

## **La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina \***

**Sergio Martinic V.**

### **1. Introducción**

En América Latina se desarrollan importantes reformas en educación y salud dirigidas a mejorar la eficiencia, calidad y equidad de los sistemas públicos. Siguiendo a Oscar Oszlak (1997, 1999), en este movimiento reformista han existido “dos generaciones”. La primera de ellas dirigida a reorganizar la administración, financiamiento y acceso al sistema. La segunda, centrada en los procesos y resultados, orientada a mejorar la calidad tecnológica y cultural de los modelos de provisión de servicios.

Las reformas de los 80 provocaron cambios estructurales en la organización de los servicios sociales y educativos. Se trató de una reforma “hacia afuera”, a través del cual el Estado y el gobierno central transfieren al sector privado lo que puede ser privatizado, y a los estados, provincias y comunas la gestión y administración de gran parte de los servicios tradicionalmente centralizados. En casi todos los países, este proceso va acompañado de una reducción del aparato público y reasignación o disminución de los recursos en los sectores de educación y salud, entre otros.

En los 90 se inicia un giro en estos procesos, lo que da origen a las reformas de “segunda generación”. Estas se dirigen “hacia adentro”. Es decir, hacia los modos de acción, gestión y evaluación de la prestación de servicios. Estas reformas tienen como centro la “caja negra” de los procesos de producción de los servicios y la calidad de los mismos. Para ello intervienen en los sistemas de conocimientos; en los métodos de trabajo; en las formas de relación entre agentes y beneficiarios; materiales y equipos de apoyo necesarios para garantizar procesos que produzcan resultados de calidad.

En educación, esta generación de reformas promueve cambios, tanto en el modo de pensar el aprendizaje y el trabajo pedagógico como en los sistemas de gestión y de participación de la comunidad. En el campo de la salud se traduce en cambios de envergadura en el concepto mismo de salud; en los modelos de atención y en los sistemas de recuperación de costos, entre otros.

### **2. El problema**

Pese a la importancia de los cambios emprendidos y a los recursos invertidos, los resultados están muy lejos de lo deseado. En la mayor parte de los países las reformas han encontrado dificultades en gremios tales como de los profesores y personal de salud; en las culturas institucionales y en las debilidades de los consensos políticos para promover cambios profundos como los enunciados en los discursos de las reformas. Por otra parte, y pese a las mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios, los cambios no se han traducido en impactos significativos en su calidad y equidad. Las investigaciones son consistentes en demostrar la persistencia de altos niveles de desigualdad de nuestras sociedades en el acceso y calidad de los servicios recibidos, pese a una década de reformas sociales importantes en su extensión y profundidad.

Frente a esta realidad, sigue abierto un importante debate sobre los modelos teóricos y las opciones estratégicas que deben sustentar las reformas sociales. Las hipótesis de causalidad que se han establecido entre los factores intervinientes y el peso que tienen las condiciones sociales en los resultados de estos procesos, constituyen objeto central de la discusión.

Sin embargo, dicha discusión no se agota en el examen de estas relaciones. Además de ello, es necesario poner atención en la gestión y ejecución de las reformas, ya que en este tipo de procesos radica gran parte de sus problemas.

La formulación de reformas y su puesta en práctica constituye un amplio proceso social y

---

(\*) Versión corregida del documento presentado al IV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, celebrado en México D.F., México, del 19 al 22 de octubre de 1999.

comunicativo. En efecto, las reformas que nos preocupan tienen por objeto producir cambios culturales que afectan los contenidos, las prácticas y las interacciones de los beneficiarios con los sistemas de atención. Este proceso de cambios se realiza en un complejo sistema de relaciones en el cual los actores intervienen con sus propias marcos de referencia desde los cuales piensan, definen sus intereses y las estrategias colectivas de acción <sup>1</sup>.

En estas interacciones las reformas pueden crear desconfianzas y protestas. El conflicto en torno a los objetivos y métodos de iniciativas específicas; la definición de problemas y el proceso de toma de decisiones; las compensaciones de ganadores y perdedores; la naturaleza de nuevas y viejas estructuras de incentivos; el traslado de las cargas de trabajo y de responsabilidades; la falta de acuerdo y agilidad legislativa son, entre otros, algunos de los conflictos que afectan los cambios en el sector.

Los estudios sobre reformas enfatizan los discursos y representaciones que tienen los distintos actores. Desde este horizonte se evalúan los diseños, procesos de ejecución y resultados de las políticas puestas en práctica. Sin embargo, se ha puesto poca atención a las interacciones y negociaciones que ocurren entre los actores en diferentes espacios y campos sociales. Estos son terrenos de disputa e incertidumbre a través de los cuales los actores argumentan sus opiniones y construyen versiones compartidas o integran a sus propios referentes las reformas propuestas. El conocimiento de estos procesos de mediación es importante, ya que sus resultados pueden legitimar o cambiar el sentido de las reformas emprendidas y el ritmo de su puesta en práctica.

Entendemos las *mediaciones* no como un mero filtro de los procesos de cambio, sino como un espacio y oportunidad para la construcción de discursos, compromisos y orientaciones de acción que hacen viables y sustentables los cambios que se proponen. De este modo, se hace necesario contar con espacios y oportunidades para producir estos cambios. Los obstáculos y las propias incertidumbres son las que favorecen la construcción conjunta de los discursos y de las imágenes comunes sobre la sociedad que son necesarias para la realización de las reformas.

En este contexto, adquiere importancia la investigación y análisis de las experiencias de reformas en curso. El estudio de sus procesos de ejecución y la evaluación de sus resultados son importantes fuentes de aprendizaje para la solución de problemas y el rediseño de las políticas sociales del futuro. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, de Canadá (CIID), patrocinaron entre los años 1996 y 1998 una serie de estudios sobre políticas sociales y reformas en educación, salud, seguridad social y sistemas de evaluación y monitoreo en América Latina. En esta tarea se comprometieron cinco universidades y seis centros privados y públicos de investigación de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, México, Perú y Uruguay. Este programa de trabajo ha producido, hasta la fecha, 20 estudios que documentan experiencias específicas de reforma y de políticas, y ha patrocinado la realización de seminarios de difusión y discusión de resultados en cada uno de los países considerados.

Los estudios realizados documentan interesantes propuestas de cambio al interior de un movimiento más amplio de reformas sectoriales y modernización del Estado. Es evidente que las realidades son heterogéneas entre los países y ello incide en los distintos procesos, ritmos e impactos de las políticas ejecutadas<sup>2</sup>. Con el fin de difundir los resultados de estos estudios y conocer sus aprendizajes y recomendaciones para las políticas sociales futuras, se realizó una Conferencia Internacional sobre "Reforma de las políticas sociales en América Latina" en la sede del BID en Washington (11 y 12 de mayo de 1999). Participaron en esta reunión investigadores, funcionarios del BID, Banco Mundial, CIID y académicos de centros de investigación y de cooperación preocupados de América Latina. El resultado de esta reunión fue una amplia visión empírica del estado actual de las políticas sociales y reformas en la región, la definición de problemas clave y de recomendaciones para la toma de decisiones sobre políticas futuras.

El objetivo de este artículo es dar cuenta de los principales resultados del seminario. Sin embargo, dada la amplitud de los aspectos involucrados en las investigaciones y en el debate posterior,

sólo nos concentraremos en algunos de los temas de la discusión, con especial referencia en educación y salud. En particular, nos interesa subrayar aquellos aspectos que se relacionan con el cambio *institucional* de las políticas, los modos de gestión de las reformas y las interacciones que tienen los distintos grupos de interés, tanto en el diseño como en la ejecución de los cambios.

### **3. Tipos de reformas y concepción del cambio**

Por lo general, las reformas se han basado en un modelo lineal del cambio. Los grandes acuerdos sociales se traducen en políticas públicas en la medida que son asumidas por las organizaciones gubernamentales. Desde esta instancia “bajan” hacia la sociedad esperándose que las instituciones encargadas de su ejecución actúen en forma eficiente y eficaz para el logro de sus metas. Por otra parte, se espera que los usuarios de las reformas aprecien sus beneficios y se orienten con un máximo de racionalidad hacia las mismas. Desde el punto de vista de los diseños y evaluación, este modo lineal se ve reforzado por modelos preocupados de establecer una relación causal unidireccional entre insumos, procesos y resultados.

En la mayor parte de los casos estudiados, las reformas nacen de leyes nacionales y son impulsadas “desde arriba” por el Estado. Es el sistema el que inicia la transformación de sí mismo y ello ocurre, por lo general, gracias a “minorías activas y consistentes” ubicadas en los aparatos centrales del gobierno. En el caso de la política educativa de Brasil, por ejemplo, es el grupo reformista central (federal) el que promueve el cambio. Así entonces, en este caso, los actores estratégicos del cambio son las autoridades políticas de educación, localizadas en la jerarquía más alta del sistema (Draibe, S., 1999). El grupo promotor de la reforma, a su vez, actúa en un campo difuso y fragmentado por los intereses de diversos actores. Frente a ello, tiene que desarrollar distintas estrategias de negociación con el fin de reunir apoyos y vencer resistencias.

Los estudios realizados demuestran las dificultades que tiene este modelo o tipo de racionalidad de las reformas. Las investigaciones dan cuenta del carácter sistémico y no lineal de la ejecución, de la variedad de causas de los problemas identificados, de los cambios que requieren de las percepciones y actitudes de la población, y analizan diversas y complejas interacciones entre la burocracia pública, la dirigencia política, y las instancias organizadas y no organizadas de la sociedad.

Para caracterizar las reformas suelen clasificarse en tipos tales como “desde arriba hacia abajo” (*top-down*), “de abajo hacia arriba” (*bottom-up*), o bien reformas del tipo “*big - bang*” e “incremental”. En los estudios realizados se demuestra que estas distinciones no expresan la complejidad de los procesos de diseño y ejecución de las reformas. En efecto, estas categorías son insuficientes para dar cuenta de procesos sistémicos y donde las interacciones y transacciones entre actores adquieren gran relevancia.

La reforma educativa de la provincia de Buenos Aires es un buen ejemplo del proceso que va “de arriba hacia abajo”. Se inicia con una ley federal de reforma, la que es asumida, posteriormente, por la provincia al dictar su propia ley para organizar el proceso de reforma. Un caso parecido es el de Colombia. La constitución de 1991 plantea el imperativo de la modernización de la educación, la que mandata al gobierno a presentar una propuesta o ley de reforma educativa.

El caso de El Salvador, en cambio, trata de una reforma educativa que va “de abajo hacia arriba”. El programa Educación Comunitaria (EDUCO) se basa en la experiencia de los poblados campesinos que estaban en la zona de guerra. En estas comunidades la educación tenía una forma autónoma y sin injerencia estatal, y los pobladores contrataban a los maestros para que enseñaran a sus hijos. Este modelo es recuperado por las políticas educativas y se extiende luego a toda la zona rural y, finalmente, a las zonas urbanas.

Los estudios muestran que estas distinciones no son absolutas. La experiencia de Buenos Aires (“desde arriba”) se basa en las discusiones y consensos del Congreso Pedagógico (“desde abajo”). Estos acuerdos son recontextualizados en la Ley Federal. En el caso de Colombia, las posibilidades que

abre la ley generan un amplio movimiento de discusión nacional de las propuestas realizadas por el gobierno. Del mismo modo, la experiencia “desde abajo” de El Salvador fue implementada y generalizada gracias a la acción decidida del ministerio central, que, a su vez, contó con un ministro estable y de gran prestigio en el país. De este modo, lo de arriba y abajo son más bien momentos del ciclo de formulación y ejecución de políticas que un estado particular y estático de las mismas.

Otra forma de clasificación es la que distingue una reforma tipo “*big-bang*” de las que son “incrementales”. Las primeras son globales e inmediatas y las segundas, parciales y progresivas. Las primeras abordan el sistema en su totalidad. Este es el caso de la reforma del sector salud realizada en Brasil en 1988, la que puede considerarse como global o *big-bang* porque implicó un cambio sustantivo en la operación del sistema, como fue la creación del Sistema Único de Salud (D’Avila, V. *et al*, 1999).

Las reformas incrementales, en cambio, promueven que las unidades descentralizadas de los sistemas -que a su vez, tienen relaciones abiertas con su entorno- pongan en práctica las distintas innovaciones de un modo gradual, de acuerdo a sus propios ritmos y realidades organizacionales y culturales. Se promueven programas particulares, diversos y focalizados, en distintos niveles del sistema. Por ejemplo, curriculum, formación de profesores, proyectos de innovación escolar. Sin embargo, estos mismos estilos posteriormente deben dar paso a acciones más globales, extendiendo a todo el sistema las medidas o acciones emprendidas en alguna de sus partes.

En el caso de Chile, por ejemplo, las políticas educativas emprendidas se definen como incrementales y, en el segundo gobierno de la Concertación (1994-2000), los cambios parciales realizados se extienden a todo el sistema en sus diferentes niveles, constituyéndose así en una reforma de tipo global (García Huidobro, J.E., 1999). En Perú, la reforma educativa se inicia con un proceso centrado en el mejoramiento de la gestión (1990); luego sigue con la construcción de establecimientos escolares (1995) y, finalmente, en 1997, con una política integral de mejoramiento de la calidad de la educación primaria (Vega, M., 1998).

La reforma global del sector salud en Brasil se inicia, a partir de 1995, con una reforma incremental marcada por pequeños ajustes en la organización administrativa, en los servicios y en el modelo asistencial. Estos cambios se realizan a través de nuevos programas, tales como el Programa de Salud Familiar (PSF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. Ambos, a su vez, provocan cambios importantes en la asignación de recursos, formas de remuneración de las acciones de salud y formas de organización de los servicios (D’Avila, V. *et al*, 1999).

Las reformas sociales son verdaderas reformas culturales que requieren del consenso y el involucramiento de todos para su éxito. Por ello, las estrategias de cambio dependen, en gran parte, de las capacidades de la base profesional y técnica de los sistemas y de los contextos institucionales en que éstas se desarrollan. Para lograr cambios como los propuestos se requiere de variados y complejos procesos de construcción del “capital humano e institucional”.

En regímenes democráticos no resultan las aplicaciones “desde arriba”. De este modo, los reformadores deben relacionar sus proposiciones con las ideas previas, experiencias y culturas de distintos grupos, cuyos intereses convergen y compiten en los campos educativos y de la salud. Los procesos de reforma constituyen así un esfuerzo de concertación social que promueve nuevas interpretaciones y prácticas de acción sobre los caminos y medios para mejorar la calidad y relevancia de la provisión de servicios. Los conflictos y obstáculos que enfrentan las reformas constituyen momentos inevitables de un proceso en el cual los actores, de un modo racional y pragmático, optan por los caminos viables y de mayor importancia para el logro de los cambios propuestos.

#### **4. Los procesos de centralización y descentralización**

Pese a los esfuerzos reales por descentralizar la gestión de las reformas y procesos educativos, se constata que estos procesos son más formales que reales.

Los estudios ilustran distintos modelos y procesos de descentralización. Estos varían de acuerdo a

las funciones que son transferidas (financiamiento, regulación, provisión de servicios y seguros, entre otros) y el nivel del gobierno o unidades a las cuales son descentralizadas. Por ejemplo, del centro a los estados o provincias (Brasil, Argentina); de los estados a los municipios (Chile, Brasil, Colombia) o a las escuelas y centros de salud comunitarios directamente (Brasil, El Salvador, Perú); tipo de agencia (pública o privada) y el grado de poder que se confiere al gobierno y a la sociedad local en la toma de decisiones en las áreas de financiamiento, gestión y definición de políticas.

En Argentina se inicia, en 1992, una transformación del sistema educativo que traspasa la provisión de los servicios desde el gobierno nacional a las provincias. En Brasil, en cambio, la política de descentralización educativa ocurre en los tres niveles simultáneamente. En efecto, se transfieren recursos y poder a los estados y municipios y, al mismo tiempo, se entrega autoridad y poder a las unidades escolares y a las familias para la gestión de los establecimientos, promoviendo la participación de padres en la toma de decisiones y, en algunos casos, en la elección de los directores<sup>3</sup>.

Los estudios realizados por Echart, M. (1999) y Draibe, S. (1999) demuestran que la eficiencia y eficacia de estos procesos dependerá, fundamentalmente, de las culturas organizacionales de las instituciones receptoras y de la capacidad que tengan los reformistas de construir alianzas a nivel provincial y municipal. La descentralización “en cascada” plantea una serie de conflictos que retrasan los procesos de cambio. Las burocracias centrales tienden a retener un poder expresado a través de regulaciones y del control de procedimientos. Las instancias provinciales y municipales ven afectados sus ritmos y estilos de cambio por la presión y regulación desde el centro. Los intereses de los municipios no siempre coinciden con los de la comunidad y las autoridades deben negociar con alcaldes, prefectos, directores y asumir una serie de conflictos institucionales. Los alcaldes tratan de evitar un incremento del gasto en educación y, a la vez, no miran con beneplácito el poder y atribuciones que se traspasan a la comunidad.

En el campo de la salud, Serman, L. *et al* (1999) estudió la descentralización en el Brasil; F. Yepes, *et al* (1999), el caso de Colombia, y Oyarzo, C., *et al* (1999), la experiencia en Chile, apreciándose interesantes contrastes entre las políticas analizadas.

En Brasil se lleva a cabo, desde 1993, una reforma que entrega a los municipios el control total de la gestión de salud, incluyendo la definición de las políticas, y la ejecución, acompañamiento, control y evaluación de los servicios al interior de sus territorios. Esta política ha cambiado la función ejecutora de las secretarías estatales de salud en una función de coordinación, apoyo y regulación del sistema. Por otra parte, hay cambios importantes en la gerencia de los servicios municipales al organizarse unidades de evaluación y de control y acciones de capacitación del personal.

En el caso de Chile, el proceso se inicia durante el gobierno militar en un marco ambiguo que impide que la descentralización territorial sea también de tipo funcional. En la práctica, el Ministerio de Salud concentró funciones, principalmente en cuanto a la asignación y control de recursos, que restringieron el campo de acción de las entidades ejecutoras descentralizadas. Se intenta superar este tipo de problemas en los gobiernos democráticos posteriores logrando avances importantes en el sistema de transferencias. Sin embargo, tales avances no logran transformar las deficiencias del sistema ni tampoco se instaura un nuevo discurso sanitario ordenador de los cambios (Oyarzo, C., *et al*, 1999). La normativa legal y una visión técnica con poca capacidad de construir adhesiones políticas han impedido transformaciones más profundas en el modelo y calidad de los servicios.

Un modo diferente de ver el problema es el que ofrece el caso de El Salvador. En esta experiencia, la descentralización traspasa el límite del municipio para llegar a la propia comunidad. Es ella la principal interesada en los beneficios de la educación y la que puede exigir mayor responsabilidad y calidad de resultados. Es aquí donde radica el mayor poder para controlar los resultados. Este proceso se puede llevar a cabo con mayor facilidad en las localidades rurales y donde hay menos peso de la institucionalidad estatal (Lardé, A., *et al*, 1999). En esta misma dirección, es relevante la experiencia de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) ejecutados en Colombia,

que promueven la plena autonomía de los establecimientos educacionales, tanto en el plano de los recursos como en el de sus opciones pedagógicas (Caballero, P., 1999).

En el campo de la salud, es interesante la experiencia de los CLAS en Perú. En 1991 se inicia una reforma en el sector de salud que promueve que en los centros de emergencia y centros de salud se celebren “contratos de gestión” entre la comunidad y el Estado. Con esta finalidad fueron creados los Comités Locales de Salud, una asociación civil integrada por representantes de la comunidad y del Ministerio de Salud. La comunidad participa en las decisiones administrativas y en la definición de los programas de atención, lo que ha influido en mejoras en la calidad de los servicios y en la satisfacción de los usuarios (Cortez, R., 1999).

La descentralización beneficia la cobertura de los programas y la eficiencia de los mismos, tanto en el campo de la educación como en el de la salud. En Brasil, son importantes los avances en cuanto a acceso y cobertura de los servicios educativos y de salud gracias a la descentralización. En Perú, la población percibe cambios en la calidad de la atención en salud y se involucra en la definición de planes y obtención de recursos. Por otra parte, también es importante la dinámica que promueven los procesos de descentralización en el desarrollo de la participación social, como lo ilustran los casos de El Salvador, Brasil y Perú.

Sin embargo, sus efectos redistributivos no son claros. En el estudio de los programas descentralizados de Brasil, los diferentes indicadores de eficiencia y eficacia confirman una pauta sistemática que tiende a oponer, en el polo positivo, las escuelas estatales, grandes y medias, ubicadas en regiones más desarrolladas y, en el polo negativo, las escuelas municipales, pequeñas y localizadas en el Nordeste y en el Norte (Draibe, S., 1999).

Los principales obstáculos encontrados en las escuelas y municipios son institucionales, y aluden a las bajas capacidades administrativas, de gestión y de capacitación de los actores para asumir las funciones descentralizadas (Draibe, S., 1999; Caballero, P., 1999) y de los sistemas de seguimiento y acompañamiento a las nuevas funciones de regulación y coordinación de las entidades centrales (Sterman, L., *et al*, 1999). Por otra parte, y en el caso de El Salvador, los principales problemas se observan en las localidades vulnerables que, a su vez, son las que movilizan menor capital social. En Colombia, los municipios más pequeños no obtienen los recursos suficientes por concepto de transferencias, ni cuentan con recursos propios para asumir eficientemente la responsabilidad de la educación (Caballero, O., 1999).

La descentralización ha contribuido a disminuir los trámites burocráticos y a agilizar los contratos según las necesidades locales (Gajardo, M., 1999). Sin embargo, ha tenido mayor incidencia en la accesibilidad y eficiencia en la provisión de servicios que en la calidad y equidad de los mismos. Para obtener más calidad, es necesario realizar cambios en la organización cultural de las instituciones y en los modelos teóricos que sustentan los estilos de gestión. La flexibilidad en los límites y objetivos definidos por los programas y en las relaciones comunicativas que tienen los actores involucrados son ejemplos de cambios en dicha organización cultural.

Se constata la falta de capacidades institucionales a nivel local para asumir las responsabilidades que implica la descentralización, y de instrumentos y competencias para interactuar con alcaldes, burocracias municipales, directores de establecimientos, gerentes locales, asociaciones de padres y representantes de la comunidad. El Estado central debe sostener este proceso apoyando con capacitación y seguimiento la generación de nuevas capacidades.

Para una descentralización exitosa se requiere del apoyo de las instancias centrales y de una visión compartida entre los diferentes centros de poder (Gajardo, M., 1999). En los programas analizados, el contexto de apoyo del entorno municipal (Perú) o estatal (Brasil) resultan ser clave para el funcionamiento de las unidades autónomas. Por ejemplo, en el Perú, los CLAS funcionan mejor cuando encuentran respaldo en las autoridades locales y municipales. En el mismo sentido, cabe señalar que el logro de la autonomía escolar en El Salvador fue posible gracias al liderazgo y peso político de

la ministra que estuvo ocho años en el cargo impulsando dicha política. En síntesis, los cambios funcionan mejor cuando el Estado central se involucra y define un marco regulador adecuado para el funcionamiento de las unidades transferidas y favorece la generación de capacidades.

## **5. La participación de los actores**

Existe un amplio consenso en que las reformas actuales no son sustentables si la población no se involucra en su diseño y ejecución. En efecto, el logro de metas en la calidad de los servicios implica el involucramiento de todos los actores en nuevas interacciones, comunicaciones y responsabilidades para solucionar los problemas que afectan a la población más pobre.

En el campo de la educación, las reformas promueven cambios sustantivos en las prácticas de enseñanza y en la modalidades de aprendizaje. Estas no ocurren si las personas no se involucran y tejen mutuamente el cambio. Se asume, así, que la cooperación entre diferentes actores y las interacciones flexibles y permanentes entre la escuela y la comunidad garantizarán prácticas innovadoras, conocimientos significativos y el compromiso de todo el entorno con los aprendizajes que favorecen la integración laboral y social de los sujetos.

En el campo de la salud se ha demostrado la importancia de la participación social, tanto para la prevención como para el tratamiento de los principales problemas que afectan a la población. Una concepción integral de la salud estimula la responsabilidad de los propios actores en el cuidado de su bienestar. La participación no desplaza el saber especializado del médico, sino que, por el contrario, promueve la flexibilización de sus categorías, modelos de atención y formas de gestión de los servicios, al considerar demandas, expectativas y representaciones de los propios usuarios.

El Programa de Salud de la Familia (PSF) estudiado por D'Avila, V. *et al* (1999) muestra un importante cambio en el modelo de atención y en la gestión de recursos de salud en Brasil. Este programa define como unidad de acción la familia y no el individuo; no espera la demanda de atención para intervenir, sino que actúa preventivamente y tiene un concepto amplio de salud que no descansa exclusivamente en el modelo médico de explicación. El programa es un instrumento de reorganización de la demanda y focaliza su acción en los sectores más pobres. Los cambios han sido importantes gracias a la construcción de un nuevo tipo de alianza de carácter local y que involucra a las autoridades municipales, técnicos del sistema público de salud y externos a éste, organizaciones académicas (p. e. universidades) e internacionales (p. e. UNICEF), y asociaciones privadas y comunitarias. Esta alianza permite neutralizar resistencias fuertes tales como las de organizaciones gremiales de médicos y enfermeras, preocupados de garantizar su mercado de trabajo.

En el estudio se demuestra que la eficiencia e impacto del programa depende de los modelos de implementación, que son tres: regional, singular e incipiente (incipiente). En el primer caso, el Estado promueve varios programas en salud y cooperación intersectorial, lo que genera efectos sinérgicos en los logros del PSF. En este modelo hay una alta participación de la comunidad (p. e. municipios del Nordeste). En el modelo singular, el programa se implementa en forma aislada o piloto y sin involucramiento de otras esferas del gobierno (p. e. municipios de Niterói, Cocal do Sul y Qualis). El programa se sostiene gracias a la voluntad y alianza de actores locales (secretario municipal, comunidad, técnicos externos, entidad filantrópica). Por último, el modelo incipiente da cuenta de aquellos casos en que el programa se ejecuta en forma aislada, y cuenta con pocos apoyos y alianzas locales de sustento. En estos casos, las decisiones y gestión del mismo programa son altamente centralizados y los resultados y adhesión de la población son bajos.

Un buen ejemplo de cambios similares en el campo de la educación es el estudio realizado por Lardé, A., *et al* (1999) del caso de Educo, en El Salvador. Este es un programa que surge por iniciativa de las mismas comunidades rurales no atendidas por el Ministerio de Educación. El Ministerio, al evaluar sus resultados, adopta el modelo como política para todas las áreas rurales y luego lo adapta para las áreas urbanas.

El programa promueve que Asociaciones Comunales para la Educación (ACE) gestionen a nivel local la educación. El Ministerio de Educación contrata a las ACE para que éstas conduzcan y operen la gestión educativa a nivel local, y les transfiere mensualmente fondos para su funcionamiento. Estas asociaciones, a su vez, contratan a los maestros, compran materiales, garantizan la matrícula y cuidan la infraestructura de los establecimientos. Los seis miembros directivos de las ACE son elegidos por la comunidad y tres de ellos reciben capacitación por parte del Ministerio de Educación.

El estudio demuestra que cuando se abre la posibilidad de participar, la comunidad responde. En más del 80% de los establecimientos estudiados, la elección de los representantes de la comunidad ha sido participativa y no impuesta por el director u otra autoridad. Sin embargo, las asociaciones (ACE) funcionan principalmente con el aporte del presidente y su tesorero. El resto de los miembros de la directiva y de la comunidad no tiene un mayor interés o tiempo para poder hacerlo. Los padres tienden a delegar la responsabilidad de la educación en la escuela. La falta de una cultura de participación, las jornadas de trabajo, la baja escolaridad de los padres y la percepción que estos tienen de su baja tasa de retorno, afectan la posibilidad de la participación en las zonas rurales (Lardé, A., *et al*, 1999).

El principal problema detectado en el funcionamiento de las ACE alude a la posibilidad de abordar cuestiones de tipo pedagógico. La mayor parte de los directores y profesores consideran que estos son problemas técnicos y que deben ser resueltos por los profesores y no por los padres. Por otra parte, la relación patronal de los docentes es con la Junta Directiva. Por tanto, los padres de familia de las ACE están facultados para contratar maestros y personal administrativo, así como para despedirlos cuando no cumplen con sus responsabilidades. Gracias a este poder, los padres han logrado que los recursos se manejen con mayor transparencia y eficiencia, ha disminuido el ausentismo de los profesores y aumentó el número efectivo de horas de clases. Por otro lado, los maestros expresan sus molestias cuando tienen que rendir cuentas en forma presionada por los padres de familia, quienes, a su juicio, “no están capacitados para evaluar su trabajo en el aula” (Lardé, A., *et al.*, 1999:43). De este modo, las escuelas Educo han logrado transformar, en alguna manera, los incentivos, mecanismos de control y de rendición de cuenta de los profesores.

Los principales problemas de funcionamiento de estas asociaciones se encuentran en la falta de tiempo de sus participantes, en la poca información sobre sus funciones y en las malas interpretaciones en torno al manejo y administración de fondos. Se logra un buen desempeño cuando el director muestra flexibilidad en su autoridad y liderazgo. Sin embargo, en las escuelas pequeñas y más rurales que urbanas, se corre el riesgo que las asociaciones y directivas terminen por ser un “comité consultivo” para el director o para el consejo de maestros. En efecto, dadas las características del poder local es muy probable que los consejos directivos terminen más bien por avalar las decisiones del director en lugar de discutirlos y prepararlos.

Hasta ahora se ha subrayado la importancia de los contextos sociales, institucionales y de las propias percepciones y expectativas de la población para el logro de una reforma. En efecto, para garantizar la sustentabilidad de las reformas éstas deben encontrar apoyo y sentido en amplias capas de la población beneficiaria. Sin embargo, el problema no se agota en este actor.

Varios de los estudios analizados dan cuenta de los conflictos de *referencial* que se producen entre el “grupo técnico”, que piensa y diseña las reformas, y los actores políticos que “deciden” las opciones que deben asumir los sistemas de provisión de servicios. Los conflictos entre ambos tipos de actores se muestran con claridad en el estudio de G. Cousinet (1999) sobre el programa de medición de la calidad de la educación en Mendoza, Argentina. Después de una aplicación exitosa, su desaparición no respondió a la presión activa y pública de grupos de interés, tales como los profesores o los padres, sino que se debió, principalmente, a la decisión de los actores políticos que vieron en este sistema autónomo una potencial crítica a su propia gestión. En este caso, los responsables del sistema de medición priorizaron los aspectos técnicos por sobre los políticos y no generaron apoyos firmes y activos en estos actores para lograr una mayor permanencia del sistema.



El estudio de F. Portocarrero (1999) sobre el programa de apoyo alimentario peruano, permite ilustrar una tensión institucional interna continua entre los “tecnócratas” y los “políticos”. Los primeros están representados por la administración bajo estudio, que buscaban un manejo técnico y despolitizado de los programas para garantizar el uso adecuado de los recursos y el cumplimiento de los objetivos trazados. Los “políticos”, en cambio, trataban de adecuar las prioridades del Programa Nacional de Alimentación (PRONAA) al discurso oficial que emanaba de las altas esferas del poder.

Las diferencias de lenguajes y de culturas entre técnicos y políticos ha sido uno de los factores que ha obstaculizado la reforma de la salud en Chile. Según C. Oyarzo (1999), la reforma del sector público de salud enfrenta las dificultades inherentes a toda introducción de nuevos paradigmas. El problema se acentúa cuando los cambios recomendados tienen su origen en profesionales de la economía, que expresan sus propuestas en un lenguaje muy poco conocido para los médicos y que dominan como profesión el sector.

En síntesis, los estudios analizados demuestran que, pese a la importancia otorgada en los discursos y en las políticas, la participación social es muy difícil de lograr. En efecto, las personas no sienten una necesidad innata por participar ni tampoco existen fórmulas y técnicas pre-establecidas transferibles automáticamente para generar una participación creativa. La trayectoria histórica del Estado y las representaciones que la población tiene de su rol, forma parte de una cultura que favorece más la “delegación” que la “responsabilidad compartida” frente a problemas tales como los de educación y salud. Por otra parte, la cultura de la escuela y de los centros de salud, las formas de pensar de muchos profesores y personal de salud, y la falta de métodos flexibles y participativos para trabajar con familias y la comunidad afectan la generación de espacios activos de cooperación y de toma de decisiones.

En los casos analizados se aprecia que la participación que promueven las reformas sociales no tiene un sentido político o ideológico. Por el contrario, éstas son entendidas como sistemas de control social de los resultados de la prestación de servicios. Es el modo que tiene la sociedad de promover la responsabilidad (*accountability*) y la calidad de los servicios a través de una conexión directa y transparente con los usuarios. En los casos analizados de educación y salud se observan resultados importantes en la eficiencia y eficacia de los sistemas de provisión.

Los cambios que se promueven afectan las concepciones tradicionales tanto del aprendizaje como de los modelos de atención en salud. En efecto, los programas analizados favorecen relaciones flexibles entre las categorías académicas y las del sentido común de los beneficiarios, y una interacción de tipo dialógica. Estos cambios en las categorías de pensamiento requieren de nuevas alianzas y de relaciones sociales para que persistan en el tiempo. La construcción de acuerdos entre distintos actores y el grado de apoyo de las autoridades municipales, políticas y regionales resultan ser clave para las experiencias de innovación. Todas las experiencias que se han basado solamente en la convicción técnica de sus promotores no logran alcanzar sus objetivos y fracasan. Las disposiciones legales y la existencia de espacios legítimos y eficaces de participación favorecen el cambio.

## **6. Conclusiones**

Los estudios de casos analizados constituyen una buena descripción del estado actual de las principales reformas sociales que se llevan a cabo en América Latina. Las reformas muestran grados importantes de avance y de logros en cobertura y eficiencia. Sin embargo, son menores los avances en calidad y, particularmente, en equidad.

En el sector de educación, pese a la inversión y cambios que se promueven, se mantienen las diferencias de aprendizaje entre escuelas y sectores sociales pobres, medios y altos. El problema es general, y “aun en los países de la región con cobertura extensiva y prolongada exposición de los estudiantes a la escuela, el ascendente de la enseñanza formal está cada vez más condicionado por factores externos, sobre los cuales ésta no tiene influencia directa” (Ratinoff, L, 1995: 27). El capital

cultural y económico de las familias, y la riqueza y complejidad de las interacciones y tecnologías con las cuales se relacionan, inciden fuertemente en la calidad de los resultados que se obtienen.

El problema es clave porque cuestiona la relación paradigmática que se ha establecido entre equidad y educación. En efecto, y como señala J.C. Tedesco (1998), esta relación no es unidireccional ni estática. Para obtener logros de calidad se necesita una “equidad social” de base, que este autor denomina *condiciones de educabilidad*. Tales condiciones aluden a los aprendizajes primarios que tienen los niños de códigos, hábitos y destrezas en su medio ambiente familiar y social. De este modo, las políticas educativas y sociales deben actuar en forma integral para producir cambios en esta realidad extra escuela y contribuir así a las condiciones que requiere una educación de calidad.

En el campo de la salud, los principales cambios producidos por las reformas han sido en las áreas de provisión de los servicios, modelos de atención y sistemas de pagos. En los casos analizados se observa una nueva relación entre Estado y mercado para organizar el acceso y la búsqueda de nuevas formas de participación y de control social de los servicios. Pese a los avances constatados, subsisten también en el sector importantes problemas de desigualdad en el acceso a una atención de calidad.

En general, los gobiernos en la región han asumido el discurso de la “calidad” por sobre la “equidad”. Este discurso es el que predomina para favorecer una mejor competitividad y excelencia. Pero, ¿es el más apropiado para América Latina? La equidad ha sido desplazada a un segundo lugar. El problema es la competitividad y se promueven experiencias más o menos parecidas en la región: descentralización, “voucher”, estándares, mediciones y aplicaciones de test, etc.

En efecto, por la acción de las agencias internacionales y los consensos políticos establecidos en la región, existen modelos de reformas educativas que se promueven. Como en los ajustes económicos, se busca (o se cree) en el funcionamiento de “universales” o de relaciones ya probadas y válidas para cualquier situación. Entre estos universales se destaca el rol que se atribuye a la gestión. Todo parece solucionarse con un mejor “*management*”. Se trasladan enfoques de la realidad empresarial a las escuelas o a los centros de salud. Los estudios discuten este supuesto e indican un cambio que va más allá de logros de mayor eficiencia o de cambios en la gestión. Insertos en una transformación de las culturas institucionales destacan la importancia del liderazgo, mejoramiento de los sistemas de interacción, desempeños basados en competencias, flexibilidad y diálogo en las soluciones, y comunicaciones entre los distintos actores sociales que participan en los procesos de reforma.

La economía política de las reformas debe relativizar los universales que se instauran. El peso de la cultura y de las tradiciones históricas son clave. Los países que tienen alta población indígena y rural son diferentes a los más homogéneos y principalmente urbanos. Por ello, es recomendable que los bancos y agencias actúen con un amplio menú de opciones más que con un número reducido, facilitando así la posibilidad de que los países elaboren sus propias agendas en diálogo y discusión con las agencias.

Los estudios demuestran la importancia de considerar las dificultades sociopolíticas que inciden en las reformas. Por ejemplo, en América Latina se manifiestan altos niveles de desigualdad que afectan los resultados de cualquier reforma; existe tensión entre el ajuste fiscal, la competitividad y el diseño de las reformas. Hay una crisis de representación que mantiene en varios países formas tradicionales de relacionarse con lo público, tales como el clientelismo (apropiación privada de bienes públicos) y el corporativismo (defensa de intereses de grupos).

Sin embargo, además de ello, es clave analizar las soluciones y estrategias de resolución de conflictos desarrolladas por los actores en sus contextos específicos. De este modo, los conflictos de los procesos de ejecución de las reformas abren posibilidades y constituyen un momento para la redefinición de las reformas que no han sido consultadas en forma previa. Desde esta perspectiva, ofrecen oportunidades para convertir las reformas en procesos participativos que descansan en el consenso social.

En efecto, todas las reformas tienen restricciones de tipo estructural, pero, a la vez, hay procesos

y espacios en los cuales los actores pueden intervenir para lograr acuerdos, compromisos, y alianzas. Es importante identificar el margen de maniobra de los reformadores y los aprendizajes para contribuir a su desarrollo y ampliación (Grindle, M.S. *et al* 1991).

En el manejo de los conflictos se prueban los estilos de liderazgos. Los equipos que promueven las reformas en distintos niveles y espacios deben tener competencias para ejercer la mediación y construir consensos en torno a los objetivos y acciones que se promueven.

Por lo planteado, es importante subrayar la necesidad de aumentar la capacidad de investigación y de aprendizaje de los países. Las limitaciones en los diagnósticos, fuentes de información y datos disponibles impiden elaborar propuestas fundamentadas y de calidad. No hay masa crítica en los países debido a la falta de apoyo a la investigación o por la transferencia de investigadores desde universidades y centros académicos a funciones políticas en los ministerios.

Es necesario crear una “cultura evaluativa” y de investigación para el aprendizaje en las instituciones y en la sociedad. Para lograr impactos, las reformas deben contar con buenos diseños y sistemas de seguimiento, indicadores e instrumentos validados para verificar sus resultados. La colaboración horizontal entre municipios y centros puede permitir la construcción de una perspectiva o referencial compartido para interpretar los resultados de las reformas. Es necesario, a su vez, contar con instrumentos y sistemas de procesamiento de información de fácil aplicación para todos los equipos y personal no especializado de los ministerios y ejecutores de las reformas.

### Notas

<sup>1</sup> El concepto de referencial (*référéntiel*) lo hemos tomado de B. Jobert, quien lo define como el marco interpretativo o cognitivo de los actores y a partir del cual es posible pensar las políticas públicas como una producción intelectual de imágenes comunes de la sociedad. Ver. Jobert, B. *et al*, (1987)

<sup>2</sup> Los estudios de casos de reformas educativas y de salud se han compilado en Martinic, S. *et al* (1999).

<sup>3</sup> Este es el caso del estado de Minas Gerais, que fomentó la autonomía de las escuelas y la selección competitiva de los directores (Paes de Barros, R. *et al*, 1998).

### Bibliografía

- BERMEO, A.(1992) “Democracy and lessons of dictatorship”, en *Comparative Politics*, 2(3), abril.
- BARROS SILVA, P. (1999) “Reforma da Seguridade Social no Brazil”. NEPP/UNICAMP. Dezembro, 1998. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- CABALLERO, P. (1999) “La Autonomía Escolar y el Proyecto Educativo Institucional en Colombia”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 39-66.
- CACCIA BAVA, S. (1999) “Programas de Renda Mínima No Brasil: Impactos e Potencialidades”. POLIS, Sao Paulo, Brasil. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- CLAD (1998) Una nueva gestión pública para América Latina, documento preparado por el Consejo Científico y aprobado por el Consejo Directivo.
- CORTEZ, R. (1999) “Participación civil, equidad y calidad de los servicios de salud en el Perú”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 271-292.
- D’AVILA, A. y R. DAL POZ (1999) “Estudo sobre o Processo de Reforma em Saúde no Brasil”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 187-218.
- DRAIBE, S. (1999) “A reforma da educação no Brasil. A experiência da descentralização de recursos no ensino fundamental. Estudos de Caso”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 11-38.
- ECHART, M. (1999) “Procesos de reforma en educación, implementación y grupos de interés”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 67-88.

- ESCALA, M. (1996) "Una perspectiva estratégica del desarrollo de la educación dominicana", en: Grupo de Acción por la Democracia: Agenda Nacional de Desarrollo. Planes de acción para las diez principales prioridades (Vol II). Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra-Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales.
- GAJARDO, M. (1999) Reformas educativas en América Latina. Balance de una década. Santiago. PREAL, Documento de trabajo Numero 15.
- GARCIA HUIDOBRO, J.E. (Ed.) (1999) La reforma educacional chilena. Madrid, Editorial PROA.
- GRINDLE, M.S. y J.W. THOMAS (1991) Public choices an policy changes. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- KLIKSBERG, B. (1999) "Desigualdad y desarrollo en América Latina: el debate postergado", en: Revista del CLAD, Reforma y Democracia, 14.
- LARDE DE PALOMO A.; A. ARGUELLO DE MORERA; E. JACIR DE LOVO y R. CÓRDOVA (1999) "Administración Educativa Descentralizada: El Caso de El Salvador". En: Martinic, S., *et al*, pp. 115-158.
- LO VUOLO R.; A. BARBEITO; L. PAUTASSI (1999) "Pobreza y Políticas de Sostenimiento del Ingreso. Asistencialismo Focalizado v/s Ingresos Básicos Universales". CIEPP, Septiembre, 1998, Buenos Aires Argentina. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- MARTINIC, S.; C.AEDO y J. CORVALAN (eds) (1999) Reformas en Educación y Salud en América Latina y el Caribe. Santiago, CIDE.
- MONTOYA, S. (1999) "La Reforma de Obras Sociales en Argentina". En: Martinic, S., *et al*, pp. 247-270.
- NOYA, N. (1999) "La Reforma de la Seguridad Social en Uruguay". Ponencia presentada en el Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- OYARZO, C.; E. BETETA; M. CABEZAS y R. SANHUEZA (1999) "Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público de Salud Chileno: Una Experiencia de 20 años". En: Martinic, S., *et al*, pp. 219-246.
- OSZLAK, O. (1997) Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego (vol 1). Buenos Aires, Colección CEA-CBC, UBA.
- \_\_\_\_\_ (1999) Quemar las naves (o cómo lograr reformas estatales irreversibles). Ponencia presentada al IV Congreso Internacional del CLAD. Mexico, 19-22 de octubre.
- PAES DE BARROS, R. y R. MENDOCA (1998) "El impacto de tres inmolaciones institucionales en la educación brasileña". En: Savedoff, W. (com). pp. 85-145.
- PORTOCARRERO F., *et al*. (1999) "Economía y Política de los Programas Gubernamentales de Apoyo Alimentario en el Perú", Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Junio de 1998. Perú. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- RATINOFF, L. (1995) "Global insecurity and education. The culture of globalization". En: Prospects, Vol XXV, N° 2.
- RICHMOND, M. (1992) "Democratic transition and educational change in Chile: the programme MECE". Ponencia presentada al seminario sobre Educación en Latinoamérica, Humberstone Polytechnic, Hull, Grand Bretagne.
- SAVEDOFF, W. (comp) (1998) La organización marca la diferencia. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- STERMAN, L. *et al*. (1998) "A descentralização do sistema de saúde no Brasil". São Paulo, diciembre.
- TEDESCO, J.C. (1998) "Desafíos de las Reformas Educativas en América Latina". En: Revista Paraguaya de Sociología, año 35, núm. 2.

- VEGAS, M.; P. ANDRADE y P. MAGUIÑA (1999)“La hora de la sociedad civil. La experiencia peruana de participación en políticas educativas”. En: Martinic, S., *et al.*, pp. 247-270.
- World Bank (1994) El Salvador: Community Education Strategy: Decentralized School Management. Washington, Report N° 13502-ES.
- YEPES F.; L. SANCHEZ (1999) “La Descentralización de la Salud en Colombia. ASSALUD. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.