pobres. En 1842 ellas matriculaban apenas a 10.000 niños, pero en 1887 ya concurrían a ellas 113.000 niños, lo que representaba una cobertura de 20% de las edades de 6 a 14 años». MINEDUC Chile/O.E.I., *Sistemas Educativos Nacionales: Chile*, 1993.

<sup>8</sup> A esto contribuye la resolución de la disputa Estado-Iglesia y el acuerdo de separación de ambos resuelto en la Constitución Política de 1925.

Esta carta fundamental y sus consecuencias (expresadas también en otras normas) permitieron la definición de territorios ideológicos que garantizaban la libertad de enseñanza, particularmente la religiosa y la posibilidad de que la Iglesia administrara establecimientos educativos, reservando al Estado la responsabilidad de garantizar una educación homogénea para todos.

<sup>9</sup> Es un hito significativo en la historia educacional chilena, la década de los años 20. Durante esta época surge por primera vez y con fuerza un actor colectivo, el magisterio, el cual posee no sólo una propuesta reivindicativa, sino que posturas relativas al quehacer educativo.

Para mayor profundización, consultar de I. Núñez, *Gremios del Magisterio: setenta años de historia: 1900 a 1970* y, del mismo autor, *Reforma y Contrarreforma Educacional en el Primer Gobierno de Ibáñez 1927-1931*.

<sup>10</sup> Ibidem 3

<sup>11</sup> Gabriela Ossembach S., «Estado y educación en América Latina a partir de su independencia (siglos XIX y XX)», *Revista de Estudios en Educación OEI*, N° 1, Madrid-España, 1993.

<sup>12</sup> Beatrice Avalos, *La educación en Chile. Estudio resumen investigaciones educación media*. Programa MECE/ Ministerio de Educación de Chile (mimeo), 1993

<sup>13</sup> Ibidem 10

<sup>14</sup> Núñez en trabajo citado anteriormente (7) señala «durante los Gobiernos de los Presidentes González Videla, Ibáñez y Alessandri, esto es, entre 1950 y 1964, el sistema crece desde una cobertura de 26,6% hasta una de 35,8% de la población de 0 a 24 años de edad. En los siguientes once años -1964 a 1974- correspondientes a los Gobiernos de los Presidentes Frei, Allende y al primer año del gobierno militar, la cobertura salta de 35,8% a 54,8%. En 1990, al término del gobierno militar, había retrocedido hasta 51,2%.».

<sup>15</sup> Luis Eduardo González, Oscar Espinoza, «*La experiencia del proceso de desconcentración y descentralización educacional en Chile 1974-1989*», Investigación MECE/MINEDUC, 1993.

<sup>16</sup> Ibidem 12.

<sup>17</sup> Briones y otros indican que esta Ley fija una nueva concepción del Municipio. El elemento más novedoso de esta nueva legislación es el hecho de que el municipio pasa a integrarse al régimen de Administración Interior del Estado (Art 1º). En la anterior legislación, el municipio se adscribía al llamado régimen de Gobierno Interior, en el sentido de que era una instancia local de Gobierno que generaba su política en el ámbito de relativa autonomía. En esta nueva Ley, en cambio, se incorpora a la estructura del Poder Ejecutivo. Deja de ser un órgano generador de políticas para transformarse en una entidad ejecutora de las políticas diseñadas en los niveles superiores de Gobierno (se convierte en un servicio público más).

El Alcalde según esta nueva normativa debía ser designado por el Presidente de la República, con consulta previa al Intendente Regional *Las transformaciones educacionales durante el régimen militar*, PIIE, 1984.

<sup>18</sup> Briones y otros, *las transformaciones educacionales durante el régimen militar*, PIIE, 1984.

<sup>19</sup> Las siguientes iniciativas legales: Decreto con Fuerza de Ley (D.F.L.) 3.063, de 1979, que hace posible el traspaso de establecimientos educativos a los municipios, y D.F.L. 3.476, de 1980, que permite el acceso a subsidios directos del Estado a privados que realicen labor educacional (administrando establecimientos).

<sup>20</sup> Dolores Rufian, Eduardo Palma, *La descentralización problema contemporáneo de América Latina*, ILPES, 1992.

<sup>21</sup> M. T. Morgan, «Panorama conceptual de la descentralización», *Seminario Internacional «Descentralización y Desarrollo»*, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1991.

<sup>22</sup> Unidad Tributaria Mensual, unidad que crece con la inflación y se reajusta de acuerdo con su variación.

<sup>23</sup> Esta figura permite a un privado administrar un establecimiento educacional; la otorga el Ministerio de Educación y una vez otorgada, se entiende que el Estado debe subsidiar al particular que asumió la tarea educativa en su reemplazo. Queda por tanto al Ministerio la misión de controlar que se cumpla con estándares mínimos en la prestación del servicio.

<sup>24</sup> Briones y otros señalan que en el segundo semestre de 1980, en 19 comunas de la V, VI, VII, y VIII Regiones, se traspasaron 362 escuelas con un total de 3.097 profesores y administrativos y 67.208 alumnos. Hasta marzo de 1981, los traspasos efectuados en nueve regiones (32 comunas) alcanzan 598 establecimientos.

Esta misma fuente señala que al 1º de abril de 1982, el 84% de la educación fiscal del país se había traspasado a las municipalidades, lo que en números significa 5.724 establecimientos, 72.531 funcionarios docentes y administrativos y aproximadamente dos millones de alumnos (Fuente: *Las transformaciones educacionales bajo el régimen militar*, PIIE, 1984)

En este mismo sentido A. Sancho, aunque no con iguales cifras, también coincide en constatar la velocidad del proceso: se puede señalar que al año 1983 se habían traspasado 5.692 establecimientos (87% del total), 65.234 profesores (78% del total) y una matrícula de 1.618.904 alumnos (83% del total). (Fuente: *Soluciones privadas a problemas públicos*, F.L.D., 1991).

<sup>25</sup> Quedaba pendiente el traspaso de 841 establecimientos en manos del Ministerio, 19.528 profesores y 331.110 alumnos. Entre los que aún no eran traspasados se encontraban los establecimientos educacionales (liceos secundarios) de mayor tradición (Instituto Nacional, Internado Barros Arana, Liceo N°1 de Niñas, entre otros).

<sup>26</sup> Hay que agregar además un punto que nos parece de la mayor significación, a saber: el costo del traspaso. No tenemos datos respecto del costo de la transformación, mas si se observa que pese a la dramática crisis económica (caída aproximada 15% del PGB, entre 1981-1983) el gasto en educación entre estos años crece en su participación porcentual (%), tanto el gasto público como en el PGB. Podríamos inferir que el proceso tuvo un alto costo, entre otras cosas, porque significó desahuciar contingentes muy significativos de personal, cambiando su calidad de empleados públicos por la de municipales.

<sup>27</sup> Gran parte de la resistencia del magisterio a la municipalización tiene que ver con una experiencia traumática de pérdida muy acelerada de su rango profesional y social que el proceso representó.

<sup>28</sup> Ibidem 17, P. 70.

<sup>29</sup> A. Sancho, *Soluciones privadas a problemas públicos*, F.L.D., P. 102, 1991.

<sup>30</sup> L. Lomnitz y A. Melnick, «*Chile's middle class: a struggle for survival in the face of neoliberalism*», LACC, 1991.

<sup>31</sup> Esta situación tuvo un primer cambio con la promulgación de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (N° 18.685) que fue promulgada por el gobierno militar en 1988. En ella se define a la municipalidad como una corporación de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Esta legislación creaba los Consejos de Desarrollo Comunal (CODECOS) los cuales eran encargados de proponer temas a una instancia de similares características a nivel regional

(COREDES) el cual elegía dentro de las ternas al alcalde. El Presidente de la República conservaba la facultad de designar los Alcaldes de los 16 municipios más importantes del país.

Recientemente el año 1992 se logró reformar esta ley permitiéndose la elección universal de las autoridades comunales (electas en junio de 1992).

<sup>32</sup> Op. cit. 1

<sup>33</sup> Op. cit. 1.

<sup>34</sup> En el actual estado de cosas, ya no son las empresas las que compiten en una economía cada vez más universalizada. La búsqueda de espacios y mercados donde competir con eficiencia es hoy una tarea nacional (de Estado). Son en definitiva los países los que compiten más que las empresas.

Esta competencia entre los países se decide por la capacidad, calificación y productividad de su población, por su desarrollo científico-tecnológico y por la capacidad de adoptar rápidamente los nuevos conocimientos (acceso al conocimiento) y por las condiciones, equipamiento e infraestructura que el país posea para llegar con sus productos a los mercados internacionales con rapidez y eficiencia.

<sup>35</sup> Iván Jaramillo P., Carlos Alberto Vollmer, «La descentralización, los municipios y los SILOS, OPS», *Borrador para Análisis*, 1993. (Se publicará en futuro cercano).

<sup>36</sup> Op. cit. 17, pág 23.

<sup>37</sup> R. Allard, «La Descentralización Educacional en el Período de Transición», C.P.U./ Estudios Municipales (mimeo), 1994.

<sup>39</sup> La Ley determina para el Gobierno regional funciones de carácter general, de ordenamiento territorial, de fomento productivo y de desarrollo social y cultural.

Dentro de las funciones de carácter general parecen destacables tres funciones en relación con las políticas sociales: i) la elaboración y aprobación de las políticas, planes y programas de desarrollo de la región; ii) resolver la inversión de los recursos que a la región correspondan en la distribución del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR); iii) decidir la destinación a proyectos específicos de los recursos de los programas de inversión sectorial de asignación regional (contemplados en la Ley de Presupuesto Nacional).

<sup>40</sup> Cuerpo colegiado creado por esta normativa que es elegido por todas las autoridades comunales (Concejales) de la respectiva región (en la actual legislación municipal el Alcalde es un Concejal elegido por sus homólogos y no en elección universal).

<sup>41</sup> El Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) es la fuente de financiamiento que canaliza hacia las regiones del país recursos del presupuesto de la Nación, permitiendo la materialización de programas y proyectos de inversión.

Se le entiende como un fondo de compensación territorial, destinado a permitir que las regiones de menor desarrollo relativo reciban recursos para el financiamiento de medidas en los ámbitos de infraestructura social y económica, con el objetivo de obtener un desarrollo territorial armónico y equitativo.

Posee la particularidad de ser disímil de los habituales programas de inversión pública ya que entre otras particularidades se distingue en sus fuentes de financiamiento, los criterios de selección de proyectos, los criterios de distribución y la metodología de distribución.

<sup>42</sup> América Latina es prolífica en leyes y constituciones que en el discurso son hermosos llamados al humanismo, la democratización y la participación, mas en realidad no han pasado de ser, todas ellas, muy bellas declaraciones de intenciones que nunca se llevaron a la práctica. No en vano somos prolíficos en literatos que inventan mundos sólo posibles de imaginar en nuestro continente.

<sup>43</sup> Programa de Gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia, para el período 1994-2000.

<sup>44</sup> Op. cit. 17

<sup>45</sup> Chile tiene una división político-administrativa consistente en 13 regiones, 51 provincias y 335 comunas.

<sup>46</sup> Del total de 335 municipalidades, 324 administran, como sostenedores, establecimientos educativos. El diferencial se produce a raíz del tamaño de algunas comunas.

<sup>47</sup> Esta forma de financiamiento existía desde el año 1989, pero sólo era posible que accedieran a ella los establecimientos particulares subvencionados; con la aparición de esta nueva norma, es posible que tengan acceso a ella establecimientos públicos (municipales). De acuerdo con el monto que aporten los padres (por tramos), el Estado baja la subvención que entrega, ello hasta un monto máximo (aproximadamente US\$ 54), en que el sostenedor del establecimiento deja de percibir el aporte estatal y queda sólo con el aporte de los padres.

Una de las razones para promoverla del Ministerio de Educación es el hecho de que ésta es una forma de liberar recursos para concentrarlos en los que realmente más los necesitan.

<sup>48</sup> Entre los años 1992 y 1994 los aportes municipales a educación se han seguido incrementando, aunque proporcionalmente se mantienen constantes (app. 12%). Se estima que la cifra a la que llegará el aporte municipal en 1994 es de \$ 33.000 millones.

<sup>49</sup> Según datos que entrega la encuestas CASEN 1990 y 1992 de MIDEPLAN, en relación con los indicadores de la situación educacional, el promedio nacional de escolaridad de la población mayor de 15 años supera los 9 años, concentrándose el déficit en la población rural, que tiene un promedio de escolaridad inferior a 7 años (hay que recordar que la educación básica contempla 8 años).

<sup>50</sup> Entre los años 1965 y 1980 la matrícula de enseñanza media creció de un 21,3% de la población en esa edad escolar a un 53%. Actualmente se encuentra en un 77% de la población entre 14 y 17 años. (Fuente: Ministerio de Educación)

<sup>51</sup> En la actualidad el marco curricular se encuentra determinado por dos decretos exentos, el D.E. 300 (Educación Media) y el D.E. 4002 (Educación Básica); ambos fueron promulgados en la década de 1980 y han sufrido en líneas gruesas modificaciones menores.

Si bien estos Decretos consideran posibilidades de electividad y de flexibilidad para que cada establecimiento pueda ajustar propuestas más pertinentes a su realidad (elementos de descentralización), son escasos los establecimientos que hacen uso efectivo de esta garantía.

En relación con los contenidos el currículum sigue conservando los tradicionales rasgos asignaturistas y enciclopedistas, centrados en contenidos más que en ideas de interés y necesidades de los alumnos (esto último porque el currículum vigente se declara centrado en la persona).

En lo referido a reformas curriculares se encuentra en trámite actualmente una reforma importante, que surge como mandato de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, la promulgación de los llamados Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos (OF-CM), que debieran potenciar experiencias descentralizadoras del currículum; ello se analizará en otra sección de este documento.

<sup>52</sup> Estudios recientes realizados dentro del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Calidad de la Educación impulsado por el Ministerio de Educación (MECE) (Marín y otros, «Descripción y evaluación del proceso de desarrollo curricular en Chile», *Investigación MECE/ Educación Media del Ministerio de Educación*) señalan en relación con la puesta en práctica de innovaciones curriculares que no se realizan en más de un 15% de los establecimientos educacionales (estudio muestral), y que en general se concentran en establecimientos privados pagados de las regiones más pobladas del país (Región Metropolitana y VIII Región).

En todo caso estas innovaciones en general no escapan a las sugeridas por los decretos curriculares oficiales.

<sup>53</sup> E. Schiefelbein en un trabajo acerca de criterios para evaluar propuestas de cambio curricular en educación básica (Estudios Pedagógicos N°16, 1990) que permitan la acumulación del conocimiento pedagógico de los maestros, la personalización de la enseñanza y el aumento en

el grado de estimulación del pensamiento en los alumnos, todos elementos claves para asegurar una educación de calidad; constata: i) existe un 10 a un 20% de los maestros que hacen maravillas en el actual esquema y sin ninguna ayuda podría implementar un cambio de mejora, ii) existe un segundo grupo que representa 30 a un 40% de los maestros que cumplen su labor en condiciones mínimas y tal vez podría operar un cambio formal, iii) existe finalmente, un tercer grupo, entre un 40 a un 50% de los maestros que no cumple satisfactoriamente la tarea y que no están en condiciones de asumir un cambio sin una ayuda sistemática que, en un inicio de los cambios se expresen en pautas para la clase y el trabajo de los niños.

Cabe recordar que estos profesionales del tercer grupo, son muy probablemente, la mayor parte de los profesores de las escuelas urbano-marginales que atienden a los niños más pobres.

<sup>54</sup> Hay que recordar que hasta hoy las escuelas básicas completamente gratuitas se concentran en los municipios, por tanto atienden a los niños más pobres. En el caso de la Educación Media, la reciente modificación que permite el financiamiento compartido entre padres y Estado de la educación en liceos municipales debería producir cambios aún no observados, pero que en relación a lo comentado pudieran aumentar la situación de inequidad si no se toman adecuados resguardos.

<sup>55</sup> En reciente entrega de resultados del SIMCE 1993 (8º básicos), se aportaron cuadros muy reveladores en este sentido, en ellos se observa una clara equivalencia de resultados al comparar población escolar de igual situación socioeconómica que asiste a escuelas municipales v/s particular subvencionadas. Es más, esta pronto a salir estudio más acabado que confirma que la variable socioeconómica es lejos la que está determinando los resultados obtenidos en este instrumento de medición de calidad de la educación.

<sup>56</sup> Hay que considerar que en 1980 el gasto en educación representaba un 4,71% del PGB y que a fines de esa década llegó al 2,98% (1990). Ello significó una caída real del gasto anual en educación de más de US\$150 millones (si se estima en moneda de 1992).

Desde 1981 hasta 1985 existe un aumento porcentual de gasto en educación en relación con el PGB (5,21%, 6,06%, 5,35%, 4,91% respectivamente). Sin embargo, hay que consignar dos hechos. En primer lugar, durante esos años el país vivió una gran crisis, en que el producto cayó aproximadamente 15% entre 1981 y 1983; en segundo lugar, el traspaso de los establecimientos educacionales a los municipios implicó, entre otras cosas, costear el cambio de régimen laboral del personal, no tenemos datos pero estimamos que el proceso fue muy oneroso (Fuente: Ministerio de Educación).

<sup>57</sup> Esta cifra incluye el aporte público y privado. Este se descompone en un aumento de la inversión pública desde 3,4 (1994) al 5% del producto, el 2% restante se obtiene del incremento

en app 0,5% (podría llegar a un 1%) del actual aporte privado a la educación, vía mecanismos como el financiamiento compartido, donaciones, mecanismos de ahorro para la educación, etc.

<sup>58</sup> Ministerio de Educación, «Educación de calidad para todos: Informe de la gestión 1990-1993», Santiago, Chile, 1993.

<sup>59</sup> CEPAL, Transformación Productiva con Equidad, Santiago-Chile, 1990.

<sup>60</sup> F. Fajnzylber, Mesa Redonda, La transformación productiva y la educación, «Boletín Proyecto Principal de Educación para América Latina y el Caribe», N° 26, UNESCO/OREALC, 1991.

<sup>61</sup> Op. cit. 49.

<sup>62</sup> CEPAL/UNESCO, «Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad», 1992, P. 131.

<sup>63</sup> Ibidem 53, P. 132.

<sup>64</sup> M. E. Lockheed y A. M. Verspoor, «El mejoramiento de la educación primaria en los países en desarrollo: examen de opciones de política», Documento preparatorio para la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, 1990.

<sup>65</sup> Autores como Rondinelli sostienen esta postura.

<sup>66</sup> C.J. Friedrich se incluye en esta corriente.

<sup>67</sup> Hay que apuntar que respecto del tema del concepto de descentralización funcional existe discusión. Se le asocia con la tradición francesa, que ante la ola descentralizadora creó un concepto ajustado a su propia historia como Estado. El argumento es que este concepto, siendo equívoco, puede hacer posible que se esté hablando de descentralización cuando en el fondo en líneas generales el Estado se conserva centralizado.

Sin embargo, desde la perspectiva educacional, este concepto pudiera tener mucho valor si concebimos que las escuelas municipales, por ejemplo, difícilmente van a lograr todos los requisitos para su plena descentralización; sin embargo, un avance sería que se les otorgara personería jurídica propia que les daría mayor autonomía que la que poseen hoy. En la actualidad se emplea una figura similar en el caso de los gobiernos regionales en relación con el Gobierno central.

<sup>68</sup> Devolución procede de la palabra inglesa devolution que en realidad significa delegación de poderes.

<sup>69</sup> M. Hanson, «Descentralización y regionalización en educación», *La Educación: Revista Interamericana de Desarrollo Educativo*, OEA, Nº108-110, I-III, 1991.

<sup>70</sup> R. W. McMeekin, Mesa Redonda, Conferencia de Ministros de Educación de América Latina y el Caribe, Santiago, 1992.

<sup>71</sup> R. Hevia, Política de Descentralización en Educación Básica y Media en América Latina: Estado del Arte, UNESCO/REDUC, Santiago, Chile, 1991.

<sup>72</sup> M. Puelles B., «Estudio teórico sobre experiencias de descentralización educativa», II Conferencia Iberoamericana de Educación, Bogotá, Colombia, 1992.

<sup>73</sup> Ibidem 12

<sup>74</sup> Ibidem 17

<sup>75</sup> Este aparece como un tema digno de ser estudiado y analizado en profundidad, pues tiene consecuencias éticas, ideológicas y prácticas muy importantes. Muchos sostienen que la educación funcionaría mejor si se transfiriera al sector privado.

<sup>76</sup> M. E. Lockheed y A. M. Verspoor, «El mejoramiento de la educación primaria en los países en desarrollo: examen de opciones de política», Documento preparatorio para la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, 1990.

<sup>77</sup> ODEPLAN, «Informe Social de 1980», Santiago de Chile, 1981, citado en *Para Combatir la Pobreza*, Tarciso Castañeda, Centro de Estudios Públicos, 1990.

<sup>78</sup> Existen casos de sostenedores analfabetos, que firmaban las actas del ministerio con su impresión pulgar

<sup>79</sup> «Políticas Educativas», Temas de Gestión, Ministerio de Educación, República de Chile, abril, 1993

<sup>80</sup> Se encuentra pronta a ser aprobada legislación que crea un Sistema Nacional de Desempeño Escolar, que intenta medir una serie de variables para dar cuenta de la excelencia de desempeño de los equipos docentes de cada escuela. A través de este instrumento se establecerán las escuelas de desempeño de excelencia y a los equipos docentes de estas escuelas se les premiará con un incentivo remuneracional.

<sup>81</sup> El rechazo del magisterio a la municipalización durante la década de los 80 se debe en parte importante a los efectos que tuvo en sus condiciones laborales, incluso aún hoy la municipalización tiene para ellos reparos importantes.

<sup>82</sup> II Conferencia Iberoamericana de Educación . «La Descentralización Educativa». Santafé de Bogotá, Colombia, 4 al 6 de noviembre de 1992.

<sup>83</sup> Esta última asignación se realiza a la escuela y no es propiedad del docente pues él la recibe durante su permanencia en ella. Las escuelas que reciben esta asignación (que se realiza año a año, de acuerdo con antecedentes presentados a los Departamentos Provinciales del Ministerio) son normalmente escuelas de alta ruralidad y aislamiento.

<sup>84</sup> En el caso de los profesores del sector privado fueron adscritos al régimen laboral prescrito por el Código del Trabajo.

<sup>85</sup> Para dimensionar el problema, los docentes de todo el país son 139.366 (a diciembre de 1992) y las dotaciones crecieron en aproximadamente 3.000 docentes entre el año 1992 y 1993, lo que representa un 2,1% de crecimiento en un año, esta tendencia ha sido constante en los últimos años a pesar de que la matrícula ha permanecido constante y más bien tiende a la baja. (Fuente: F. Ríos y otros, «Las dotaciones docentes», mimeo de circulación interna, Ministerio de Educación).

<sup>86</sup> I. Egidio y C. Hernández, *Cuadernos de Pedagogía*, Nº 172, Editorial Fontalba, Barcelona, España.

Hay que indicar sin embargo, que a partir de una ley promulgada en 1988 se está produciendo una drástica reforma en relación a lo que tradicionalmente ha sido el sistema escolar británico. Los ejes de esta reforma apuntan a centralizar una serie de competencias que estaban en manos del nivel local y por lo tanto, buscan hacer perder poder relativo a los LEA.

El destino de la reforma aún es incierto, mas es indudable que asistimos a una transformación estructural de lo que hemos conocido como el sistema escolar inglés.

<sup>87</sup> J. C. Tedesco, Nuevas estrategias de cambio educativo en América Latina, Boletín Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe, UNESCO/OREALC, Nº 28.

<sup>88</sup> C. Muñoz Izquierdo (editor), «Calidad, equidad y eficiencia de la educación primaria: estado actual de las investigaciones realizadas en América Latina», P. 174, REDUC-CEE, 1988.

<sup>89</sup> E. Schiefelbein, L. Wolff, «Repetición y rendimiento inadecuado en escuelas primarias de América Latina: magnitudes, causas, relaciones y estrategias». *Boletín Proyecto Principal de*

*Educación en América Latina y el Caribe*, N° 30, P. 17 a 50, Santiago, Chile, UNESCO/OREALC, abril, 1993.

<sup>90</sup> L. Cariola y otros, «La experiencia internacional en el diseño curricular y en las estructuras de los niveles medios de los sistemas educativos» MECE/MEDIA MINEDUC, 1993.

<sup>91</sup> E. Muñoz, Ll. Maruny, «Respuestas escolares», *Cuadernos de Pedagogía*, N° 212, P. 11 a 14, marzo, 1993, Ed. Fontalba, Barcelona.

<sup>92</sup> E. Schiefelbein, «Criterios para evaluar propuestas de cambio curricular en educación básica», *Estudios Pedagógicos* N°16, 1990.

<sup>93</sup> Ley N° 18.962, promulgada el 10 de marzo de 1990 (un día antes del cambio de Gobierno autoritario al primer Gobierno democrático). Dentro de las múltiples materias que trata, fija los requisitos mínimos que deberán cumplir los niveles de enseñanza básica y media y asimismo regula el deber del Estado de velar por su cumplimiento (Artículo N° 1).

<sup>94</sup> Estas hoy adolecen de una serie de atribuciones y de capacidad de toma de decisiones que les dificulta ejercer efectivamente su autonomía. Existen vías para aumentar la autonomía de las escuelas; una de las figuras debiera ser su posible descentralización funcional (que posean personería jurídica y puedan administrar recursos propios, por ejemplo).

<sup>95</sup> Esta experiencia se inserta dentro de un esfuerzo mayor de política educativa en Chile, el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Calidad de la Educación (MECE), actualmente en ejecución y que está destinado principalmente a la Educación Básica. Es financiado en parte importante por un crédito del Banco Mundial.

<sup>96</sup> Esta experiencia se acerca a modelos de nuclearización escolar, con los cuales existe una amplia experiencia en varios países de América Latina. Sin embargo, se distancia en que está centrada exclusivamente en los aspectos pedagógicos y no considera figuras como el centro administrativo, además a diferencia de la nuclearización clásica, no incluye en el modelo a la escuela núcleo y sus satélites (todas las escuelas de un microcentro son equivalentes).

<sup>97</sup> *Ibidem* 55, P. 37

<sup>98</sup> M. Condemarní, «Cómo aprende y cómo enseña el docente : un debate sobre el perfeccionamiento», PIIE - ICI, P. 81 a 87, 1992.

La experiencia P-900, destinada a las escuelas de más bajos rendimientos y más pobres del país, contempla dentro de su ejecución la existencia de talleres de profesores en las escuelas apoyados por supervisores en las áreas clave del currículum de los primeros años de enseñanza básica (lenguaje y matemáticas)

<sup>99</sup> Los CEP son la culminación institucional de los Movimientos de Renovación Pedagógica del magisterio español; estos órganos surgieron en la propia base. El Ministerio buscó institucionalizar estos movimientos a través de los CEP; aunque parece positivo puede también presentar más dificultades que beneficios, pues existe el riesgo de burocratizar la experiencia. Otro riesgo cierto, es el fomento de la cultura de la «certificación», tan arraigada dentro del profesorado, más aun cuando esto está ligado a mejoras salariales.

Para evitar esto último, pareciera clave el papel del nivel comunal-municipal; tendemos a creer que si es éste el nivel que anima y mantiene la experiencia existen menores riesgos de burocratización.

<sup>100</sup> Cerda, Silva y Núñez. «El sistema escolar y la profesión docente.» PIIE, Santiago, 1991, P. 75.

<sup>101</sup> L. E. González, O. Espinoza., «La experiencia del proceso de desconcentración y descentralización educacional en Chile 1974 - 1989 ». Santiago, junio, 1993.

<sup>102</sup> Ibidem ant. P. 87.

<sup>103</sup> Ibidem anterior, P. 90, 91.

<sup>104</sup> Ibidem anterior. P. 97, 98, 99.

<sup>105</sup> Ibidem anterior. P. 100.

<sup>106</sup> En el año 1984 se crea, promovido por el régimen militar, el Colegio de Profesores de Chile, Institución de afiliación obligatoria para todos los docentes que ejercían en el sistema escolar. Esta institución genera un discurso de tipo «profesionalizante» de la docencia, pero sin ninguna participación real de los profesores en la generación de políticas educacionales ni en reivindicaciones de tipo gremial.

<sup>107</sup> L. E. González, O. Espinoza., «La experiencia del proceso de desconcentración y descentralización educacional en Chile 1974 - 1989», Santiago, junio, 1993.

<sup>108</sup> Ibidem anterior.

<sup>109</sup> Documento del Colegio de Profesores de Chile, Año 1, N° 1, mayo, 1984. En *Revista El Pizarrón* N° 30, septiembre-octubre, 1984.

<sup>110</sup> Op. cit. 93

<sup>111</sup> Taller Nueva Educación, «Análisis y opciones frente a la municipalización educacional». En *Revista El Pizarrón* N° 38, mayo-junio de 1986.

<sup>112</sup> *Revista El Pizarrón* N° 37, Santiago, marzo-abril de 1986.

<sup>113</sup> *Revista El Pizarrón*, N° 38, Santiago, mayo-junio de 1986.

<sup>114</sup> Op. cit. 97.

<sup>115</sup> Las posturas que se presentan son extractos hechos por los autores del presente estudio de algunos de los documentos que fueron recopilados por una comisión para el análisis del proceso de descentralización en Chile que organizó el Ministerio de Educación y que está presidida por el destacado experto en el tema Iván Núñez.

Esta comisión ha elaborado un informe para las autoridades del Ministerio bastante completo y amplio en representación de los consultados. Aquí solo se presentan ideas-fuerza muy esquematizadas de algunos de los actores a partir de sus propuestas.

<sup>116</sup> Extractado del documento «Algunos desafíos futuros de la descentralización», abril de 1993.

<sup>117</sup> Extractado del documento «El Partido Por la Democracia y la gestión descentralizada de la educación».

<sup>118</sup> Extractado del documento «Respuesta del partido radical ante la consulta de la comisión descentralizadora del Ministerio de Educación», Santiago, mayo, 1993.

<sup>119</sup> Extractado del documento «Resoluciones comisión propuesta educacional».

<sup>120</sup> Extractado del Documento presentado a la Comisión de Estudio de la Descentralización del Ministerio de Educación, 1993.

<sup>121</sup> C. L. Latorre, I. Núñez y otros, «La municipalización de la educación: una mirada desde los administradores del sistema», PIIE, 1991.

<sup>122</sup> R. Hevia, «Políticas de descentralización en la Educación Básica y Media en América Latina: estado del arte», UNESCO/REDUC, 1991.

<sup>123</sup> M. Puelles B., «Estudio teórico sobre experiencias de descentralización educativa», II Conferencia Iberoamericana de Educación, Bogotá, Colombia, 1992.

<sup>124</sup> Ibidem 105.

<sup>125</sup> Ellas están basadas principalmente en los informes nacionales presentados a la II Conferencia Iberoamericana de Educación, cuyo tema central era la descentralización educativa.

Fue organizada por la Organización Iberoamericana para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) y patrocinada por los Estados miembros de dicho organismo. Se realizó en Bogotá, Colombia, entre el 4 y 6 de noviembre de 1992.

<sup>126</sup> Esta Ley permitía al Gobierno nacional crear escuelas primarias en las provincias que lo solicitaran. Evidentemente ello hizo que la influencia del Gobierno nacional se fuera incrementando hasta hacerse francamente incontrarrestable por los poderes de las provincias.

<sup>127</sup> Para tener una imagen del volumen de este sistema y su extrema complejidad, se puede indicar que la matrícula total de la educación básica chilena bordea los 2 millones de niños (aproximadamente 95% de cobertura). Se calcula que la misma cifra de niños que es el total de la matrícula de Chile no recibe ningún tipo de atención educativa en Brasil (niños de extrema pobreza y ruralidad).

<sup>128</sup> Estas asociaciones son personas jurídicas que poseen autonomía y pueden administrar recursos.

<sup>129</sup> En 1992 se ubicaron ACE en 14 departamentos, se instalaron 257 secciones para prebásica, 388 en educación básica (1° y 2° grados). Además, se han extendido a la antigua zona de la guerrilla (61 seccionales).

<sup>130</sup> Esta experiencia podría ser vista como una forma de privatización de la educación. En todo caso conserva gran distancia con la experiencia chilena de privatización, que se hizo con un criterio economicista por sobre el social.

<sup>131</sup> Entre los más importantes progresos está la plena escolarización de la población en educación básica, que es un mecanismo clave de integración social.

<sup>132</sup> En sus niveles Nacional, Regional y Provincial.

<sup>133</sup> Nadie plantea la eliminación de los controles; sin embargo, los actualmente existentes son demasiados, ineficientes, poco relevantes y engorrosos, retrasando normalmente las tareas.

<sup>134</sup> A modo de referencia, se calcula que como aporte complementario en el año 1992, el Estado a través del Ministerio de Educación tuvo que incrementar los aportes a los municipios en \$ 30.000 millones (que representan apr. US\$ 70 millones, el 7% del presupuesto destinado a educación ese año)

<sup>135</sup> Se intenta flexibilizar la actual legislación en su articulado contempla la figura de menoscabo a la labor docente y que cualquier docente puede invocar en caso de no desear el traslado. La realidad nos dice que al no estar definida esta figura en la propia legislación, se ha prestado para una interpretación tal que en la práctica ha significado la inamovilidad casi absoluta del personal docente. Ello no permite los ajustes naturales que se producen por la movilidad de la matrícula año a año.

<sup>136</sup> Se estima que este cuerpo legal estará aprobado a principios del año 1995.

<sup>137</sup> Por la vía de negociaciones colectivas de acuerdo con la legislación vigente para todos los trabajadores del país negociarfa cada municipio con el gremio local.