



FUNDACIÓN PARA  
LA SUPERACIÓN  
DE LA POBREZA

**Propuestas para la Futura Política Social  
1999**

## **Presentación del libro "Propuestas para la Futura Política Social" de julio de 1999.**

La Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza presenta a la discusión pública una propuesta de "Mínimos sociales garantizados" en los componentes básicos o tradicionales de la política social pública: salud, educación, vivienda y subsidios monetarios.

Quienes formamos parte de esta Fundación, estimamos que las políticas sociales, el gasto social, lo que se debe hacer en dichas materias, debe tener asegurado un mínimo compartido por todos los chilenos. Con menos de esos mínimos se comenzaría a retroceder hacia una sociedad mucho más inequitativa que la actual, hacia niveles mayores de pobreza que los que aún existen para deshonra de nuestro país, hacia condiciones que no son queridas por nadie.

Una sociedad de mayor equidad es condición para lograr un Chile moderno. La reducción de la pobreza, la mejoría de las oportunidades, una mejor educación, acceso digno a la salud, viviendas adecuadas, son un imperativo ético de la sociedad. Es la garantía de que somos y queremos ser una sociedad de personas decentes. Pero además es una necesidad económica.

El desarrollo de Chile en el próximo milenio depende de que la sociedad chilena tenga mejores niveles de equidad y participación. Para que exista mayor crecimiento económico se requiere una población con niveles cada día más altos de educación, una obra de mano cada vez más calificada, profesionales y técnicos de todas las áreas. Por cierto que se requiere que esta población sea sana, tenga acceso a la salud de manera adecuada, habite decentemente y pueda por tanto contribuir de manera eficiente al desarrollo de todos y del país. No existirá desarrollo sostenido de la economía chilena si el crecimiento económico es percibido por una parte mayoritaria de la población como inútil, que beneficia solamente a algunos pocos y que no conduce a un tejido social más unido, más solidario, más integrado y de mejor calidad de vida.

## **Presentación**

El principal objetivo que los chilenos quisiéramos lograr en los próximos años es construir un Chile más equitativo donde todos los habitantes tengan iguales oportunidades. En un año de elecciones presidenciales, la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza quiere entregar a todos los candidatos a la primera magistratura de la Nación, a los partidos políticos y a la sociedad en general, una propuesta sobre cuáles serían los mínimos sociales que es necesario garantizar para poder avanzar en esta meta compartida ampliamente por todos. Se trata de establecer un "piso social" para que sobre él se desarrollen iniciativas nuevas, propuestas creativas y soluciones a los enormes problemas sociales que aún aquejan a nuestro país.

Quienes formamos parte de esta Fundación, estimamos que las políticas sociales, el gasto social, lo que se debe hacer en materia de educación, salud, vivienda, pensiones, debe tener asegurado un mínimo compartido por todos los chilenos. Con menos de esos mínimos se comenzaría a retroceder hacia una sociedad mucho más inequitativa que la actual, hacia niveles mayores de pobreza que los que aún existen para deshonra de nuestro país, hacia condiciones que no son queridas por nadie.

Una sociedad de mayor equidad es condición para lograr un Chile moderno. La reducción de la pobreza, la mejoría de las oportunidades, una mejor educación, acceso digno a la salud, viviendas adecuadas, son un imperativo ético de la sociedad. Es la garantía de que somos y queremos ser una sociedad de personas decentes. Pero además es una necesidad económica. El desarrollo de Chile en el próximo milenio depende de que la sociedad chilena tenga mejores niveles de equidad y participación. Para que exista mayor crecimiento económico se requiere una población con niveles cada día más altos de educación, una mano de obra cada vez más calificada, profesionales y técnicos en todas las áreas. Por cierto que se requiere que esta población sea sana, tenga acceso a la salud de manera adecuada, habite decentemente y pueda por tanto contribuir de manera eficiente al desarrollo de todos y del país. No existirá desarrollo sostenido de la economía chilena si el crecimiento económico es percibido por una parte mayoritaria de la población como inútil, que beneficia solamente a algunos pocos y que no conduce a un tejido social más unido, más solidario, más integrado y de mejor calidad de vida.

Una sociedad de mayor equidad, además, es un elemento fundamental para garantizar la gobernabilidad futura de la sociedad chilena. Los extremos económicos conducen necesariamente, a la corta o a la larga, a situaciones de tensión, a querellas internas insalvables, a la búsqueda de soluciones no negociadas ni negociables, a propuestas que destruyen la capacidad de gobierno de una sociedad. La experiencia chilena de las últimas décadas nos debería hacer meditar a todos los que vivimos en este suelo. La estabilidad política del país depende también de lograr un acuerdo sobre mínimos garantizados en materias económico-sociales.

## **a) Avances y limitaciones**

El Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza elaboró, en agosto de 1996, el informe "La pobreza en Chile: un desafío de equidad e integración social" a través del cual, cumpliendo con la misión encomendada por el Presidente de la República, "puso al servicio de la sociedad chilena y de sus autoridades un conjunto de planteamientos y propuestas que buscaban generar un debate social constructivo destinado a concordar un proyecto nacional de desarrollo para superar la pobreza.

En ese informe se planteaba que "superar la pobreza en Chile es el mayor desafío nacional de los últimos tiempos; es un proceso complejo, que trasciende el mero hecho estadístico de traspasar la *línea de la pobreza*, y que involucra dimensiones materiales, sociales y culturales en que las personas son convocadas a desarrollar sus potencialidades en función de un futuro diferente y mejor".

El informe agregaba que para enfrentar esta tarea nacional y lograr "construir una sociedad más integrada y equitativa, se requería establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil, en donde las posiciones antagónicas entre lo público y lo privado fuesen sustituidas por esfuerzos creativos de articulación y colaboración como estrategia moderna y eficaz de erradicación de la pobreza".

Por cierto el país ha adherido a los principios generales aquí señalados y ha hecho del combate a la pobreza uno de los ejes de la política social. También se ha transformado en uno de los asuntos de mayor debate público en todos los sectores del país. Es también la política para enfrentar la pobreza, hoy día, un aspecto central en el juicio que los ciudadanos hacen a sus gobernantes, a los pasados, presentes y futuros.

Es por amplios sectores reconocido que Chile posee una larga trayectoria en política social lo cual lo hace destacarse entre muchos países latinoamericanos. Particularmente, se aprecia una significativa evolución del gasto social en la última década. En la actualidad, alcanza a alrededor de dos tercios del gasto público o, medido de otra manera, a alrededor del 14% del PIB. El impacto de estas políticas sociales en relación con el ingreso de los hogares más pobres es claramente redistributivo.

Durante la última década ha habido avances notables en política social, los que se han traducido en fuerte expansión del gasto público en el área de la salud y la educación. En ambos rubros más que se han duplicado los recursos asignados. Este aumento del gasto social se ve reflejado en algunas mediciones como la elevación de los resultados de la prueba Simce, en las escuelas y liceos de sectores más pobres y en particular donde se ha aplicado el plan de las 900 escuelas. También se ha logrado una mayor modernización y construcción de hospitales públicos, puesta en marcha de programas destinados a grupos vulnerables como los del adulto mayor; discapacitados y otros.

El crecimiento económico y los planes sociales del Estado en la última década han logrado reducir la pobreza a casi la mitad de los niveles de 1987. Los estudios realizados al finalizar la década del 90 establecían que en el país había a lo menos cinco millones de pobres, esto es, personas que vivían bajo la llamada línea de la pobreza, que como es bien sabido significa un mínimo de ingresos familiares que muy a duras penas permite sobrevivir. De los doce millones y medio de chilenos que en ese momento había en el país, cinco millones estaban en una situación de vida muy rigurosa. El crecimiento económico sostenido en los últimos diez años, más las políticas

sociales aplicadas, como la fijación y aumento constante del salario mínimo por encima del crecimiento de los precios, han ido bajando esta cifra hasta llegar hoy día a tres millones y medio de personas que viven en esa situación, medida ciertamente con la misma vara que hace doce años atrás.

A pesar de los logros descritos, la situación dista bastante de configurar una imagen satisfactoria. No se ha alcanzado el objetivo de llevar a cada familia a un nivel de ingreso que permita cubrir adecuadamente sus necesidades básicas. Terminamos la década con casi una cuarta parte de la población chilena viviendo aún en condiciones de pobreza o directamente de miseria. Por cierto, esta cifra no nos deja tranquilos e interpela nuestras conciencias.

En los últimos años, incluso antes de que comenzara la actual situación de crisis económica por la que atraviesa el país, se percibía una situación en la que cada vez era más difícil avanzar en las políticas destinadas a combatir la pobreza. El Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza advierte en su informe y en múltiples llamamientos, que se había comenzado a transitar a una etapa difícil en la incorporación de personas que vivían en la pobreza. Los instrumentos económicos, principalmente el empleo, que habían dado resultado en una primera etapa, esto es en la primera mitad de la década, habían comenzado a ser cada vez menos eficientes. El país se enfrentaba ante situaciones que los expertos denominan "pobreza dura", esto es, situaciones muy difíciles de resolver solamente por la vía del mercado de trabajo, de la incorporación de personas a los trabajos que normalmente se ofrecen. Lamentablemente, esos llamados de atención fueron ciertos y en los últimos años se ha podido ver un estancamiento en los procesos de incorporación de familias de extrema pobreza y pobreza a situaciones más aliviadas.

Si a estas tendencias anotadas se agregan las dificultades de medición de la pobreza que ha hecho ver esta Fundación, la situación se ve empeorada aún más. La medición de la pobreza, como es sabido, se realiza de acuerdo a parámetros establecidos en 1987. Esos parámetros no han cambiado pero sí el país ha crecido enormemente y las necesidades de vida de las personas y las familias han cambiado muy profundamente. Nuevos productos y servicios se incorporan cada día a las necesidades básicas humanas. Por ello si se corrigieran las cifras de acuerdo a lo que es "ser pobre" doce años después de la primera medición, seguramente se tendría más familias y personas en situación de pobreza en el país. Como todo el mundo sabe y se lo imagina, no es lo mismo ser pobre en Estados Unidos o en Chile, y por ello no es lo mismo ser pobre en la década del 80 que comenzando el año 2000.

## **b) Objetivos sociales y mínimos**

Dada esta situación social del país, parece importante colaborar para crear consenso respecto a cuáles son los objetivos sociales compartidos por todos los chilenos. Esta imagen objetivo del país está referida a las metas de equidad social, superación de la pobreza y mayor igualdad de oportunidades, que **pueden ser** alcanzadas en los próximos años.

En esta oportunidad, la Fundación presenta a la discusión pública una propuesta de "Mínimos sociales garantizados" en los componentes básicos o tradicionales de la política social pública: salud, educación, vivienda y subsidios monetarios. El acento del estudio que sustenta la propuesta está puesto en la definición de "mínimos sociales" adecuados a la realidad y las posibilidades de un país como Chile, en segundo lugar a

una estimación del costo que tendría la decisión pública de garantizar estos mínimos, y en tercer lugar a la factibilidad y alternativas de financiamiento que tiene esa política. No es un programa de gobierno, por cierto, ya que no marca ni los énfasis ni las medidas concretas que se deben asumir, pero sí señala el mínimo bajo el cual cualquier política sería inadecuada.

La intención de esta propuesta es poner en el debate público el tema en un año marcado por la contienda electoral. Es convicción de la FNSP que el país se encuentra en un umbral de desarrollo económico y social maduro y es indispensable provocar este debate y alcanzar una respuesta nacional de consenso en la cual la provisión de los servicios sociales de salud, educación y vivienda satisfaga umbrales exigentes en materia de cobertura y calidad; donde existan avances sustantivos en otras dimensiones de la calidad de vida de las personas como son el acceso a la justicia y la seguridad ciudadana; en que los hijos de cada familia puedan acceder a una educación de calidad y a la continuación de estudios superiores en condición de igualdad de oportunidades con los demás jóvenes; y en que las mujeres puedan integrarse en igualdad de condiciones que los hombres al sistema formativo y laboral. Probablemente todos estos son objetivos ampliamente compartidos y queridos por todas las personas. En este documento se los trata de poner en calidad de metas, de darles operatividad, señalar su costo y buscar las maneras de obtener recursos para cumplirlos.

Hay un aspecto que este documento no señala y que es preciso anotar. La Fundación está plenamente consciente de que hay métodos y políticas sociales concretas que ya no rinden sus frutos como lo hacían antes e incluso que hay sistemas de operación que son inadecuados. Por más que se les inyecten más recursos, hay áreas que no resolverán los problemas sino que incluso los agravarán. El país enfrenta desafíos en el área social que se asocian a la gestión de las políticas sociales y a la búsqueda de modelos de atención pertinentes a la realidad chilena que compatibilicen los fines de superación de la pobreza, equidad, integración social y eficiencia así como el respeto de los derechos individuales (libertad de expresión, pensamiento y libre asociación; derecho a elegir y ser elegido en cargos públicos; protección ante la agresión de terceros e igualdad ante la justicia) con el logro de espacios de igualdad en la esfera socio-cultural y económica. Estos desafíos, sin embargo, no son el énfasis de este informe; su propósito es más modesto.

### **c) Una carta de ciudadanía**

La definición de "mínimos garantizados" relativos al acceso a la educación, salud, vivienda y subsidios monetarios que el conjunto del país se comprometa a cumplir tiene un impacto directo, de un lado, sobre la calidad de vida de las personas y, por otro, contribuye a explicitar los derechos económicos y sociales de los ciudadanos.

Esto es lo que denominamos "Una carta de ciudadanía". Esta carta conlleva derechos y deberes.

En este sentido, es importante entender correctamente el sentido que tiene la expresión "garantizar mínimos sociales". Garantizar no es igual que reclamar la asistencia gubernamental a todo evento. La política pública debe garantizar estándares de provisión sujeto a que los ciudadanos actúen responsablemente ante la sociedad, asumiendo su responsabilidad, condición que debe estar adecuadamente estipulada en cada una de las esferas de la acción social.

Relevar la importancia de la responsabilidad ciudadana es doblemente importante para la FNSP, ya que entiende la superación de la pobreza como “un proceso con dimensiones materiales, sociales y culturales en que las personas son convocadas a desarrollar sus potencialidades en función de un futuro diferente y mejor”. Estamos en contra de políticas paternalistas y populistas que niegan el protagonismo a los ciudadanos o que hacen de éstos simples beneficiarios de las dádivas que entrega el Estado. La política social que no se basa en una equilibrada relación entre deberes y derechos está condenada al fracaso.

El Estado, decíamos en el informe, tiene que entregar herramientas “a los sectores pobres para que surjan por sus propios medios”. Se trata por tanto de estimular iniciativas públicas y privadas que estimulen la responsabilidad individual y comunitaria en la resolución de los problemas, en definitiva, una política social “habilitante o capacitante”, que, por cierto, incorpore en su diseño, ejecución y evaluación las dimensiones de la diversidad social, cultural, territorial y de género que definen a los sujetos sociales a los cuales están dirigidas.

Es ampliamente conocido que el principal factor de superación de la pobreza es el empleo, el trabajo remunerado, o el generado como trabajador independiente. Garantizar mínimos sociales es condición necesaria para ampliar los espacios de igualdad, para equiparar las condiciones iniciales. No obstante, los avances en equidad social tienen como telón de fondo un crecimiento económico sostenido y la creación de empleo. Es indispensable, por tanto, cuidar el activo nacional que representa una estructura económica que ha sido capaz de duplicar el nivel de ingreso por habitante en el curso de 15 años, por lo que las políticas deben ser consistentes con el desarrollo de la inversión, la generación de puestos de trabajo y el equilibrio de las finanzas públicas.

Una ciudadanía de mayor calidad conducirá también en Chile a una democracia de mejores condiciones, más madura y segura de sus logros. El país tiene posibilidades de proyectarse al próximo siglo con una propuesta de equidad superior a la que hasta ahora ha guiado la política y economía nacional. Esta propuesta de mínimos garantizados tiene el propósito de incitar a ese debate.

Benito Baranda Ferrán  
Presidente

## **1. PROPUESTAS PARA LA FUTURA POLITICA SOCIAL**

Este documento contiene un conjunto de propuestas orientadas hacia los objetivos de superación de la pobreza y reducción de las desigualdades de oportunidades y de ingreso. De esta manera, en el documento se discuten y postulan cambios respecto de la medición de la pobreza y de las políticas sociales que entregan bienes y servicios a los hogares, como ocurre en las áreas de educación, salud, vivienda y subsidios monetarios. También se presentan opciones de financiamiento para las materias tratadas.

Las principales propuestas que se desarrollan a lo largo del documento son las siguientes:

- Medir la pobreza según insuficiencia de ingresos sobre la base de actualizar la línea de pobreza según la encuesta de presupuestos familiares de 1997.
- Definir indicadores y estándares de cobertura de las necesidades básicas en educación, salud y vivienda, que permitan evaluar los avances y desafíos pendientes en estas áreas, y que complementen la medida de pobreza basada en la insuficiencia de ingresos.
- Introducir la subvención diferenciada en educación sobre la base de la condición socioeconómica, incrementado el volumen de recursos que se entrega a los niños de bajos ingresos en relación al resto de la población escolar. Ello junto con mantener los esquemas de aporte local (municipal) y del financiamiento compartido.
- Nivelar la cobertura de la educación preescolar de las familias de bajos recursos a niveles semejantes a las alcanzadas por las familias de altos ingresos.
- Incrementar en forma sustantiva los recursos de créditos y becas para los estudiantes de la educación superior, extendiendo este beneficio a los jóvenes que estudian en instituciones distintas a las universidades tradicionales y que cumplan con normas exigentes de acreditación de calidad.
- Reforma global del sistema de salud, sobre la base de la definición de un Plan de Beneficios Garantizados de Salud (PGBS) que estipule en forma explícita el tipo y modalidad de acceso a las prestaciones individuales de salud. Establecer un Plan de Salud Pública referido a las labores de fomento, prevención y provisión de los bienes colectivos de salud.
- Reforma del sistema de proveedores públicos de salud en la forma de organizaciones públicas con autonomía en su gestión y financiamiento acorde con el volumen de servicios que preste.
- Reemplazar la actual cotización del 7% por la obligación de adquirir el PGBS. Una variante a evaluar es financiar el PGBS con impuestos generales.
- El sector privado de salud se mantiene en su estado actual, pero no podrá ofrecer planes de salud por debajo del PGBS.
- En vivienda se postula revisar la lógica de localización de los proyectos de vivienda social y sistemas de selección de beneficiarios, que en su actual formato redundan en la concentración espacial de la pobreza, el acceso restringido a la infraestructura urbana y a los servicios, la reducción de las oportunidades laborales y la acentuación de rasgos de exclusión social.
- En el área de la vivienda también se postula el incremento en la tasa de construcción de viviendas sociales de acuerdo con la absorción de la nueva demanda y la reducción del déficit de arrastre, junto a un mejoramiento en los estándares de construcción y ampliación de la superficie construida (a 12 m<sup>2</sup> por habitante).



- Para la población pobre se postula crear un subsidio monetario que opere sobre la base de empleos municipales con carácter transitorio. Este instrumento entrega ingresos a las personas a través de un mecanismo basado en la auto-focalización y exento de lazos de dependencia.

Es importante considerar que los cambios propuestos *no* agotan los desafíos pendientes en materia de equidad. En tal sentido este documento tiene un alcance parcial y está referido a los temas arriba descritos.

Entre las materias importantes que no se tratan en el documento destacan los aspectos de equidad relacionados con grupos específicos -mujeres, etnias, regiones- que van más allá de la problemática general de la pobreza y de desigualdad de ingreso. Esta es una limitación importante del documento, puesto que existen materias relevantes de equidad que atraviesan por las citadas dimensiones<sup>1</sup>.

El documento tampoco profundiza en las formas que asume la política social, las cuales deben asegurar la participación activa de los beneficiarios de manera que se conviertan en agentes de su propio desarrollo. Ello puede ser tanto o más importante que la propia entrega del servicio o beneficio social. En cambio, la política de corte netamente asistencial crea lazos de dependencia y frustra el desarrollo de la capacidad de autodeterminación de las personas.

También se excluyen del documento las políticas orientadas hacia al desarrollo productivo de pequeños empresarios o trabajadores por cuenta propia, las cuales forman parte importante de la integración de los sectores pobres a los beneficios del crecimiento económico. Asimismo, no se consideran políticas de capacitación y de incrementos de la productividad de los trabajadores asalariados.

Finalmente, es importante destacar que el documento tiene como contexto una economía en expansión, que es capaz de generar más y mejor remunerados empleos a lo largo del tiempo. Bajo este contexto se discuten las opciones de política social y del volumen de recursos disponible para su financiamiento. El contenido de la propuesta sería distinto si la economía chilena mostrase rasgos estructurales de alto desempleo y de estancamiento o caída de las remuneraciones.

El documento se organiza en secciones, las cuales incluyen el contexto de la política social en Chile, las propuestas en materia de medición de la pobreza, sistema educacional, reforma del sector salud, políticas de vivienda, políticas de ingresos y consistencia fiscal de las modificaciones propuestas. Un conjunto de capítulos anexos contiene una discusión más detallada y técnica de las propuestas que se avanza en el texto principal.

---

<sup>1</sup> Así, por ejemplo, las mujeres acceden en condiciones desventajosas al mercado laboral. Sobre ellas recae la crianza de los hijos, los costos de la maternidad y el trabajo doméstico, cuestiones que se agravan en el caso de las mujeres de bajos ingresos. En el quintil más pobre sólo el 19% de las mujeres participa en el mercado del trabajo mientras que en el quintil quinto lo hace el 52% (contra 72% y 76% en el caso de los hombres, en los respectivos quintiles). Asimismo, el 38% de las mujeres ocupadas y el 55% de los hombres ocupados del primer quintil están afiliados a un sistema previsional, contra el 72% de las mujeres y el 70% de los hombres del quintil quinto. Las mujeres también son menos sujetos de crédito, las mujeres empresarias son escasas y operan con montos de capital menores que los hombres empresarios, las mujeres que trabajan por cuenta propia generalmente sufren limitaciones por sus obligaciones domésticas y maternales.

## **I. Alcances y contenidos de la política social en Chile**

1. Un sistema económico que deposita en el mercado y en los actores individuales el peso de la asignación de los recursos es propicio para una mayor eficiencia y optimiza la disponibilidad de bienes y servicios para el consumo de la población. Ello no obstante que existan áreas como la provisión de bienes colectivos y la regulación de los monopolios donde la racionalidad pública debe sustituir a la acción descentralizada de los agentes privados. Más allá de la economía, existen esferas fundamentales de la organización social que son responsabilidad de la esfera política. Entre estas destaca el espacio de los derechos individuales, donde se estipula la igualdad de las personas respecto de la libertad de expresión, pensamiento y libre asociación; el derecho a votar y ser electo en cargos públicos; la protección ante la agresión de terceros y la igualdad ante la justicia. Aquí también surgen los espacios de igualdad que debe perseguir la política pública en la esfera socioeconómica, los cuales se materializan en objetivos como la superación de la pobreza, la mayor igualdad de oportunidades y reducción de la desigualdad en el acceso a los bienes y servicios<sup>2</sup>.

2. La superación de la pobreza está fundamentada en razones éticas de amplia aceptación social, que hacen que una comunidad cuide por la vida de sus miembros garantizando la cobertura de un conjunto de necesidades denominadas a tal efecto como básicas o esenciales. El contenido de estas necesidades incorpora una dimensión social que trasciende la existencia física de las personas, transformándose en la práctica en un piso mínimo que las distintas sociedades definen como necesario alcanzar. La mayor parte de los países considera inaceptable que haya personas que estén por debajo de este límite, lo cual da lugar a las políticas y estrategias de superación de la pobreza.

3. Por su parte, la mayor igualdad de oportunidades es un objetivo de amplia aceptación social, puesto que apela a nociones de equidad compartidas por la mayor parte de las personas. Hay dos dimensiones donde opera este principio. Primero, se trata de igualar las oportunidades de acceso a los espacios donde se desarrollan las capacidades personales. En este caso, la idea es asegurar un punto de partida similar a las diversas personas, compensando por las diferencias de origen asociadas al entorno socioeconómico del hogar, de modo que los logros posteriores no se deban a variables ajenas a la voluntad del individuo. La segunda dimensión es igualdad de oportunidades en el acceso a los puestos de trabajo y demás posiciones de la estructura social, sin que exista discriminación por factores diferentes a aquellos que definen la labor a desarrollar<sup>3</sup>.

4. Más allá de la superación de la pobreza y de la igualdad de oportunidades, surge la necesidad de reducir la desigualdad en el acceso a los bienes y servicios de consumo diario. Este puede ser el caso donde coexisten poblaciones de medios de vida afluentes junto a otras que viven en forma precaria, aun cuando éstas últimas no califiquen formalmente como pobres. Estas políticas también pueden compensar las desigualdades ya existentes en la distribución de los activos socioeconómicos, teniendo en consideración que la mayor parte de las políticas de igualación de oportunidades rinde sus frutos en el largo plazo.

---

<sup>2</sup> El primer tipo de libertades recibe el nombre de negativas (no interferencia) mientras que los derechos socioeconómicos son de tipo positivo (acceso a bienes).

<sup>3</sup> Así, es discriminación que se niegue un empleo a una persona por su condición de raza, pero no que se excluya a las personas de baja estatura de un equipo de básquetbol.

5. Los objetivos de superación de la pobreza y reducción de las desigualdades en materia de oportunidades e ingreso son los principios ordenadores de la política social en Chile. Ello aun cuando su expresión en políticas concretas no siempre responda a una visión articulada ni sistemática de tales propósitos. No obstante lo anterior, la eficacia de la política social en avanzar los objetivos de equidad tiene importancia fundamental si se considera que no existen otros instrumentos con tal propósito en el país. Esto puesto que mecanismos como los sistemas de precios y de tributación han sido desprovistos en forma explícita de contenidos redistributivos en favor de sus objetivos esenciales, como son la eficiencia en la asignación de recursos y en la recaudación de ingresos fiscales. La citada especialización de tareas es acertada pero torna crítica la eficacia que logre el medio (política social) para alcanzar los fines asignados (objetivos de equidad).

6. El gasto social en el país alcanza en la actualidad a alrededor de dos tercios del gasto público (14,1% del PIB). El gasto en previsión es el componente más importante, representando algo más del 40% del gasto social. El segundo ítem en importancia es el gasto en educación, que representa casi un 24%, seguido por el gasto en salud con un nivel cercano al 18%. Más atrás se sitúa el gasto en vivienda, alrededor del 8%, y el resto incluye los subsidios monetarios, los programas de apoyo productivo y los grupos vulnerables. El Cuadro 1 presenta una estimación de la incidencia del gasto social, esto es, cómo se distribuye a través de los hogares ordenados según ingreso per cápita. La metodología consiste en valorar los servicios sociales que recibe cada hogar en forma subsidiada en materia de educación, salud y vivienda, a los cuales se agregan las transferencias monetarias (subsidios y pagos previsionales).

7. Se concluye que el gasto social en subsidios monetarios, educación y salud está focalizado en los estratos medios y bajos de ingresos, el gasto en pensiones tiende a ser proporcional al nivel de ingreso del hogar y el gasto en vivienda posee una distribución pareja entre los distintos deciles de ingreso<sup>4</sup>. El resultado final (última columna) presenta la incidencia del gasto social sobre la distribución de ingreso de los hogares, apreciándose que el impacto del gasto social *en relación* al ingreso del hogar es claramente redistributivo. Para el grupo de ingresos más bajos los servicios sociales entregados por parte del gobierno representan un 72% del ingreso autónomo del hogar. La proporción descrita desciende con el nivel de ingreso, representando un 36% del segundo decil, alrededor del 20% de los dos deciles siguientes, hasta representar sólo el 0,41% en el caso del decil más rico de los hogares. De esta manera, la política social moviliza un volumen de recursos significativo en relación del nivel de ingresos de los sectores más pobres.

8. Las estadísticas de gasto muestran también que la política social posibilita el acceso de los grupos de ingresos medios a servicios subsidiados en las áreas de salud, educación y vivienda. Ello ocurre en la medida en que la mayor parte de estos programas está abierto a todo tipo de usuario: los establecimientos educacionales subvencionados por el Estado, la adscripción al sistema público de salud (Fonasa) y el acceso a los programas de subsidio para la vivienda. Se trata de áreas importantes para el bienestar de las personas y donde tiende a existir algún tipo de financiamiento compartido entre los usuarios y el Estado.

---

<sup>4</sup> Estos son deciles de hogares según ingreso per cápita. Como los hogares pobres tienen mayor población, se sigue que hay mayor cantidad de personas en los deciles de bajos ingresos en relación a aquellos de altos ingresos. Esta es una distinción necesaria de recordar a la hora de interpretar la distribución de bienes y servicios según hogares.

9. Durante la última década hubo una fuerte expansión del gasto social (Cuadro 2), el cual creció un 75% entre 1990 y 1997. Destacan los componentes de salud y educación, que más que duplican el volumen asignado de recursos, a la vez que el gasto en seguridad social experimenta un retraso relativo respecto de los demás sectores.

10. A pesar de los avances en materia de gasto, la situación social del país no es aún satisfactoria, puesto que persisten segmentos importantes de la población viviendo bajo condiciones de pobreza, a la vez que la distribución de las oportunidades y de los ingresos continúa siendo manifiestamente desigual. La cobertura y calidad de los servicios sociales tampoco ha evolucionado a la par de los recursos públicos invertidos en estos sectores, lo cual sugiere la presencia de ineficiencias en las instituciones relacionadas con la entrega de los servicios sociales.

11. Toda discusión sobre los alcances y contenidos de la política social debe tener como telón de fondo el desarrollo económico. Ello puesto que la disponibilidad de bienes y servicios para cubrir las necesidades de las personas está determinada por el nivel de ingreso por habitante que haya logrado el país. Al respecto, es necesario cuidar el activo que representa una estructura económica que ha sido capaz de duplicar el nivel de ingreso por habitante en el curso de sólo 15 años. De esta forma, las políticas que buscan la equidad deben ser consistentes con las condiciones que han favorecido el crecimiento de la economía a través del desarrollo de la inversión privada, la generación de puestos de trabajo y el equilibrio de las finanzas públicas. Al mismo tiempo, se precisa reconocer que el logro de una mayor equidad es una condición necesaria para que el país continúe desarrollándose en el aspecto económico, puesto que las estrategias de crecimiento económico son socialmente validadas en cuanto entreguen oportunidades para que toda la población participe de sus beneficios.

### Cuadro 1

#### **Incidencia del gasto social per cápita, \$ mensuales 1996** (Según deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita)

Decil	Pensiones INP	Vivienda	Subsidios monetarios	Educación	Salud	Total	% sobre ingreso propio
<b>1</b>	621	603	1.287	6.224	4.328	13.062	72,49
<b>2</b>	1.425	731	1.553	5.524	4.064	13.297	35,88
<b>3</b>	2.421	775	1.474	5.076	3.622	13.369	23,79
<b>4</b>	3.688	776	1.581	4.737	3.446	14.229	17,34
<b>5</b>	5.560	860	1.257	4.096	3.237	15.010	12,40
<b>6</b>	8.043	841	1.165	3.470	3.051	16.569	8,66
<b>7</b>	8.658	1.000	1.115	3.218	2.784	16.774	6,20
<b>8</b>	10.154	780	752	3.023	1.945	16.654	3,79
<b>9</b>	12.847	758	403	2.004	1.422	17.434	1,74
<b>10</b>	18.730	464	187	1.471	858	21.709	0,41

**Cuadro 2**  
**Gasto público social: 1990-97**  
 (Índice 1990 = 100)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Salud</b>	100,0	117,8	137,7	154,4	170,2	177,3	192,6	204,1
<b>Educación</b>	100,0	111,9	128,6	139,9	152,5	170,4	192,4	212,1
<b>Vivienda</b>	100,0	118,8	130,6	141,9	149,8	157,4	175,7	168,2
<b>Otros</b>	100,0	110,2	125,7	142,5	149,5	173,2	194,1	205,6
<b>Previsión</b>	100,0	103,9	110,2	119,5	123,7	131,1	141,1	147,7
<b>Gasto social</b>	100,0	109,3	120,9	132,5	140,6	151,3	166,1	175,2
<b>Gasto social (% del PIB)</b>	12,86	13,09	13,31	13,89	13,80	13,30	14,21	14,05

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

## **II. Propuestas en materia de la medición de la pobreza**

### **Actualización de la línea de pobreza**

12. La superación de la pobreza, definida como carencia de ingresos, ha sido el gran objetivo de política social de los últimos gobiernos. El nivel de pobreza medido en 1998, de un 18% de los hogares del país, representa por cierto un gran avance respecto del 38% registrado una década antes (1987). Estando claro que la superación de la pobreza debe continuar siendo el principal objetivo de la futura política social, es hora de discutir la línea de pobreza o umbral de las carencias de ingreso. Esta línea se calcula sobre la base del costo de una canasta básica de alimentos, aquella que satisface los requerimientos nutritivos según estándares internacionales, ajustada por la relación existente entre las necesidades alimenticias y las demás necesidades básicas de las personas.

13. La pobreza es una condición que admite una dimensión relativa a los estándares de vida de cada país. De esta manera, la línea de pobreza que utilizan los países más desarrollados es varias veces superior a la empleada por los países más pobres: una persona que es pobre en Alemania bien puede no serlo en la India. La diferencia entre las respectivas líneas de pobreza en Alemania y la India está determinada por el costo de los bienes y servicios, más caros en el primer país, así como por la naturaleza relativa que la condición de carencia respecto de los estándares de vida existentes en el país<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Ello no implica confundir la medida de pobreza con aquellas propias de la desigualdad de ingreso. Así, la línea de la pobreza debe incorporar los cambios seculares en el ingreso promedio del país, pero debe estar exenta de consideraciones coyunturales.

14. Este argumento implica que los países deben reajustar el nivel de las líneas de pobreza a medida que se desarrollan. En el caso específico de Chile, la línea de pobreza en actual aplicación es la misma de mediados de los años 80, cuando el ingreso per cápita del país era aproximadamente la mitad de su nivel presente. Es hora por tanto de adecuar la definición de pobreza a los nuevos estándares de vida del país.

15.- La definición operativa de la línea de pobreza proviene de la Cepal y establece que el nivel de ingreso que constituye el umbral de pobreza se calcula sobre la base del costo de una canasta de alimentos que satisfaga los requerimientos nutritivos establecidos por la FAO, multiplicado por un factor de alrededor de 2,0 para tomar en cuenta el costo de satisfacer otras necesidades básicas en materia de vestuario, vivienda y demás ítems. La composición de la canasta de alimentos y el factor de expansión consideran la estructura efectiva de consumo de un segmento medio de la población de cada país. La información necesaria para realizar tales cálculos proviene de la Encuesta de Presupuestos Familiares, la cual tiene por objetivo conocer la estructura de consumo de la población. Al respecto, la medición efectuada el año 1996 debe utilizarse para actualizar la línea de pobreza en actual uso y que se responde a la estructura de consumo de los años 80.

16. El probable incremento de la línea de pobreza que resultaría de su actualización elevaría las estadísticas de pobres existentes en el país<sup>6</sup>. Ello sería resultado de medir con una vara más apropiada la misma situación social, pudiendo conservarse la antigua medición para fines comparativos. Sin embargo, el debate y las políticas sobre la pobreza debieran realizarse sobre la base de la nueva medida, que constituiría un reflejo más fiel de esta condición. En tal sentido la actualización de la línea de pobreza no es una cuestión meramente formal, sino que una determinante principal del nivel de los esfuerzos y de los recursos que el país debe dedicar a la solución de la pobreza.

17. El tiempo político apropiado para realizar el cambio de medida es a inicios de un nuevo gobierno; en cambio, es difícil que ello ocurra a mediados de una administración por temor a los efectos políticos negativos que pudiera acarrear un incremento de las estadísticas de pobreza<sup>7</sup>.

### **Medir también la pobreza en educación, salud y vivienda**

18. La pobreza es un problema que abarca todas las facetas de la vida de los individuos y familias que experimentan esa condición. La medida tradicional que compara el ingreso del hogar con la línea de pobreza apunta a la expresión más evidente de esta condición, tanto por la naturaleza vital de sus efectos sobre la vida cotidiana de las personas como porque alude a los factores que en última instancia determinan la escasa capacidad en la generación de ingresos. Sin embargo, la línea de pobreza no incorpora las necesidades básicas que son provistas a través de la entrega directa de los servicios sociales de educación, salud y vivienda. Ello puesto que la medición de la pobreza se efectúa respecto de las necesidades que se satisfacen con bienes y servicios adquiridos monetariamente, en tanto que la provisión de los citados

---

<sup>6</sup> En 1996 un 19,7% de los hogares calificaba como pobre. Para ese mismo año el porcentaje de hogares pobres habría ascendido a 23% con una línea de pobreza 10% más alta que la vigente. Para un valor 20% superior, el porcentaje sube a 24,7%, con 30% a 29,5%, 40% a 32,6% y con una línea que fuese 50% superior al valor actual la fracción de hogares pobres habría crecido a 35,6%.

<sup>7</sup> Los indicadores económicos son normalmente corregidos en el tiempo, cuando nuevos antecedentes obligan a actualizar la antigua medida. Ello ocurre con las cuentas nacionales cuando se calcula una nueva matriz de insumo producto y con el índice de precios al consumidor con las nuevas encuestas de presupuesto familiar.

servicios se realiza a través de una modalidad subsidiada<sup>8</sup>. Pero claramente las necesidades en materia de salud, educación y vivienda están en el mismo plano que aquellas de alimentación o vestuario. Es por tanto necesario unificar el tratamiento de las necesidades que se satisfacen con ingreso monetario y aquellas que lo hacen con servicios provistos por el Estado<sup>9</sup>.

19. El distinto tratamiento que se aplica a las necesidades que se satisfacen por la vía del ingreso respecto de aquellas provistas a través de los servicios sociales origina una medida inadecuada de los avances en materia social. Así, podemos afirmar que la pobreza según ingresos se redujo en Chile desde un 38% de los hogares en 1987 a un 18% en 1998. ¿Qué sucedió, sin embargo, en educación, salud o vivienda? Se tiene por tanto la paradoja que el gobierno mide y evalúa la evolución de un indicador que no controla -pobreza según ingresos- a la vez que no sistematiza los avances que ocurren en aquellas dimensiones donde se centra el grueso del gasto social que se destina a la población de bajos recursos.

20. Se requiere por tanto definir indicadores y umbrales para el caso de las necesidades de la población en las áreas de educación, salud y vivienda. Tal medición entregaría una visión más completa respecto del bienestar de la población. Así, se establecería qué porcentaje de familias satisface *todas* las necesidades básicas; cuáles son pobres en la dimensión de ingresos pero superan los umbrales en educación, salud y vivienda; etc. Asimismo, sería posible evaluar los avances que se produzcan en el tiempo en todas estas dimensiones. El procedimiento daría un fuerte incentivo a cuidar la eficacia de la política social a la vez que justificaría las inversiones necesarias en el gasto social. Más importante, las condiciones de vida de la población pobre tendrían un impulso evidente, el cual no está asegurado en la actual práctica de política social.

21. ¿Qué indicadores pueden ser utilizados en las áreas de educación, salud y vivienda, que reflejen los avances y las carencias en la cobertura de las necesidades básicas en estas áreas? ¿Qué umbrales definir como críticos para estos indicadores, debajo de los cuales la población exhibiría carencias inaceptables? La discusión específica de estas materias corresponde a las instancias sectoriales del caso, de manera que aquí sólo se provee una discusión de carácter *ilustrativo*.

22. Consideremos en primer lugar el caso de educación. ¿Cuál debiera ser un *mínimo* que toda familia con niños en edad escolar debiera satisfacer en la materia? La meta podría ser de tipo cuantitativo, como el logro de un determinado número de años de escolaridad. Al respecto, se puede argumentar que completar los estudios de educación media sería la meta mínima para un país con el grado de desarrollo que tiene Chile en el contexto de las necesidades de calificación que se necesitan para los años venideros. Sin embargo, los mayores problemas de la educación chilena radican en el campo de la calidad antes que la cobertura (y las falencias en la última pueden derivarse de insuficiencias en la primera). Más relevante por tanto es postular mínimos de calidad. Al respecto, establecer como meta un umbral mínimo en una versión mejorada del instrumento Simce provee una vara exigente pero más satisfactoria de medición de los avances en materia de educación. En la actualidad la cobertura de educación básica es prácticamente universal, pero más de la mitad de los estudiantes

---

<sup>8</sup>Puesto de otra forma, la línea de pobreza es calculada sobre la base del gasto efectivo que realiza la población de bajos recursos, la cual *no considera* los bienes provistos gratuitamente por el Estado.

<sup>9</sup> Un argumento adicional en la materia es la relación específica que existe entre el bienestar de las personas y la salud y la educación. Esto es, personas más saludables y educadas están capacitadas para vivir vidas más largas, plenas y satisfactorias. Este es el enfoque de A Sen sobre capacidades y funcionamientos y que ha sido recogido en la formulación del índice de desarrollo humano del PNUD.

obtiene un nivel insuficiente en la prueba Simce que evalúa el porcentaje de logro de los objetivos pedagógicos *mínimos* en las áreas de evaluación (ver Cuadro A-1 en el Anexo)<sup>10</sup>. Otro indicador posible son las capacidades de alfabetización de la población adulta, medidas como las destrezas efectivas que poseen las personas para entender textos escritos (artículos en periódicos, instrucciones de uso de instrumentos, etc.) así como para realizar operaciones aritméticas básicas (sumas, multiplicaciones, porcentajes)<sup>11</sup>.

23. En el área de la salud un indicador síntesis a evaluar son los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP). Esta variable entrega una estimación de las muertes prematuras, definidas como aquellas que se producen antes de los 80 años, multiplicadas por la distancia habida entre la edad de muerte y dicho límite (una persona que muere a los 20 años tiene 60 años potenciales de vida perdidos, quien muere a los 50 tiene 30 AVPP, etc). Si se divide este indicador por la cantidad de habitantes de una comunidad, se obtiene una estimación de los años de vida perdidos como proporción del número de habitantes. Los AVPP representan por tanto una medida a considerar para medir las brechas que la población enfrenta en materia del estado de salud, así como el progreso que realice la política de salud para cerrar estas brechas<sup>12</sup>. Una extensión de la medida anterior resulta de adicionar los años equivalentes de vida (parcialmente) perdidos a causa de enfermedades que provoquen sufrimiento, invalidez física o mental, u otra forma de impedimentos. Este es el caso de los AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), que es una medida más completa de la falta de salud, pero también más demandante en términos de la información requerida para su cálculo.

24. La definición del umbral básico en el área de vivienda es más simple que en los casos anteriores. Respecto de la habitación se trata de definir estándares físicos en términos de espacio y materialidad de la construcción, así como de las condiciones del entorno relevantes. Un nivel a considerar como umbral es una vivienda básica de alrededor de 12 metros cuadrados de superficie por persona -un aumento de 25% respecto de la cifra actual- y con una elevación de estándares de materialidad que involucran un aumento de costo de 5% a 7% por m<sup>2</sup>.<sup>13</sup> El peso de la demanda del área de vivienda proviene de las carencias de cobertura existentes, que se estima en alrededor de 760.000 viviendas hacia fines de 1996 (ver Cuadro A-3 en el Anexo). Un 60% de este déficit correspondería a familias de los dos quintiles más bajos de ingreso, y sumado a las nuevas necesidades por crecimiento vegetativo de la población y depreciación de las viviendas existentes, establece una meta de construcción de viviendas básicas para estos sectores de alrededor de 47.000 viviendas anuales como promedio.

25. Es importante considerar qué política pública puede proveer el acceso a bienes y servicios que ayudan a que las personas y familias alcancen logros consistentes con los

---

<sup>10</sup> De acuerdo a los expertos, el umbral de la prueba Simce debieran ser 75 puntos. Sobre la materia es fundamental que el instrumento Simce mida adecuadamente el cumplimiento de los objetivos de la educación escolar. Un estudio reciente efectuado por B. Eyzaguirre y L. Fontaine del CEP ("¿Qué nos dice el Simce de 8º básico? Análisis y Perspectivas") plantea serias dudas respecto de la idoneidad técnica del instrumento, tanto en materia de sus contenidos como de su validación metodológica.

<sup>11</sup> En 1998 se tomó en Chile y una veintena de países más la segunda encuesta internacional de alfabetización de adultos, cuyos resultados están siendo procesados.

<sup>12</sup> El Cuadro A-2 (en el Anexo) presenta los resultados de un estudio desarrollado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, sobre la base de ordenar a las distintas comunas según el indicador AVPP. El indicador establece que existen diferencias considerables respecto del estado de salud de la población en las distintas comunas del país. El cuadro citado presenta el promedio de AVPP por cada mil habitantes para las comunas ordenadas en deciles según la severidad del indicador, presentándose una distancia de más del doble entre los deciles primero y décimo.

<sup>13</sup> Ver capítulo 4 "Fundamentos de las propuestas en Vivienda".



objetivos de la política social. Pero generalmente la política pública no puede proveer en forma directa tal resultado. Es el caso, por ejemplo, del rendimiento en las pruebas Simce, el cual depende tanto de factores relacionados con la calidad de la educación como de factores exógenos a la escuela, como son las habilidades de los alumnos, la educación de los padres y el ingreso familiar. Lo mismo ocurre con la incidencia de muertes prematuras (indicador AVPP), la cual está muy relacionada con la variable socioeconómica (un determinante principal del estado de salud). En ambos casos la política pública es sólo *una* de las variables que influye sobre los resultados de la educación y de la salud. Pero se trata justamente de ello: centrar la discusión en materia del objetivo final (logros), de manera que los medios (política pública) se *adecuen* a efectos de lograr tal meta. Se requerirá por tanto mayor esfuerzo de la política educacional o de salud para que personas con desventajas individuales o sociales obtengan el mínimo establecido, es decir, la política pública deberá aplicar el efecto compensatorio necesario para que *todos* accedan a umbrales mínimos de satisfacción de necesidades básicas.

### **III. Propuestas en educación**

26. Sobre la organización y estructura del sistema de educación escolar existe hoy día relativo consenso, construido sobre la base del informe de la Comisión de Modernización de la Educación presidida por José Joaquín Brunner el año 1994 y de la reforma educacional que recoge en parte importante los planteamientos allí recomendados. Estos elementos configuran las bases de una política de Estado en el sector, la cual presenta una visión compartida respecto de la prioridad de la educación para fines del desarrollo del país, así como una definición de los aspectos estructurales que guiarán la política educacional durante los años futuros.

27. De esta manera, los cambios fundamentales en el sector de educación están contenidos en la reforma escolar de los niveles básico y medio, iniciada por los programas MECE a comienzos de la década y que en su actual fase incluye contenidos sustantivos como son la extensión de la jornada escolar, el cambio curricular y el perfeccionamiento de los profesores y de la carrera docente. La reforma educacional representa probablemente la transformación más importante que el país ha impulsado durante la década de los 90. La discusión que aquí sigue apunta a la solución de problemas específicos en las áreas de gestión y financiamiento de la educación escolar, *reconociendo la importancia de los cambios estructurales que se están produciendo en materia de los contenidos y procesos del sistema educativo*<sup>14</sup>.

#### **Asignación de recursos entre las escuelas**

28. La reforma de los contenidos de la educación descansa sobre una modalidad de organización y financiamiento del sector definida a principios de los años 80. Un aspecto aquí medular es la presencia de proveedores municipales y privados de educación que compiten por financiamiento del Estado en la forma de una subvención por alumno que asiste a los establecimientos educacionales. La subvención por alumno asigna recursos a los oferentes de educación a través de un mecanismo objetivo, transparente y exento de manejos arbitrarios por parte de las autoridades o grupos de

---

<sup>14</sup>Un mayor detalle de estos cambios está en el capítulo 2 "Fundamentos de las propuestas en educación".

presión, el cual permite financiar en forma automática los incrementos de matrícula que se producen en determinada escuela o lugar geográfico. Cualquier otro mecanismo de financiamiento aparece como engorroso, burocrático y discrecional frente a la subvención. Además, la subvención escolar deposita en las familias la asignación de los recursos en el sector, puesto que son las elecciones de padres y apoderados las que canalizan los recursos públicos hacia los oferentes del servicio. Esta modalidad es coherente con el discurso que sitúa a la gente como el actor principal de la política social.

29. Por las razones citadas, la subvención debe seguir siendo el instrumento base que se utilice para canalizar los recursos públicos a la educación escolar. Tal recomendación es además avalada por la dirección que asumen las reformas educacionales en países como Holanda, que incorporan mecanismos similares a la subvención para efectos de mejorar las dimensiones de calidad y eficiencia (típicamente rezagadas en el área de educación).

30. La calidad de las decisiones sobre elección de establecimientos educativos dependerá críticamente del conocimiento que posean las familias en esta materia. Este es generado en parte importante por la práctica cotidiana que comparten familias, vecinos y comunidades respecto de los establecimientos escolares. A ello se suma la información contenida en indicadores provistos por la política pública, como es el caso de los resultados de las pruebas Simce. La difusión de estos resultados a partir del año 1995 constituye un gran paso hacia la rendición de cuentas del sistema educacional, puesto que entrega a las familias y comunidades un necesario elemento de juicio respecto de los logros educativos de los estudiantes.

31. Sin embargo, el Simce como pieza de información de la calidad de los establecimientos educacionales posee insuficiencias que es indispensable superar en el futuro inmediato. En primer término, se requiere su corrección por las características socioeconómicas y de capital cultural de los hogares. Ello permitirá comparar los resultados de la pruebas Simce sobre la base de las diferencias en la calidad de la educación que entrega cada establecimiento, que es la dimensión que interesa efectivamente conocer. En su versión actual el Simce está "contaminado" por las variables asociadas al entorno del hogar de los estudiantes. En segundo lugar, se precisa corregir por los cambios en la composición de los estudiantes que asisten a un establecimiento para así evitar que los resultados de la prueba se manipulen sobre la base de discriminar en contra de los estudiantes menos aventajados. Estas correcciones son adicionales a aquellas relacionadas con la idoneidad técnica de la prueba. Bajo las citadas condiciones, el Simce contribuirá con la información que necesitan las familias y demás agentes del sector para la toma de decisiones. En caso contrario, proveerá desinformación sobre los establecimientos educacionales con efectos negativos sobre la calidad y equidad del sector<sup>15</sup>.

32. El mecanismo de la subvención junto a un Simce corregido constituye una condición necesaria para que los recursos invertidos en la educación se dirijan hacia los establecimientos que muestran los mejores resultados, contribuyendo de este modo a la eficiencia general del sector. Sin embargo, no constituye una condición suficiente. Se necesita, además, que los establecimientos reciban con claridad la señal otorgada por la elección de las familias y que se transmite a través de la subvención. Tal situación no es hoy día garantizada en la educación municipalizada, donde los recursos

---

<sup>15</sup> Nótese la diferencia entre el instrumento Simce original y aquel corregido por la variable socioeconómica. La primera es la medida relevante para evaluar los logros (carencias) educativas de la población escolar; la segunda mide el aporte de los establecimientos educacionales a conseguir tales logros.

son administrados a nivel del conjunto de escuelas que reúne el municipio, sin que exista una necesaria correspondencia entre resultados y financiamiento a nivel de establecimiento. A ello se suman las restricciones gremiales y legales que entran el uso flexible de los recursos destinados a un establecimiento educacional. Bajo este contexto pueden darse situaciones contrarias al buen uso de los recursos públicos. Por ejemplo, para una buena escuela puede ser una mala noticia recibir más alumnos si el financiamiento asociado queda enredado a nivel del municipio. O bien puede recibir el financiamiento sin poder asignarlo a las áreas que necesitan un mayor refuerzo. También puede ocurrir que una escuela que está siendo mal administrada no reciba una señal suficientemente clara que le obligue a cambiar esta práctica. Por tanto, para mejorar la gestión en el sector municipalizado es preciso trasladar la subvención a las escuelas que dieron lugar a tales recursos, flexibilizar las condiciones de contratación y reasignación de recursos humanos y modernizar las herramientas de gestión, incluyendo la posibilidad de transferir la gestión educativa a entidades que posean ventajas comparativas en la materia.

### **Subvención escolar diferenciada**

33. El logro de una mayor equidad en el campo educacional requiere revisar el esquema de financiamiento vigente. A tal efecto, hay que considerar que la subvención por alumno que entrega el gobierno central a cada establecimiento educativo varía con el tipo de educación y condición geográfica de la escuela, pero no con el nivel de ingreso de las familias. Esto implica que el Estado no discrimina según la condición socioeconómica de los estudiantes a la hora de asignar los recursos para el financiamiento de la educación. A ello se agrega la presencia de dos fuentes adicionales de recursos, que favorecen a los establecimientos que concentran a los estudiantes de mayor nivel socioeconómico. Estos son el aporte local, consistente en los recursos que entregan los gobiernos locales a los establecimientos municipales de las respectivas comunas, y el aporte privado que opera a través de la modalidad de financiamiento compartido introducida en 1994. El resultado neto es una estructura de gasto que favorece a los estudiantes de mayor nivel socioeconómico al interior de la educación subvencionada por el Estado.

34. El impacto de los tres tipos de aportes se muestra en el Cuadro 3. Este presenta el caso de los establecimientos subvencionados –públicos y privados- localizados en las comunas con más de 10.000 habitantes<sup>16</sup>. Allí se establece que la brecha en el total de recursos per cápita asciende a 2,2 veces entre los estudiantes situados en los deciles superior e inferior de la distribución de recursos por establecimiento. Las transferencias provenientes de las comunas y de las familias explican la mayor parte de la diferencia, puesto que ellas representan alrededor del 36% de los recursos disponibles en el decil más alto y sólo un 2% en el caso del decil inferior. Esta brecha tenderá a acentuarse en el tiempo, a medida que crezca el ingreso de la economía y se amplíen los aportes que las familias y los gobiernos locales realizan a un segmento de los establecimientos subvencionados.

---

<sup>16</sup> Ellos representan el 85% de la matrícula del sector subvencionado. El resto de las comunas comprende fundamentalmente a sectores rurales, donde la relación gasto por alumno sigue una lógica distinta.

**Cuadro 3**  
**Establecimientos subvencionados de comunas de más de 10.000 habitantes**  
 (Deciles según gasto total por alumnos, cifras en M\$ 1996)

<b>Decil</b>	<b>Miles de alumnos</b>	<b>Gasto por alumno</b>	<b>Aporte subvención</b>	<b>Aporte familias</b>	<b>Aporte local</b>
<b>1</b>	229,2	133,6	130,5	0,7	2,3
<b>2</b>	228,7	145,8	135,8	2,9	7,2
<b>3</b>	228,5	154,8	141,4	4,7	8,5
<b>4</b>	229,4	152,9	144,4	5,7	12,9
<b>5</b>	228,4	159,9	147,1	7,5	15,3
<b>6</b>	229,1	177,8	151,2	12,7	13,9
<b>7</b>	228,7	188,3	158,1	12,3	17,9
<b>8</b>	228,4	202,5	155,5	16,2	19,9
<b>9</b>	229,5	225,6	171,8	27,2	26,7
<b>10</b>	228,4	290,2	185,2	47,4	56,5

Fuente: Capítulo "Fundamentos de las propuestas en educación".

35. Los esquemas de financiamiento complementario al aporte fiscal provocan dos tipos de problemas en materia de equidad. En primer lugar, producen una diferenciación en el nivel de los recursos por estudiante en el sector subvencionado, lo cual ocurre tanto en el caso del aporte municipal como en el esquema de financiamiento compartido. El resultado es una estructura diferenciada de gasto por estudiante de acuerdo a la capacidad económica de los municipios o de las familias. En segundo término, pueden originar discriminación económica al interior de los establecimientos en caso que se privilegie la entrada de aquellos alumnos cuyas familias posean capacidad de pago suficiente para solventar los requerimientos del caso. Este último problema es exclusivo del esquema de financiamiento compartido. Las citadas modalidades de financiamiento pueden ser por tanto cuestionados en un esquema que tiene por eje la transferencia de recursos fiscales, puesto que atentarían contra el objetivo de equidad de la política pública hacia la educación.

36. Sin embargo, hay otros objetivos del sistema educacional que se favorecen por la presencia de mecanismos de financiamiento complementarios al aporte fiscal. Así, el volumen total de recursos que el país destina al sector es importante para lograr que la educación cumpla cabalmente su contribución al desarrollo económico y social. También constituye un objetivo deseable la libertad que poseen los individuos, familias y demás agentes sociales para avanzar hacia los fines que le son propios; entre ellos, destinar mayores recursos a la educación de los hijos. Al respecto, los datos señalan que un número considerable de gobiernos locales de escasos recursos destina una fracción significativa de su presupuesto a los establecimientos educacionales bajo administración municipal, reflejando prioridades locales que deben tener espacio de expresión<sup>17</sup>.

37. No se trata por tanto de suprimir estas fuentes adicionales de recursos, sino de buscar arreglos institucionales que hagan compatible el aporte complementario de recursos con la preservación de la equidad en el sector. En cambio, forzar a que el

<sup>17</sup> Ver capítulo 2 "Fundamentos de las propuestas en educación".

Estado por sí solo financie la educación del 90% de los estudiantes del país implicaría mantener al sector en la condición marginal de las últimas décadas<sup>18</sup>.

38. La solución del problema requiere dos tipos de medidas. Primero, un esquema de subvención diferenciada dirigido a introducir mayor igualdad en el nivel de gasto por estudiante que disponen los establecimientos de financiamiento público. Segundo, un sistema de becas al interior de los establecimientos educacionales que adhieren al financiamiento compartido esta vez para compensar eventuales sesgos de discriminación económica que ocurran al interior de los colegios.

39. La adopción de un esquema de subvención diferenciada según nivel socioeconómico tiene dos tipos de fundamentos. En primer lugar, compensar la citada diferenciación que introducen los aportes provenientes de los gobiernos locales y de las familias. Al respecto, un esquema de subvención diferenciada preserva equidad en el acceso a la educación subvencionada, a la vez que aprovecha la capacidad y disponibilidad de pago por parte de los municipios y de las familias. Esta es una situación de ganancia generalizada, puesto que el mayor volumen de financiamiento destinado al sector debiera tender a mejorar la calidad de la educación a través de la contratación de más y mejores recursos para la educación. El segundo argumento a favor de la subvención diferenciada es compensar las diferencias de origen que discriminan en contra de los logros educativos de los estudiantes de bajo nivel socioeconómico. Todas las investigaciones en la materia indican que las variables relacionadas con la condición socioeconómica conforman una determinante importante de los logros educacionales, actuando a través de la llamada capacidad de aprendizaje de los niños. Por tanto, la búsqueda de igualdad de oportunidades en la educación recomendaría reforzar los insumos educacionales de los estudiantes de familias más pobres.

40. Podría argumentarse en favor de otros instrumentos, diferentes a la subvención fiscal, que cumplan la tarea de canalizar mayores recursos públicos a los estudiantes de escasos recursos. De hecho, a lo largo de la década se ha implementado un conjunto de programas que discriminan positivamente a favor de los más pobres, pero que actúan a través de criterios centralizados. En cambio, la subvención sitúa en el administrador del establecimiento la decisión respecto del uso de los recursos (sujeto a las normas vigentes). Al respecto, la opinión mayoritaria de expertos y analistas favorece la toma de decisiones en esferas cercanas a los establecimientos, puesto que la diversidad de situaciones locales no puede ser debidamente anticipada por la autoridad central. Tal predicamento puede encontrar resistencia entre quienes duden de la capacidad de los administradores de las escuelas para hacer un buen uso de los recursos públicos. En esta materia, el Estado tiene ciertamente derecho a exigir rendición de cuentas por los recursos transferidos a los administradores educacionales, pero es importante que este proceso se refiera a los resultados (logros educativos) antes que a los insumos del proceso educativo (en qué se gastan los recursos).

41. El diseño de la subvención diferenciada debe cumplir tres requisitos. Primero, debe ser factible de implementar a un costo razonable. Al respecto, una transferencia que varíe según el ingreso de *cada* familia es impracticable por los costos de información y seguimiento que ello implicaría. Segundo, la subvención diferenciada debe ser compatible con incentivos correctos a nivel de escuelas y familias. Postular, por ejemplo, que la subvención fiscal va a garantizar un nivel igualitario de recursos por alumno, complementando el aporte municipal o privado en el monto que para tal

---

<sup>18</sup> Durante muchos años la elección de la carrera pedagógica era la última alternativa de los postulantes a la universidad. Esta situación está cambiando gracias a la revalorización que está experimentando el sector.

efecto sea necesario, induciría a los municipios y familias a no efectuar aportes (dado que el Estado siempre garantizará la suma total, independiente de la contribución efectuada). Tercero, el sistema debe entregar la opción a familias y municipios que tengan una mayor preferencia por la educación de realizar los aportes deseados y que ellos se sumen -en vez de sustituir- al aporte fiscal.

42. Una alternativa natural sería transferir mayores recursos a los establecimientos localizados en las comunas que presenten mayores carencias socioeconómicas (sujeto a porcentajes de asistencia de alumnos de la comuna al establecimiento educacional). Este criterio puede resultar adecuado en las comunas que presenten relativa homogeneidad socioeconómica en su interior, como sucede en la Región Metropolitana y en áreas rurales. Sin embargo, hay casos donde la comuna incluye en su interior demasiada heterogeneidad para que constituya una adecuada variable para asignar los recursos de la subvención (por ejemplo, Valparaíso o Viña del Mar). El mecanismo a seguir debe, por tanto, combinar dos tipos de criterios: geográfico (comuna) y según establecimiento. La fórmula exacta es materia de un estudio más específico, pero podría considerar que en las comunas clasificadas como homogéneamente vulnerables accedería a la subvención diferenciada todo establecimiento que cumpliera las condiciones a exigir: gratuidad y porcentaje de asistencia de la comuna. En el resto de las comunas tendrían derecho a subvención diferenciada sólo aquellos establecimientos que fuesen gratuitos y que presenten alta vulnerabilidad de su población escolar, requiriéndose una evaluación socioeconómica de los estudiantes en este último caso.

43. La subvención compensatoria debe ser una señal definitiva para convertir a la educación en un campo de igualación de oportunidades. Al respecto, si se desea introducir un cambio verdadero en el sistema educacional orientado a los más pobres, habría que considerar incrementos sustantivos respecto de la subvención base. Ello con sujeción a dos tipos de restricciones: (i) que ya ha sido comprometido un volumen extraordinario de recursos presupuestarios hacia el sector, con el objeto de introducir la jornada escolar completa; (ii) que es preciso respetar los montos de financiamiento acordados con los establecimientos del sector subvencionado, que no participarían del incremento por concepto de la subvención diferenciada.

44. El Cuadro 4 presenta simulaciones respecto de la propuesta para la subvención diferenciada. El ejercicio supone que en un período de diez años se duplica la subvención otorgada al 50% de estudiantes de menores recursos. Obviamente, se trata de un escenario extremo que sólo tiene un propósito ilustrativo, habiendo casos intermedios que admiten diversos niveles para la subvención diferenciada según tramos de la condición socioeconómica. El ejercicio supone *constante* el volumen de recursos asignado al pago de la subvención en términos del PIB<sup>19</sup>; que la subvención para el resto de los establecimientos se mantiene constante en términos reales en los actuales niveles, respetando los compromisos ya asumidos en la materia; y que la población escolar del sector subvencionado aumenta en un 1,5% anual (promedio de la década de los 90).

45. Por otra parte, para evitar que el esquema del financiamiento compartido provoque segmentación económica al interior de los establecimientos se requiere operar con la segunda política: un sistema de beca en cada establecimiento. Este sistema ya está en práctica y tiene por finalidad generar un fondo de becas que se financia con un porcentaje de los recursos obtenidos del financiamiento compartido y que se distribuye en la forma de cupos de matrícula para estudiantes sin capacidad de pago. Al respecto,

---

<sup>19</sup> Suponiendo una tasa de crecimiento promedio anual de 5,7% para el PIB.

la política de becas es la más adecuada para conciliar los objetivos de captación de fondos e igualdad de oportunidades en el acceso a la educación en este segmento de los establecimientos subvencionados. Los parámetros del mecanismo de becas vigente pueden estar sujetos a ajustes, para lo cual se requiere una evaluación continua de la evolución del sistema. Tal práctica no ha sido realizada en el pasado, con lo cual una materia sustantiva de la política pública termina siendo discutida sobre la base de presunciones, intereses y prejuicios. También es importante minimizar la incertidumbre que rodea todo cambio de reglas del juego. A tal efecto se necesitan diseños cuidadosos de política que favorezcan su posterior estabilidad en el tiempo.

**Cuadro 4**  
**Ilustración del sistema de subvención diferenciada**  
(En \$ de 1998, valor inicial: \$ 15.000)

	<b>Subvención diferenciada (promedio mes)</b>	<b>Subvención no diferenciada (promedio mes)</b>	<b>Total gasto en subvenciones (MM\$ año)</b>	<b>Diferencia sobre base (MM\$, 1998)</b>
<b>0</b>	15.000,0	15.000,0	800,0	0
<b>1</b>	16.500,0	15.000,0	841,1	29,1
<b>2</b>	18.000,0	15.000,0	885,4	61,2
<b>3</b>	19.500,0	15.000,0	933,2	96,6
<b>4</b>	21.000,0	15.000,0	984,6	135,5
<b>5</b>	22.500,0	15.000,0	1.040,2	178,4
<b>6</b>	24.000,0	15.000,0	1.100,1	225,4
<b>7</b>	25.500,0	15.000,0	1.164,9	277,0
<b>8</b>	27.000,0	15.000,0	1.234,8	333,6
<b>9</b>	28.500,0	15.000,0	1.310,5	395,7
<b>10</b>	30.000,0	15.000,0	1.392,2	463,8

Fuente: Capítulo "Fundamentos de las propuestas en educación".

### ***Propuesta en educación superior***

47. La focalización de los esfuerzos de reforma educacional en los niveles básico y medio ha tenido como contrapunto una relativa despreocupación pública respecto de la educación de nivel terciario. En parte esta asimetría resulta natural si se considera que la mejor preparación en los niveles iniciales es requisito para mejorar los logros en el nivel superior. Así, para lograr mayor equidad en el nivel superior se necesita disminuir la brecha de acceso que enfrentan los jóvenes según su nivel socioeconómico de origen, lo que a su vez es una tarea principal de la educación básica y media. No obstante lo anterior, existen vacíos importantes en el nivel de educación terciaria que es preciso enfrentar para hacer más efectiva su contribución a la mejor distribución de oportunidades y al desarrollo del país.

48. El actual sistema de educación superior en Chile presenta elementos positivos en materia de una política de igualación de oportunidades. Entre estos destacan la existencia de un sistema de crédito con retorno contingente al ingreso que posibilita financiar los estudios universitarios en condiciones tales que el riesgo de los ingresos futuros no lo asume el estudiante. Pero también existen insuficiencias de importancia.

El crédito, si bien constituye un instrumento bien diseñado, está sujeto a restricciones que limitan su cobertura a los estudiantes pertenecientes al segmento de universidades tradicionales, al tiempo que ha habido problemas en materia de su disponibilidad y criterio de asignación. Al respecto el Cuadro 5 muestra que existe una fracción de estudiantes de bajos recursos que asisten a universidades tradicionales sin contar con ayuda económica, a la vez que quienes acceden a crédito obtienen montos insuficientes para hacer frente a los pagos de matrícula.

49. Por otra parte, la asignación de los fondos para crédito y becas a las universidades pertenecientes al Consejo de Rectores excluye a dos importantes tipos de instituciones. En primer lugar, los institutos profesionales y centros de formación técnica que se financian exclusivamente con los aportes de las familias de los estudiantes. Ello limita la cantidad de recursos que se destinan al sector e induce niveles insuficientes de cobertura y calidad de sus programas. Eso es negativo para el desarrollo económico del país, puesto que, según los estándares internacionales, se requiere una capa de técnicos de nivel medio más elevada que la disponible en la actualidad. En cambio, la destinación exclusiva del crédito y becas a las universidades es funcional a la llamada pirámide invertida vigente en el país, que cuenta con mayor número de profesionales que de técnicos. El resultado final es algo absurdo, puesto que parte de los profesionales terminan trabajando como técnicos, dados los requerimientos de la estructura productiva del país. Ello después de haber seguido una carrera más larga (y por tanto más cara) que la necesaria. Peor aún, el gran contingente de egresados de la educación subvencionada que no ingresa a las universidades del Consejo de Rectores se ve enfrentado a la disyuntiva de trabajar con un nivel de cuarto medio -con salarios bajos- o pagar por una educación técnica de nivel terciaria cuya calidad y resultados son dudosos. En tal sentido la ampliación de la política de financiamiento estudiantil a institutos profesionales y centros de formación técnica contribuiría tanto a elevar la calidad de esta educación como a ampliar las oportunidades de los jóvenes que podrían estudiar en estas entidades.

**Cuadro 5**  
**Acceso de estudiantes a ayuda financiera**  
(Universidades del Consejo de Rectores)

Quintil de ingreso p/c del hogar	% sin ayuda	% con crédito	% con beca Mineduc	Monto promedio de crédito (M\$)
<b>I</b>	19,3	56,1	5,3	211,5
<b>II</b>	27,9	46,0	21,1	237,4
<b>III</b>	34,0	52,6	2,5	294,9
<b>IV</b>	53,3	31,5	5,6	279,5
<b>V</b>	77,2	17,6	1,7	139,7
<b>Total</b>	54,1	33,0	12,9	245,8

Fuente: Elaborado sobre la base de la encuesta Casen 1996.

50. En segundo término, la exclusión de quienes estudian en las nuevas universidades privadas de los mecanismos de créditos y becas fiscales tiene por resultado el desarrollo de un segmento de universidades al cual acceden los jóvenes de familias acomodadas. Si se considera que parte de estas instituciones está logrando niveles competitivos de calidad en la formación de profesionales se sigue que su exclusión de la política de financiamiento provoca dos problemas. Primero, jóvenes de familias de



ingresos medios y bajos enfrentan menos alternativas de formación universitaria relevantes. Segundo, los jóvenes de hogares acomodados podrán elegir no mezclarse con personas provenientes de otros segmentos socioeconómicos, rompiendo una de las instancias más efectivas de integración social que existía en el país. En tal sentido, excluir a las nuevas universidades privadas de los mecanismos de ayuda estudiantil atenta contra la equidad y la igualdad de oportunidades<sup>20</sup>.

51. La extensión de los mecanismos de ayuda estudiantil al conjunto de instituciones de educación terciaria tiene que estar acompañada de un *necesario proceso de acreditación* que distinga las calidades de las diversas ofertas educacionales. Este sistema debe velar por la pertinencia de los fondos públicos, de modo que se asignen a quienes se adscriban a instituciones que garanticen un nivel adecuado de calidad. De esta manera, la propuesta no implica un gasto indeterminado de recursos públicos, ni tampoco se solventarán instituciones cuya calidad educativa esté por debajo de los estándares a definir. Ciertamente que este proceso de acreditación también debiera regir para las carreras e instituciones que hoy reciben aporte fiscal, puesto que su condición histórica como receptora de recursos públicos no es suficiente para garantizar la actual pertinencia de estas transferencias.

52. El Cuadro 6 realiza una estimación de carácter ilustrativo de las necesidades de crédito. Para tal efecto se ha supuesto que los requerimientos de crédito son globales (igual a 100% del arancel) para los estudiantes de los quintiles primero a cuarto, excluyéndose del mecanismo de ayuda a los jóvenes del quintil más rico. Asimismo, se ha supuesto que un 50% de los estudiantes de entidades diferentes al Consejo de Rectores son sujetos de crédito (por requisito del sistema de acreditación). El ejercicio también supone que la existencia de crédito modificará la composición de la matrícula de las nuevas universidades privadas, igualándola a la estratificación socioeconómica que rige en las entidades asociadas al Consejo de Rectores. En este sentido la propuesta prevé una transformación estructural de la educación superior a favor de los jóvenes de ingresos medios y bajos.

**Cuadro 6**  
**Ilustración de Requerimientos de Ayuda Estudiantil**  
(Millones de \$ de 1997)

Alumnos universidades Consejo de Rectores	65.937
Alumnos universidades privadas <i>acreditadas*</i>	23.202
Institutos Profesionales <i>acreditados</i>	8.341
Centros de Formación Técnica <i>acreditados</i>	8.646
<b>Total</b>	<b>106.126</b>
Monto actual (1998)	60.235
<b>Diferencia</b>	<b>45.891</b>

\* Supone cambio en su composición social producto de la iniciativa propuesta.

53. El resultado del ejercicio es sustantivo, puesto que equivale a un incremento de 76% respecto del monto de la ayuda estudiantil del año 1998 (considerando créditos y

<sup>20</sup> Una evaluación superficial del tema puede entregar la conclusión contraria, y es la que posiblemente explica el actual estado de cosas.

becas, de procedencia fiscal y de retorno de créditos anteriores). Una fórmula de transición radica en extender el beneficio a los nuevos estudiantes que ingresen a las instituciones que participen del esquema de financiamiento, de modo que el incremento de los fondos tendría lugar en un período de cinco años. Al mismo tiempo, debe considerarse que el monto de recursos fiscales hoy destinado a la educación terciaria es un 0,46% del PIB, cifra muy modesta si se le compara con los estándares internacionales o con épocas pasadas en el propio país.

54. Dos tipos de obstáculos pueden anticiparse frente a una propuesta de ampliar la ayuda estudiantil a quienes asisten a entidades que están fuera del circuito de las universidades del Consejo de Rectores. Primero, la autoridad presupuestaria vería en ello una fuente adicional de demanda por recursos fiscales, que tendría por beneficiario a un grupo vocal que ha probado tener capacidad de movilización (los estudiantes). Al respecto debe considerarse que los recursos que se entreguen en la forma de crédito son posteriormente retornados para alimentar requerimientos futuros. En este sentido la inversión de recursos públicos es acotada y no debiera ser fuente de demandas fiscales sin límite<sup>21</sup>. El segundo obstáculo provendría del grupo de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores, las que podrían ver amenazadas sus posiciones en la materia. Sin embargo, esta argumentación se debilita en la medida que la extensión de la ayuda estudiantil se realice con fondos complementarios, que no sustituyen los recursos que deben necesariamente apoyar a los estudiantes de esas instituciones.

### **Ampliar la cobertura de la educación preescolar**

55. El logro de una mayor igualdad de oportunidades está relacionado con el acceso y calidad de la educación preescolar. Ello puesto que el desarrollo temprano del niño es un determinante importante en la formación de su personalidad y capacidades, influyendo sobre sus logros en el sistema educacional y futura inserción social. Los niños pertenecientes a hogares pobres pueden enfrentar condiciones especialmente adversas en esta etapa del desarrollo, por lo cual su adscripción a jardines infantiles y centros afines resulta clave para la determinación de la distribución de oportunidades en la sociedad chilena.

56. El logro de mayor equidad en la educación preescolar pasa en la actualidad por superar un problema de cobertura. El Cuadro 7 muestra que la asistencia es marcadamente menor en los niños y niñas de hogares de bajos ingresos. Si además se considera que la calidad del ambiente familiar para efectos del desarrollo temprano del niño está relacionada con la dotación socioeconómica y cultural del hogar, se sigue que la distribución de las oportunidades que enfrentan los niños a tempranas edades es bastante desigual.

57. Los avances ocurridos en la década de los 90 se evalúan como poco satisfactorios. La cobertura del nivel preescolar aumentó de un 20,9% en 1990 a un 29,8% en 1996, cifra que es reducida si se considera los esfuerzos realizados en la materia. Por otra parte, la tasa de crecimiento en el quintil más pobre fue de un 32%, la cual se compara desfavorablemente con un promedio nacional de 42,6%. Queda por tanto pendiente el diseño de estrategias pertinentes y viables para incrementar la cobertura en los sectores de mayor vulnerabilidad.

---

<sup>21</sup> En el capítulo 2 "Fundamentos de las propuestas en educación" se estima que un fondo autorrotatorio debiera demandar un 25% de los recursos fiscales iniciales hacia el año 20 de operación. La estimación está referida en términos relativos al PIB y considera un crecimiento afín en las nuevas necesidades de recursos.

**Cuadro 7**  
Cobertura de la educación preescolar

<b>Quintil</b>	<b>Niños de 0-1 años</b>			<b>Niños de 2 a 5 años</b>		
	<b>Total</b>	<b>Asiste</b>	<b>No asiste</b>	<b>Total</b>	<b>Asiste</b>	<b>No asiste</b>
<b>I</b>	157.136 (100%)	1.481 (1%)	155.655 (99%)	354.915 (100%)	84.355 (24%)	270.560 (76%)
<b>II</b>	118.891 (100%)	1.878 (2%)	117.013 (98%)	262.704 (100%)	75.110 (29%)	187.594 (71%)
<b>III</b>	75.611 (100%)	1.271 (2%)	74.340 (98%)	197.166 (100%)	64.887 (33%)	132.279 (67%)
<b>IV</b>	62.086 (100%)	2.637 (4%)	59.449 (96%)	160.837 (100%)	65.628 (41%)	95.245 (59%)
<b>V</b>	47.685 (100%)	2.738 (6%)	44.947 (94%)	128.797 (100%)	73.771 (57%)	55.026 (43%)
<b>Total</b>	461.409 (100%)	10.005 (2%)	451.404 (98%)	1.104.455 (100%)	363.751 (33%)	740.704 (67%)

Fuente: Mideplan sobre la base de la encuesta Casen de 1996.

58. Para lograr aumentos de la cobertura, se necesita conocer en mayor profundidad las razones por las cuales los niños no participan de algunas de las alternativas que ofrece el sistema de educación preescolar, así como validar todas las alternativas educativas de calidad presentes en el país. En este contexto se encuentra en curso una evaluación respecto de la factibilidad de ampliar la subvención para la educación de los niños de 4 años, así como un catastro de las percepciones y opiniones de los agentes asociados al sector. También se precisa avanzar en el desarrollo de las prácticas y contenidos pedagógicos apropiados para este nivel de enseñanza, así como de la formación de las personas que tendrán a su cargo la educación de niños en edad preescolar, en particular de aquellos que viven en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social.

59. La precariedad de la información existente torna sumamente preliminar cualquier estimación que se efectúe a efectos de conocer las necesidades de financiamiento de una propuesta de incremento de la cobertura de la educación preescolar. De este modo, y sólo como caso hipotético, consideremos como meta igualar la cobertura de los sectores de menores recursos (quintiles 1 a 3) con la tasa de 48% que caracteriza a los dos quintiles superiores (en el tramo de 2 a 5 años). De acuerdo a las estadísticas presentadas en el cuadro anterior existiría un déficit de cobertura así estimado de 231.800 plazas. Si se considera que el gasto promedio por alumno de educación preescolar alcanzó el año 1997 a \$ 336.000, incluyendo los gastos de administración, se tiene que se requerirían de MM\$ 77,9 para cubrir el déficit *a costos promedios del sistema existente*. Si se supone una tasa de expansión posterior de la matrícula de un 3% anual, las cifras proyectadas a seis años de iniciado el plan de expansión llegan a MM\$ 93,1, representando un incremento de 31% respecto al gasto efectuado el año 1997.

#### **IV. Propuestas en salud**

60. A diferencia del resto del área social, el sector salud necesita transformaciones estructurales en su organización y financiamiento para que sea capaz de dar adecuada

cuenta de las necesidades de la población. Entre los problemas estructurales más importantes destacan los siguientes:

- La carencia de una política de Estado de consenso y coherente que enfrente el tema de la salud en su globalidad y no por parcialidades.
- La segmentación estructural que hace que la población de bajos recursos y/o alto riesgo de salud sea atendida por el sector público, mientras que la población de mayores recursos y menor riesgo de salud es atendida por el sector privado.
- El cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población. En los últimos 20 ó 30 años Chile ha experimentado cambios drásticos en la estructura de edades y perfil de enfermedades que afectan a la población, los cuales requieren la correspondiente modificación en el modelo de atención del sector público de salud.
- La falta de modernización en la gestión del sector público de atención en salud (hospitales, consultorios y postas), donde el volumen y la calidad de la atención no han mejorado con los importantes aumentos de presupuesto para el sector.
- La persistencia de problemas gremiales en el sector público de salud, con paros frecuentes de las organizaciones del sector.
- La inseguridad que experimenta parte de los beneficiarios de las Isapres debido a la insuficiencia de sus planes de seguro de salud en eventos como la tercera edad y las enfermedades catastróficas
- Las situaciones de sobreaseguramiento para individuos sanos y jóvenes en el sistema privado, que induce la asignación de recursos hacia usos superfluos.
- La sub-inversión en actividades preventivas y de fomento de la salud.
- La incidencia de los esquemas de pago por prestación sobre los costos generales del sistema.
- Los problemas de referencia existentes tanto en el sector público (red primaria versus hospitalaria) como privado (inexistencia de puertas de entrada).

61. La formulación de una política de Estado para el sector salud requiere un gran debate nacional en que participen todos los involucrados, con la constitución de un Consejo Nacional de Salud, con un comité técnico del más alto nivel, tal como se propone en el documento del CNSP "La pobreza en Chile: un desafío de equidad e integración social". La propuesta que sigue es una contribución a este necesario proceso.

62. El eje de la propuesta es la formulación de un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), que se convierta en el conjunto explícito de prestaciones, tecnologías y condiciones de acceso al sistema de salud que será garantizado por el Estado<sup>22</sup>. Aquí se trata de hacer explícitas las condiciones de acceso que tendrían las personas a las prestaciones de salud *necesarias*, en forma *oportuna*, y con un nivel de calidad *adecuado*. La definición del PGBS requiere ser específico en las condiciones citadas; esto es, definir qué se entiende por prestaciones necesarias, incluyendo las tecnologías y procedimientos que estarán disponibles en cada caso; cuán oportuno (rápido) debe ser el acceso a las diferentes tipos de prestaciones, condición que debe expresarse concretamente en términos de los tiempos requeridos para acceder a los servicios de salud (cercanía del centro médico al domicilio, tiempo de espera en consultorios y en

---

<sup>22</sup> Este plan referencial ha estado en la base de diversas propuestas que se han formulado para reformar el sistema de salud. La presente propuesta está basada en un estudio efectuado por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, junto a Gredis y Bitrán y Asociados, para el Ministerio de Salud el año 1997. Sin embargo, la propuesta aquí detallada tiene diferencias con el citado trabajo, y no representa la opinión de ninguna de esas instituciones ni tampoco del Ministerio de Salud.

hospitalizaciones); cuáles son los niveles de calidad que se ofrecen a la población en materia de infraestructura de salud y trato del personal.

63. El diseño del PGBS tendrá también una clara influencia sobre la calidad y cantidad de recursos humanos que se requieran. Así, un PGBS que diseñe una "ruta óptima" de atención que se inicie por el médico general, tendrá repercusiones evidentes en las necesidades y competencias por ese recurso.

64. El diseño y contenido del plan estaría a cargo de una comisión específica para el PGBS de carácter público, que integraría a representantes del sector de salud, de la autoridad presupuestaria, y de otros estamentos sociales que validen esta instancia de decisión. Dicha comisión decidiría el contenido del PGBS sobre la base de las recomendaciones de las sociedades científicas respecto a procedimientos y tecnologías, así como de instancias de participación social sobre el tipo de prestaciones a incluir y la extensión de los beneficios asociados. Por otra parte, la extensión del plan dependerá en última instancia del volumen de recursos que la sociedad chilena decida invertir en el área de la salud, así como del grado de eficiencia de los arreglos institucionales que existan en el sector. En suma, el PGBS debe ser apropiadamente definido por una instancia calificada, que culmine un proceso de articulación social que dé cuenta de las necesidades y prioridades del área. Sólo a modo de ilustración se presenta en el Cuadro 8 un ejemplo de contrato del PGBS.

### **Cuadro 8**

#### *Ejemplo de lo que garantiza el contrato PGBS*

**Consulta general o de APS:** Se debe definir, después de un estudio empírico si se requerirá un tope para las primeras consultas o consultas espontáneas de APS, o si se agregará un copago.

**De especialidad:** Al nivel secundario se accede por interconsulta de un médico general o primario, sin tope, tal como ocurre actualmente en el sistema público. Cuánta espera será permitida, cuánta es posible. Definir un itinerario según prioridad.

**De urgencia:** Se cubrirán en cualquier lugar del territorio nacional y sin espera. Las emergencias responden a un principio social intransable: la ley del rescate.

**Visita domiciliaria:** Se cubrirán controles de salud programados como parte de un programa de prevención o de un tratamiento ambulatorio.

**Consulta psiquiátrica:** Se garantizará, definiendo requisitos y condiciones de las prestaciones.

**Exámenes de apoyo diagnóstico:** Definen el laboratorio básico.

**Procedimientos y tratamientos:** Acompañados de guías médicas.

**Hospitalización:** Define tiempos de espera máximos para lo electivo, según criterios técnicos y recursos. Protocolos y guías médicas.

**Medicamentos:** Define qué medicamentos cubre el PGBS. Ejemplo: drogas para ETS, SIDA, TBC, quimioprofilaxis, enfermedades crónicas.

**Prótesis y órtesis:** Define acceso y prioridad. Ejemplo: implante de cadera.

**Traslado de pacientes:** El uso de ambulancia, define derechos y deberes de los pacientes.

**Consulta dental:** Requisitos para tratamientos, coberturas según edad y sexo.

**Programas de salud:** El PGBS incluye todas aquellas prestaciones preventivas, curativas o rehabilitadoras que forman parte de las normas ministeriales (Ejemplo: pesquisa del cáncer cérvicouterino)

65. La reforma comprehensiva del sistema de salud necesita también un Plan de Salud Pública (PSP) que garantice la presencia del Estado en el campo de la promoción de salud y de los bienes de salud pública, los cuales no están cubiertos por los planes de seguro de carácter individual. El sistema de salud chileno tiene en las actividades de salud pública una de sus mayores fortalezas, reconocidas y valoradas por toda la población. Entre las actividades de salud pública se pueden distinguir dos categorías, aquellas de carácter individual y las de carácter colectivo. Las actividades de carácter individual son aquellas prestaciones de promoción o prevención de la salud que el Estado obliga a consumir a los individuos y que se otorgan de forma individual (por ejemplo, control de niño sano, exámenes de detección de problemas de salud como el Papanicolaou, vacunas). Las de carácter colectivo, son aquellas prestaciones que el Estado obliga a que se apliquen al grupo o al territorio (por ejemplo, control sanitario de alimentos, control y prevención de epidemias). Por su parte, la política de promoción de la salud tiene carácter global, incluyendo a diversos ministerios (Salud, Educación, Trabajo, Mideplan y otros), servicios públicos (Digeder, Conace, Conama, etc.) así como ONG y grupos de la sociedad civil. Esta área de la salud debe tener un presupuesto acorde con sus funciones y tareas concretas que se implementan a nivel local.

66. La propuesta incluye modificar la obligación de cotizar un 7% del ingreso respecto del mandato de adquirir el Plan Garantizado de Beneficios de Salud. El PGBS podrá ser ofrecido por administradoras que realicen las veces de aseguradoras de planes de salud, intermediando entre la población adscrita y los proveedores de los servicios de salud. Esta función es hoy día cumplida por el Fonasa en su rol de seguro público de salud y por las entidades de seguro privado de salud (Isapres). Es natural pensar que estas dos tipos de instituciones tendrán a su cargo la administración del PGBS, aún cuando pueden haber nuevas entidades que también cumplan esta función. Los derechos y responsabilidades de las entidades administradoras del PGBS deben quedar adecuadamente estipuladas en el marco legal que norme la nueva institucionalidad del sector de salud. En todo caso, se entiende que un requisito mínimo para la operación de estas entidades reside en la obligación de otorgar el PGBS a cualquier persona que quiera inscribirse, independiente del riesgo o condición de salud del individuo. Esta condición es contraparte natural a la obligación que el Estado impone a las personas en términos de adquirir el plan básico de salud (PGBS), de manera que la razón de existencia de las administradoras del plan emana de esta disposición legal.

67. Las Isapres podrán ofrecer coberturas adicionales voluntarias, las cuales requieren un pago complementario al estipulado para el plan obligatorio. De esta manera, quienes

deseen mantener la actual cobertura de prestaciones de salud podrán hacerlo bajo convenios de libre competencia. Estos planes adicionales posibilitarán el acceso a prestaciones y tecnologías de carácter opcional, hotelería hospitalaria y mayor grado de libertad de elección a la hora de elegir prestadores. En cambio, el plan obligatorio garantizará todo lo necesario, pero bajo condiciones más restrictivas de acceso y hotelería. La diferencia entre los planes obligatorio y adicionales *no* estriba en el racionamiento de prestaciones o tecnologías consideradas como necesarias para la población del país.

68. El carácter estandarizado del plan y la prohibición de realizar prácticas de selección de riesgo obligarán a las aseguradoras a buscar arreglos eficientes con los proveedores de salud, incluyendo a aquellos pertenecientes al área pública. Entre estos arreglos pueden visualizarse aquellas modalidades donde se restringe la libertad de elección del usuario a cambio de costos más bajos de atención (proveedores preferidos) y aquellas que funcionan sobre la base de presupuestos prospectivos antes que por pago por acto médico. En este sentido la especificación del PGBS como la obligación previsional de salud tiene implicancias profundas respecto de la organización de los seguros y prestadores del sector.

69. En la medida en que los ingresos recibidos por las aseguradoras estén en línea con los costos esperados de las prestaciones de salud de la población asegurada no debiera existir discriminación contra ningún grupo por elevada que sea la incidencia de las prestaciones, como ocurre en el caso de las mujeres en edad fértil o en la tercera edad. Para tal efecto los recursos que se destinan al PGBS van a constituir un fondo que se divide en dos partes: la primera se distribuye entre los administradores a través de un pago per cápita que varía según las condiciones de riesgo grupal de los afiliados (edad, género y región); la segunda parte es distribuida sobre la base de los eventos individuales de alto costo (riesgos catastróficos). Este diseño garantiza la solvencia de las entidades aseguradoras y asegura que toda persona será bien recibida, independientemente de su riesgo de salud<sup>23</sup>.

70. El financiamiento del PGBS admite dos variantes principales: cotizaciones o impuestos generales. Esta no es una materia esencial a los fines de la reforma de salud, sino más bien responde a modalidades alternativas de financiamiento que deben ser evaluadas a través de un estudio específico.

71. La primera variante estipula que la cotización para adquirir el PGBS estará determinada por las características de edad, género y región de localidad de las personas (sin diferenciar según riesgos individuales de salud). En el caso de las personas de bajos recursos, el Estado subsidiará su acceso al citado PGBS, cubriendo la diferencia entre el costo del plan y la capacidad de pago del grupo familiar<sup>24</sup>. El elemento crítico a la variante de financiamiento vía cotizaciones es la evasión asociada, la cual tiene implicancias sobre el costo fiscal de la reforma y la equidad del esquema. Como elemento de juicio hay que considerar que la evasión en el actual esquema es cercana al 50% (cotizaciones pagadas a Fonasa respecto de las debidas según el ingreso de la población usuaria)<sup>25</sup>, previéndose un aumento en los incentivos a evadir en la medida que se

---

<sup>23</sup> Al mismo tiempo, no habrá incentivos para ofrecer productos superfluos a los grupos de bajo riesgo esperado, puesto que los ingresos recibidos por este grupo serán acordeamente menores.

<sup>24</sup> Una medida de la capacidad de pago de las familias es un porcentaje del ingreso en el nivel del 7%. También es posible introducir una cotización única per cápita, que no distingue por riesgo de grupos de salud, o bien una cotización que dependa del nivel de ingreso de las personas. En estos casos se requiere una institución de segundo piso que actúe como intermediaria entre las cotizaciones recibidas y aquellas recibidas por las administradoras de la cotización sobre la base del perfil de riesgo de la población adscrita.

<sup>25</sup> Estimado según antecedentes de la encuesta Casen 1996.

entregue un mejor plan de salud (PGBS) y donde el Estado subsidia el acceso de todas las familias cuyo nivel *declarado* de ingreso sea insuficiente.

72. En este contexto debe evaluarse la modalidad de financiar el PGBS con recursos provenientes de impuestos generales bajo la cual *toda la población* contribuye con recursos al financiamiento de un plan que estará disponible en forma universal. Al respecto hay que considerar que un incremento de 2 puntos del IVA en reemplazo de la cotización directa podría financiar el PGBS para todas las familias al nivel del costo de la actual canasta de prestaciones Fonasa. Por su parte, se requeriría un incremento de 3,1 puntos del IVA para financiar una canasta expandida cuyo costo promedio se aproxima a 0,5 UF mensuales (reemplazando también a la cotización directa)<sup>26</sup>.

73. Se postula que Fonasa retenga la administración de los subsidios para la salud de manera de guiar a los prestadores públicos hacia esquemas de gestión que favorezcan una mayor efectividad de los recursos destinados a la salud. Al respecto es fundamental entender que la reforma del sector de salud depende de los cambios en la gestión del sector público de prestadores. De otra manera no podrá hacerse efectivo el PGBS. Los principales problemas están asociados a la organización tradicional de la provisión pública: centralización de funciones; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas hacia los beneficiarios; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera en un contexto de restricciones presupuestarias "blandas" y la gestión de tipo burocrático con baja autonomía y significativas restricciones en el uso de los insumos.

74. Dos elementos constitutivos del necesario cambio en la organización de los prestadores públicos son *autonomía* en la administración de los establecimientos de la red pública de prestadores y *responsabilidad* por los recursos asignados. Estos conceptos involucran cambios estructurales en el sistema, puesto que la mayor autonomía pasa por abrir espacio a los administradores para que adecuen los insumos y personal a las necesidades de la operación del establecimiento, mientras que la responsabilidad del presupuesto requiere vincular el mismo al volumen de actividades, las cuales pueden medirse según prestaciones o personas atendidas, preferentemente sobre una base prospectiva.

75. Especial atención merece la situación de los hospitales públicos. De acuerdo a la evaluación efectuada por expertos del sector, estas entidades son poco adaptables a las necesidades de los usuarios; los parámetros de evaluación principales no son la calidad de la atención o la captación de usuarios, sino el manejo financiero y las presiones gremiales; operan con un sistema de racionamiento implícito (colas, carencias, mala atención) en los servicios que ofrecen; funcionan con escasa coordinación con los establecimientos de atención primaria y poseen escasa capacidad de adaptación frente a los cambios en el entorno. Están sometidos a definiciones centrales en cuanto a la dotación de insumos, horarios de trabajo, remuneraciones del recurso humano, sistemas de incentivos, marco de gastos, y hasta los precios a cobrar. Además, los hospitales públicos no poseen una definición clara de las prestaciones que deben otorgar. Todos los problemas mencionados deberían ser enfrentados mediante la autonomía en la gestión hospitalaria, introduciendo elementos modernos de administración en el sistema.

---

<sup>26</sup> Estos cálculos consideran que dos tercios de la actual canasta Fonasa se financia con impuestos. El costo actual de la canasta de prestaciones Fonasa es 0,4 UF per cápita y el valor de UF 0,5 es sugerido en el informe "Sistema de salud: un diagnóstico compartido" como un mínimo para financiar las necesidades actuales de salud.



76. Los centros de atención primaria representan la cara más visible del sistema de salud y en ellos tiende a concentrarse parte importante de los problemas en cuanto a la oportunidad y calidad de la atención prestada. Se trata de un área donde es posible entregar *señales* claras y efectivas de una política de salud orientada a los usuarios. Entre estas destaca extender la actual modalidad de financiamiento a organizaciones privadas sin fines de lucro que acepten proveer atención primaria de salud bajo las reglas del juego establecidas: financiamiento per cápita, atención gratuita y supervisión técnica por parte del servicio de salud respectivo<sup>27</sup>. Además, debe cambiarse el actual modelo de atención del primer nivel, basado casi exclusivamente en la atención materno-infantil, hacia otro modelo que incorpore la atención de adolescentes, adultos y adultos mayores, tanto en los aspectos de salud preventivos como curativos. Un avance en este sentido es el examen de salud preventivo para adultos, el cual debe ser extendido al máximo de población beneficiaria. La redefinición de las tareas de la atención primaria requerirá un reajuste acorde del financiamiento que reciben los consultorios y demás establecimientos que operan esta modalidad.

77. Las necesidades de financiamiento para la salud dependerán críticamente de la definición del Plan Garantizado de Beneficios de Salud. Esto es, la extensión de la cobertura del PGBS determinará las necesidades de financiamiento base del sector. En este sentido es evidente que existirá una tensión entre las necesidades y las posibilidades, puesto que la extensión de los beneficios del PGBS debe tener correspondencia en la disponibilidad de recursos que posea el país, esto es, con el nivel de desarrollo económico alcanzado.

78. Para fijar ideas en la materia hay que considerar que el costo promedio de la canasta Fonasa asciende a \$ 5.338 en pesos de 1977 (0,4 UF), y que el costo mínimo de un plan adecuado de salud bordearía 0,5 UF<sup>28</sup>. Las necesidades globales de financiamiento resultan de multiplicar el costo fiscal promedio por el número de hogares que se benefician de la medida en cada caso. Con una canasta expandida en un 20% respecto de su nivel actual, las necesidades adicionales de financiamiento fiscal ascienden a MM\$ 116,3. A ello se agregan los hogares adscritos a Isapres y que requerirían un subsidio para adquirir el plan referencial; éstos representan un 38,9% del total con subsidio promedio de \$12.424 y un costo total de MM\$ 48,7<sup>29</sup>. El costo *adicional* estimado para un PGBS de costo promedio de UF 0,5 es por tanto MM\$ 165 (21,8%), respecto del actual gasto público en prestaciones de salud.

---

<sup>27</sup> Esta alternativa es viable dado que los requerimientos de infraestructura son relativamente bajos.

<sup>28</sup> Ver documento "Diagnóstico compartido de la salud".

<sup>29</sup> Los detalles del cálculo aparecen en el capítulo 3 "Fundamentos de las propuestas en salud".

**Cuadro 9**  
**Ejemplo de necesidades de financiamiento adicional**  
(Si el costo PGBS fuese 0,5 UF per cápita)

	Hogares	Costo fiscal adicional promedio (mes)	Costo fiscal adicional total año (MM\$)	Porcentaje sobre costo prestaciones Fonasa
Canasta expandida	326.938	12.424	48,7	
<b>Traslado de Isapres</b>	2.396.100	4.047	116,3	
<b>Usuarios Fonasa</b>			165,0	21,8
<b>Total</b>				

Nota: Supone que la capacidad de pago es un 7% del ingreso familiar en caso de traslado de planes de Isapres.

### ***V. Propuestas en vivienda***

79. El sector vivienda ha salido del discurso público. Rara vez es citado cuando se enumeran los componentes del área social. Sin embargo, se necesita innovar en materia de la lógica de localización de los proyectos de vivienda social y de los sistemas de selección de beneficiarios, que redundan en la concentración espacial de la pobreza, el acceso restringido a la infraestructura urbana y a los servicios, la reducción de las oportunidades laborales y la acentuación de los rasgos de exclusión social. Al mismo tiempo, la situación de la vivienda está marcada por importantes déficits de cobertura, de modo que es importante acelerar la oferta de soluciones habitacionales.

80. En términos generales, el diseño de los programas de vivienda, así como los mecanismos de contratación utilizados y los sistemas de selección de los beneficiarios, han sido eficientes y focalizados en el ataque al déficit habitacional. Sin embargo, en el marco del elevado nivel de producción habitacional de la última década, se producen efectos laterales negativos. Entre éstos destaca la concentración espacial de la pobreza, que teniendo causas de distinto orden, ha sido acentuada por la misma política de vivienda. De esta manera, la lógica de localización de los proyectos de vivienda social y de los sistemas de selección de los beneficiarios reúne (y desarraiga) a los pobres de distintas áreas de la ciudad en determinados lugares de extrema homogeneidad social.

81. Por su parte, el sistema de acceso al suelo urbano establece un carácter incremental en los proyectos, sin herramientas para una planificación de los conjuntos habitacionales, de modo que se generan barrios por agregación con lo que se acentúan los problemas de calidad urbana que se viven en los asentamientos generados por esta política. De esta manera, además de sufrir los efectos de una localización periférica, con un acceso limitado a la infraestructura urbana y a los servicios (efecto que se reproduce, por el peso de la nueva población pobre en los presupuestos municipales), se reducen las oportunidades laborales, se generan ghettos culturales, se estigmatizan socialmente áreas de la ciudad y sus habitantes, etc.

82. Los efectos de la política habitacional son difícilmente reversibles: lo que se construye permanece por largas décadas y será el escenario en el que se desenvuelva la vida de varias generaciones, especialmente en el caso de las poblaciones populares,

ciertamente menos dinámicas en su evolución urbana. El actual modelo de producción habitacional, con construcción de grandes proyectos, exclusivamente en base a la creación de suelo urbano para nuevas viviendas, soluciones estandarizadas y localizaciones cada vez más periféricas, ha predominado por muchas décadas en el país. Sin embargo, aplicado con mayor focalización y a gran escala como en la última década, sus efectos sociales y urbanos son, al menos, comparables con lo que fue la erradicación de campamentos y la creación de comunas socialmente homogéneas por el gobierno militar en los 80.

83. Parte importante de los problemas derivados de una localización periférica y homogénea serán inevitables, al menos en una política que implique un elevado nivel de producción habitacional para sectores de escasos recursos. Por eso, la política debe considerar mecanismos poderosos para corregir o atenuar estos efectos, así como debe desarrollar alternativas que permitan que el desarrollo de soluciones habitacionales al interior de la trama urbana, en pequeños proyectos más fácilmente integrables al entorno.

84. En el primer grupo de instrumentos destaca la planificación de los futuros asentamientos: se necesita planificar la construcción de los futuros conjuntos habitacionales para que exista visión de conjunto y se provean los servicios escolares, de salud, etc., al momento de poblar el área. Al respecto es imperioso que se disponga de paños de terreno que permitan planificar con un horizonte de varios años la construcción de proyectos de vivienda, lo cual implica contar con recursos públicos para constituir "bancos de terreno", como también acudir al aporte privado a través de la licitación de planes habitacionales.

85. También es necesario favorecer un acceso socialmente más heterogéneo a los conjuntos habitacionales, a través de mecanismos como la sustitución de condiciones homogéneas de focalización social por una diferencia en el valor para viviendas de similares características -esto es, la venta de un porcentaje de las viviendas con menores niveles de subsidio a familias con mayores ingresos relativos-, así como favorecer la coexistencia de conjuntos habitacionales de distintos programas (destinados a diferentes estratos socio-económicos), "premiando" esta heterogeneidad con un mayor nivel de equipamiento para el barrio.

86. Las comunas que reciben un volumen significativo de nuevas viviendas sociales enfrentan un incremento en los gastos municipales sin ingresos adicionales para solventarlos, lo cual se traduce en un deterioro generalizado de los servicios municipales o, al menos, en el relativo abandono y deterioro de los nuevos conjuntos habitacionales. Se requiere al respecto establecer un mecanismo de compensación a los municipios receptores de viviendas sociales, de manera que éstos estén en condiciones de brindar los servicios municipales. Una forma es un incremento automático de su participación en el Fondo Común Municipal; otra variante sería el pago de una suma por vivienda por parte del agente inmobiliario (a la manera de los pagos que se cancelan en EE.UU. por el conjunto de externalidades que incorporan los nuevos habitantes).

87. Por otra parte, se requiere avanzar en el desarrollo de alternativas que permitan producir soluciones habitacionales al interior del trazado urbano. Se trata de actuar tanto densificando en los "intersticios" como en áreas pericentrales (antiguamente periféricas) que "se han quedado atrás" (un caso extremo son las antiguas operaciones sitio). Este esfuerzo se justifica por los beneficios que implica mejorar el standard de áreas degradadas, reducir el impacto en la extensión urbana de los grandes conjuntos

de la periferia y proveer vivienda social en zonas más centrales y, eventualmente, más cercanas a los lugares de origen de los beneficiarios. Cabe destacar que así se desarrolla la vivienda social en los países que vivieron y no quieren repetir los costos sociales y urbanos de los grandes conjuntos periféricos.

88. Este tipo de operaciones es muy distinto a las prácticas de gestión en que se basa la experiencia y la estructura de los Serviu, de manera que necesita una institucionalidad diferente, más cercana a los ejemplos de las cooperativas abiertas o de la Corporación de Desarrollo de Santiago. Por otro lado, se requiere estudiar mecanismos legales -como la primera opción de compra- que favorezcan el acceso de los entes públicos a este tipo de propiedades, generalmente atomizadas.

89. La mayor parte de las medidas que se sugieren implican mayor costo, como son la adquisición de terrenos con un horizonte de largo plazo, la dotación de mayor equipamiento inicial o la compensación a los municipios receptores. En rigor, no se trata de mayores costos, sino de contar con un presupuesto para solventar gastos que de todas maneras se deberían efectuar en el tiempo (pero que, diferidos, implican enormes costos sociales y urbanos). La habilitación de espacios al interior de la ciudad es también una alternativa más cara, pues cada operación "rinde" menos viviendas, se requiere unificar lotes, etc., razón por la cual el aporte de soluciones de este tipo al volumen total de la producción habitacional será limitado. Nuevamente, el costo diferencial de localizar viviendas en áreas pericentrales no será significativamente mayor al existente si se evalúan cabalmente los futuros costos asociados a las soluciones actuales.

90. El mayor costo asociado a las consideraciones urbanas de la política de vivienda obliga a pensar en compatibilizar entre los objetivos de construcción de vivienda y la localización espacial de estas poblaciones. Ciertamente que destinar el total de recursos a la construcción de viviendas constituiría un despropósito respecto de los alcances de largo plazo de la política social. A tal efecto, se propone que los recursos asignados al sector se dividan apropiadamente entre la construcción de viviendas y las inversiones en la construcción de espacios de mayor integración social que los actualmente existentes.

91. En materia de soluciones habitacionales, la política de vivienda debe tender a la construcción de un número de viviendas que cubra el incremento anual de las necesidades en adición a la reducción del déficit de arrastre. El peso de la demanda del área de vivienda proviene de las carencias de cobertura existentes, estimadas en alrededor de 760.000 viviendas hacia fines de 1996. Un 60% del citado déficit correspondería a familias de los dos quintiles más bajos de ingreso, lo que, sumado a las nuevas necesidades por crecimiento vegetativo de la población y depreciación de las viviendas existentes, establece una meta de construcción de viviendas básicas para estos sectores de alrededor de 45.000 viviendas anuales como promedio.

92. Por otra parte, de acuerdo a un estudio sobre estándares realizado en el Minvu, por debajo de los 8m<sup>2</sup> por persona de superficie edificada en la vivienda se desarrollan conductas patológicas en los habitantes; entre los 8 y los 12 m<sup>2</sup> se encuentra el umbral crítico de disponibilidad de superficie por persona, y sobre los 12 m<sup>2</sup>, la superficie comienza a ser adecuada. La superficie promedio de la vivienda básica en Chile se encuentra en la actualidad en alrededor de 9,5 m<sup>2</sup> por persona. Ha sido un prolongado esfuerzo de seis años aumentar en un metro cuadrado el estándar (de 8,5 a 9,5), por lo cual el aumento de 9,5 a 12 m<sup>2</sup> es un propósito ambicioso. Para fines de

la presente propuesta, se considera una superficie mínima de 50 m<sup>2</sup> por vivienda, como estándar mínimo promedio.

93. En relación al mejoramiento de la materialidad de las viviendas, es preciso incorporar, a lo menos, aspectos relacionados con mayor protección frente a la lluvia. También es conveniente mejorar la calidad de las instalaciones sanitarias y la aislación térmica, con el fin de ahorrar costos futuros en la operación de las viviendas. En cuanto al loteo, los requerimientos más frecuentes son cierres perimetrales en los condominios y estacionamientos. Se estima que los mejoramientos de estándares de materialidad de las viviendas y del loteo representarán un incremento del costo por m<sup>2</sup> entre un 5% y un 7%.

94. Teniendo en cuenta la superficie por vivienda de 50 m<sup>2</sup> y el aumento de costo unitario por mejoramientos en la materialidad de las viviendas, se llega a una vivienda mínima cuyo precio sería del orden de 380 UF. El precio estimado para la vivienda de estándar mínimo no considera aumentos de precios del suelo, aun cuando ésta ha sido una variable de gran incidencia en los precios de las viviendas en los últimos años.

95. El escenario base para estimar los recursos que demandaría una política de vivienda considera los siguientes elementos: (i) que se cubre la totalidad de la demanda por crecimiento de hogares y reposición del deterioro; (ii) que se absorbe cada año el 5% del déficit de arrastre; (iii) que los programas públicos dirigidos a los quintiles primero y segundo tienen un costo promedio de 380 UF (sin considerar algún monto que se recupera posteriormente) y de 120 UF para los quintiles tercero y cuarto. El costo fiscal resultante del programa de vivienda asciende a un monto promedio de MM\$ 322,5 anuales (Cuadro 10), lo cual representa un incremento de 1,6 veces respecto al presupuesto actual (que en 1998 ascendió a M\$ 201,7).

96. El factor más importante en el aumento previsto de gasto es la dimensión que adquiriría el programa de viviendas básicas. El tamaño que ha tenido este programa en los últimos años ha fluctuado alrededor de las 25.000 unidades. Pasar de esa cifra a las casi 47.000 que representan las metas planteadas como mínimas para los dos primeros quintiles, acompañado del aumento de costo asociado al estándar mínimo da como resultado una duplicación de los recursos fiscales.

97. Algunos escenarios alternativos asocian un menor costo a una reducción de la cobertura del programa de vivienda. La alternativa 1 procede a adoptar en forma gradual los nuevos estándares de vivienda, iniciando el primer año con un costo de 350 UF para los programas directos y luego aumentar 10 UF por año hasta alcanzar las 380 UF. En este caso los requerimientos de gasto fiscal son un 7% inferior al escenario base. La alternativa 2 consiste en restringir los programas de acción directa Serviu al primer quintil, dejando para el segundo quintil un programa de subsidio con un monto promedio de 175 UF (promedio entre mayor subsidio vigente del sector urbano, 150 UF, y mayor subsidio para el sector rural, 200 UF). En este caso, el costo fiscal experimentaría una rebaja del orden del 20% respecto del escenario base, requiriéndose sin embargo un complemento de cargo fiscal puesto que es poco probable que el sistema financiero otorgue créditos hipotecarios a familias cuyos ingresos son del orden de los \$160.000. En este caso, la disminución de gasto fiscal con respecto al escenario base sería de 11%. La alternativa 3 es reducir la cobertura de los programas públicos abarcando sólo a los tres primeros quintiles, en adición a los cambios previstos para la alternativa 2. Los resultados en este caso presentan un 30% de reducción de gasto fiscal en relación al escenario base; pero al considerar el financiamiento fiscal de créditos hipotecarios, se termina en una reducción de un 20%.

**Cuadro 10**  
**Costo fiscal de programas públicos**  
(Escenario base, en UF y millones de pesos)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Programas Directos</b>	26.635.568	25.594.824	25.677.816	25.761.720	25.846.688	25.932.720
<b>Programas de subsidio</b>	6.372.552	6.043.896	6.070.104	6.096.600	6.123.432	6.150.600
<b>Total (UF)</b>	33.008.120	31.638.720	31.747.920	31.858.320	31.970.120	32.083.320
<b>Total (MM\$)</b>	488.520	468.253	469.869	471.503	473.158	474.833
<b>Metas en número de viviendas</b>	123.198	117.721	118.157	118.599	119.046	119.499

Nota: Supuesto 1 UF = \$14.800.

## VI. Propuestas en política de ingresos mínimos

98. La superación de la pobreza definida como insuficiencia de ingresos ha constituido el principal objetivo de la política social de los últimos tres gobiernos en el país. A la consecución de tal objetivo concurre una diversidad de políticas orientadas a dotar a las personas de las capacidades que les permitan la generación propia de ingresos, así como programas de tipo productivo que benefician a segmentos de la población pobre vinculados a la actividad independiente o a pequeñas empresas. Por otra parte, la política asistencial que entrega en forma directa ingreso o bienes de consumo a los más necesitados ha tenido una presencia menor en el país. Ello contrasta con la experiencia de los países más desarrollados donde la entrega de subsidios monetarios representa una importante fracción del gasto social.

99. Chile hoy gasta un 14,1% del PIB en materia social. Sin embargo, una política de transferencia directa de ingresos a la población pobre requeriría sólo un 1,56% del PIB para que el ingreso de cada hogar alcanzase la línea de pobreza, reduciendo el porcentaje de pobres a un 0%. De esta manera, una política netamente asistencial parecería muy eficaz para abordar el problema de pobreza.

100. Sin embargo, la citada política está sujeta a un importante costo de identificación de los beneficiarios que no ha sido considerado en el ejercicio anterior. Esto es: ¿cómo saber a quién entregar el subsidio de ingreso? Ciertamente que habría demasiadas personas argumentado su condición de pobreza si -digamos- se anunciase que los municipios comenzarán a entregar cheques por el monto necesario a cada hogar que declarase que su nivel de ingreso está por debajo de la línea de pobreza. En Chile los pocos subsidios monetarios existentes (Pasis, SUF, pensión mínima) están fuertemente vinculados a características visibles e identificables de la población beneficiaria. Un segundo problema asociado a la política asistencial es la generación de incentivos perversos que llevan a mantener la condición que genera el subsidio. Esto es, una política que alivie la pobreza torna por definición más llevadera esta condición, lo cual atenta contra el objetivo principal que es construir las capacidades que permitan la superación efectiva del problema.

101. ¿Es posible tener en el país una política asistencial más efectiva que la actual, que sea factible en su focalización, y no produzca dependencia de la condición de pobreza?

Una experiencia a evaluar en la materia son los programas de empleo que están actualmente reemplazando a la política asistencial en países de Europa y EE.UU. En este caso, el subsidio de ingreso se entrega a las personas que se inscriben en programas de empleo público, los cuales pagan un ingreso que provee un piso de subsistencia a los más necesitados pero a un nivel suficientemente bajo para no competir con las fuentes regulares de empleo de la economía. De esta manera, se trata de programas que preservan el objetivo de entregar asistencia a quien lo necesite; que resuelve el problema de la focalización a partir de la propia identificación de los beneficiarios puesto que nadie fingiría ser pobre si debe trabajar ocho horas diarias para obtener un ingreso mensual inferior al salario mínimo; y que tiene los incentivos correctos para que la persona emigre del programa apenas tenga la posibilidad de acceder a un empleo tradicional. Al respecto, si se estima en 80.000 personas el potencial de usuarios de este esquema, un salario de \$ 55.000 mensuales resulta en un gasto agregado para el programa de MM\$ 52,8.

102. En Chile existe la institucionalidad necesaria para una fluida introducción de los programas. Los municipios son ejecutores de parte de la política social y están por tanto capacitados para administrar este tipo de programas. Existe un riesgo potencial de corrupción y clientelismo electoral, pero lo mismo ocurre con los demás programas de administración comunal que, salvo casos puntuales, no han sido cuestionados en este respecto. El tipo de labores a realizar a través de estos programas es una materia a evaluar, pero ciertamente que existen múltiples necesidades a nivel local que podrían ser objeto de atención. Los jóvenes pobres serían usuarios potencialmente importantes de estos programas, por lo cual es esencial preocuparse de sus contenidos motivacionales, su relación con el término de los estudios medios, y su vinculación con las iniciativas vigentes en el área de capacitación e inserción laboral.

103. Es necesario no confundir la naturaleza de los programas asistenciales de empleo con las políticas dirigidas a la cesantía. El objetivo de los primeros es proveer un ingreso mínimo a personas que tienen dificultades para acceder a empleos regulares. La condición de cesantía es generalmente transitoria y tiene otros mecanismos de compensación, como es el esquema de protección al trabajador cesante en actual discusión.

104. La otra iniciativa en política asistencial es la transferencia de recursos a personas con impedimentos para trabajar. Esta área es actualmente abordada a través de las pensiones mínimas y de los subsidios SUF y Pasis, que extienden beneficios de la seguridad social a personas pobres, sin edad de trabajar, y no adscritas a los regímenes de previsión formales. Al respecto, suponiendo un crecimiento de las pensiones pagadas por el Estado a un ritmo de 4% anual (similar al crecimiento del ingreso per cápita de la economía) y extrapolando a futuro el incremento que han tenido los subsidios monetarios en los últimos diez años, resulta que se mantendría relativamente constante la proporción del PIB que el Estado chileno dedica hoy día al pago de la seguridad social (3,5% del PIB). Ello como resultado del incremento señalado, la creciente importancia de los bonos de reconocimiento y de las pensiones mínimas de los afiliados al sistema de AFP, y la reducción paulatina de los pasivos del antiguo sistema previsional.

## **VII. La consistencia fiscal: ¿Cuál es el costo de la propuesta de política social?**

105. En el Cuadro 11 se presentan las necesidades de financiamiento de la propuesta de política social futura. Todas estas cifras representan gastos adicionales a los valores

base para los diferentes programas de gasto social. Así, en educación se considera el gasto adicional por concepto de las iniciativas propuestas en materia de subvención diferenciada, extensión del crédito a los estudiantes de la educación superior y ampliación de la cobertura de la educación preescolar. En estos casos se ha previsto un incremento continuo del gasto hasta alcanzar la meta propuesta en un plazo de seis años. A ellos se agrega el mayor gasto previsto en las áreas de infraestructura y subvención para financiar la reforma de la ampliación de la jornada escolar, las cuales tienen un horizonte temporal ya definido. En salud se parte elevando el gasto de modo de financiar un per cápita de 0,5 UF mensuales, para en un plazo de seis años llegar a 0,6 UF. La meta en vivienda es la estipulada en la sección respectiva, con un incremento escalonado de gasto hasta alcanzar en el sexto año el pleno impacto de la propuesta. La entrega de recursos monetarios comprende la puesta en marcha del subsidio sobre la base de empleos municipales a partir del primer año de operación.

106. Los montos adicionales a considerar para la política social futura pueden clasificarse en dos grupos: aquellos ya comprometidos por la reforma educacional y los recursos que se derivan de las propuestas aquí desarrolladas. En conjunto, suman un total anual de MM\$ 533,7 para el año 1 (año 2000), divididos en MM\$ 210 comprometidos por la reforma educacional y MM\$ 323,7 asociados a las demás propuestas aquí desarrolladas. Para el año 1 el gasto total adicional a la actual base equivale a un 1,47% del PIB, de los cuales 0,89% se derivan de la actual propuesta. Hacia el año 6 el total de recursos adicionales sube a 2,95% del PIB, reflejando la entrada diferida en el tiempo para la mayor parte de las nuevas iniciativas.

**Cuadro 11**  
**Necesidades de financiamiento adicionales (respecto de valores base)**  
(MM de \$ 1998)

<i>Partidas</i>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
	75	115	169	225	237,4	250,4
<b><i>Subvención jornada completa</i></b>						
<b>Infraestructura reforma</b>	135	135	135	135	0	0
<b>Crédito estudiantil</b>	7,5	15	22,5	30	37,5	45
<b>Subvención diferenciada</b>	29,1	61,2	96,6	135,5	178,4	225,4
<b>Aumento cobertura preescolar</b>	15,5	31,0	46,6	62,1	77,6	93,1
<b>Reforma de la salud</b>	165,0	208,0	251,3	294,0	337,2	380,0
<b>Vivienda y urbanismo</b>	53,8	107,6	161,4	215,2	269,0	323,0
<b>Subsidio de ingreso con empleo</b>	52,8	52,8	52,8	52,8	52,8	52,8
<b>Gasto adicional (MM\$ 1988)</b>	533,7	725,6	934,9	1.149,6	1.189,7	1.369,7
<b>Adicional propuesta (MM\$ 1998)</b>	323,7	475,6	630,9	789,6	952,3	1.119,3
<b>PIB (5% crecimiento promedio)</b>	36.430	38.256	40.169	42.178	44287	46500
<b>Gasto adicional % PIB</b>	1,47	1,90	2,33	2,73	2,69	2,95
<b>Gasto adicional propuesta % PIB</b>	0,89	1,24	1,57	1,87	2,15	2,41

107. Hay tres alternativas principales para financiar un programa de gasto público: elevar las tasas y/o bases de los impuestos, disminuir otros gastos públicos y canalizar recursos del crecimiento económico. Una cuarta alternativa que sólo puede ser utilizada un número limitado de veces es la venta de activos públicos destinada, en este caso, a constituir un fondo de financiamiento para iniciativas sociales.



108. Recurrir a los impuestos es el camino que se ha seguido en ocasiones anteriores para financiar incrementos del gasto social. Este fue el caso de la reforma tributaria de 1990, que tuvo como finalidad el incremento generalizado del gasto social, y la posterior medida de mantener la tasa del IVA en el 18% para efectos de cubrir las necesidades de la reforma educacional de la jornada única. El debate que ha habido en torno de la eficacia que habrían tenido los aumentos pasados de gasto social hace prever una fuerte discusión política frente a una propuesta que recomendase un nuevo aumento de impuestos para financiar nuevos incrementos en el gasto social. En este sentido, la elevación de impuestos podría tener lugar sólo en un contexto particular, como una reforma comprehensiva del sistema de salud que entregase garantías a los diversos sectores políticos de que se trata de un gasto que efectiva y claramente va a beneficiar a los sectores necesitados. Por otra parte, es evidente que todo avance en reducir la evasión de impuestos contribuye con recursos a la acción pública sin necesidad de incrementar las tasas tributarias o sacrificar otros programas de gasto, además de constituir una política que en sí misma contribuye a la mayor equidad social.

109. La segunda vía para financiar el programa social es a través de reducir el presupuesto de otros programas públicos. Al respecto existe una amplia gama de posibilidades que deben ser oportunamente evaluadas, puesto que a lo largo del tiempo se acumulan numerosas iniciativas de acción pública sin que existan claros incentivos para su revisión y eventual término. Más bien lo contrario, una vez que se pone en marcha un programa se crean diversos intereses en su entorno funcionales a su desarrollo inercial. En este contexto cualquier propuesta de incremento de impuestos debiera estar supeditada a una evaluación de los programas existentes, y es muy probable que como resultado de este proceso no sea necesario recurrir al aumento de los impuestos para financiar las nuevas necesidades en materia de las funciones públicas. La evaluación de los programas públicos existentes ha tenido una fase inicial en los grupos de expertos que ha reunido la Dirección de Presupuestos para examinar la marcha de diversos programas del área social y productiva.

110. Una vía promisoría para financiar los aumentos del gasto social es a través de los nuevos recursos que genera el crecimiento económico y que capta parcialmente el gobierno en la forma de mayores recursos tributarios. Al respecto se debe considerar que un crecimiento de 5% del PIB induce un aumento afín de recursos fiscales cada año (esto es, MM\$ 300 el año 1 y MM\$ 2.040 el año 6, *en relación al valor del año 0*)<sup>30</sup>. Puesto de otro modo, si la economía creciera al 5% y se destinara el conjunto del incremento de la recaudación tributaria a los fines indicados de la política social, el problema de financiamiento estaría prácticamente resuelto. Para que ello efectivamente suceda así, se necesita estabilizar por algunos años el gasto en el resto de los programas públicos en términos reales.

111. El Cuadro 12 presenta las proyecciones de ingreso y gasto público más relevantes, sobre una base estimada de crecimiento del PIB de 5% anual. Los ingresos se suponen sujetos a la misma estructura actual, recogiendo sólo el crecimiento del PIB sobre las diferentes bases de recaudación fiscal. En particular, se supone un crecimiento de los ingresos proporcional al PIB, tal como ha ocurrido durante la década de los 90. Como resultado se mantiene constante la fracción del PIB que representan

---

<sup>30</sup> El cálculo procede sobre una base de tributación de MM\$ 6.000 proyectados para 1999. Si la base tributaria se expande a la misma tasa del crecimiento del PIB (esto es, la elasticidad es unitaria) se tiene que cada punto de crecimiento del PIB hace crecer en MM\$ 60 la recaudación tributaria, medida en moneda del mismo año y suponiendo todo lo demás constante (tasa del impuesto y grado de evasión).

los ingresos públicos. Las cifras de gasto se presentan bajo dos escenarios. El primero recoge la propuesta de gasto social, incluyendo los compromisos de la reforma educacional, suponiendo que el resto de los programas de gasto social (previsión y otros) se incrementan a la misma tasa del PIB mientras que los programas de gasto no social se mantienen constante en términos reales. El segundo escenario supone que todos los gastos públicos crecen a la misma tasa del PIB, en adición a los gastos adicionales que resultan de la propuesta y de la reforma educativa. La comparación de ingresos y gastos muestra que la propuesta de gasto social es completamente financiable con la actual estructura de ingresos públicos en cualquiera de los dos casos, aun cuando en el segundo escenario las cuentas fiscales se mantendrían en un delicado equilibrio. Bajo el primer escenario, donde el gasto social aumenta al ritmo del PIB y el resto del gasto se mantiene constante en términos reales, es perfectamente posible acomodar la propuesta sin recurrir a aumentos de tributación ni presionar los equilibrios fiscales.

**Cuadro 12**  
**Finanzas públicas y la propuesta de política social\***  
(MM de \$ 1998)

<b>Partidas</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
<b>Ingresos públicos, estructura base</b>	8.473,9	8.897,6	9.342,5	9809,6	10.300,1	10.815,1
<b>(Como % del PIB)</b>	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3
<b>Gasto público. con gasto social creciendo con el PIB</b>	8.304,8	8.650,7	9.021,7	9406,2	9.624,5	9.991,7
<b>(Como % del PIB)</b>	22,8	22,6	22,5	22,3	21,7	21,5
<b>Gasto público. todos los programas creciendo con el PIB</b>	8.304,8	8.784,1	9.295,1	9826,5	10.199,3	10.728,5
<b>(Como % del PIB)</b>	22,8	23,0	23,1	23,3	23,0	23,1

\* PIB se supone creciendo al 5% anual.

## ANEXO ESTADÍSTICO

**Cuadro A-1**  
**Distribución de los puntajes Simce entre alumnos 4to grado**  
 (Nacional, matemáticas 1996)

Puntos en la prueba Simce	% de estudiantes por debajo del nivel
30	1,9
35	4,2
40	8,9
45	12,8
50	17,6
55	22,4
60	29,9
65	35,9
70	42,6
75	50,3
80	61,5
85	70,7
90	80,7
95	91,0
100	100,0

Fuente: Elaboración sobre base de datos prueba Simce 1996.

**Cuadro A-2**  
**Brechas de equidad en salud: Años de Vida Potencialmente Perdidos**  
 (Deciles de comunas. 1991-95)

Decil	% de población	AVVP por cada 1.000 habitantes (1991-95)	% de pobreza <sup>1</sup>	Consultas médicas por habitantes <sup>2</sup>
1	16,5	72,6	13,6	0,53
2	16,5	90,1	25,1	0,73
3	16,5	98,8	24,3	0,46
4	14,1	104,5	29,1	0,73
5	7,1	109,1	30,3	0,72
6	14,1	114,9	32,7	0,59
7	5,0	120,3	34,4	0,48
8	5,0	127,7	43,2	0,48
9	3,4	138,4	38,5	0,58
10	1,8	156,9	45,6	0,50
<b>País</b>	100,0	101,7	26,4	0,60

Fuente: Estudio preparado por M. Concha y X. Aguilera, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Publicado en "Equidad y eficiencia en la toma de decisiones en salud", 1998.

<sup>1</sup>Se refiere a 208 comunas con datos de pobreza (Casen 1994).

<sup>2</sup>Se refiere a la población atendida en los consultorios municipales; excluye a la atendida en el sector privado y en consultorios dependientes de los servicios de salud.

**Cuadro A-3**  
**Déficit habitacional a diciembre de 1996**  
 (Según quintiles de ingreso per cápita de los hogares)

<b>Quintiles</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	<b>Total</b>
<b>Hogares allegados</b>	99.331	109.274	75.546	63.571	29.966	377.688
<b>Núcleos allegados</b>	48.656	25.570	24.099	19.081	10.824	128.230
<b>Subtotal allegamiento</b>	147.987	134.844	99.645	82.652	40.790	505.918
<b>Reemplazo de viviendas</b>	110.069	67.435	41.057	27.877	8.253	254.691
<b>Déficit total</b>	258.056	202.279	140.702	110.529	49.043	760.609
<b>% distribución por quintiles</b>	33,93	26,59	18,50	14,53	6,45	100,0

Fuente: Capítulo 4.

## **2.- FUNDAMENTOS DE LAS PROPUESTAS EN EDUCACION**

Este capítulo presenta los antecedentes del sector educación para la propuesta sobre política social. El marco del sector de educación subvencionada para los próximos años está dado por las reformas en marcha, cuya descripción y necesidades de financiamiento se presentan en el número uno de este capítulo. En el número dos se presentan los antecedentes y fundamentos de la propuesta de subvención diferenciada, orientada a preservar la igualdad de oportunidades en un contexto de financiamiento abierto a los aportes provenientes de los gobiernos municipales y de las familias. El número tres presenta y cuantifica los cambios propuestos para el financiamiento de los estudiantes en la educación de nivel terciario, esto es, universidades y demás instituciones de formación post-secundaria. En el número cuatro se avanzan algunos antecedentes en materia de la educación preescolar.

### **I. Las reformas de la educación**

El sistema de educación chileno se divide en cuatro niveles: preescolar, básico, medio y superior. La asistencia al nivel preescolar corresponde a niños entre 2 y 5 años. La educación básica dura 8 años y es el único nivel obligatorio. La educación media posee una variante científico-humanista (4 años) y una técnico-profesional (5 años). Por otra parte, la educación superior se compone de una variada gama de instituciones y alternativas.

El sistema educacional es descentralizado, con participación del sector público y privado en la provisión y financiamiento de los servicios de educación. Así, la enseñanza preescolar, básica y media se imparte en establecimientos municipales (donde tanto la oferta como el financiamiento es público), particulares subvencionados (oferta privada y financiamiento público) y particulares pagados (oferta y financiamiento privados). El Ministerio de Educación tiene como principales responsabilidades la supervisión, coordinación y evaluación del sistema, además del diseño de las políticas generales del sector.

En 1997 la matrícula total en el sistema de enseñanza no superior ascendía a 3,3 millones de estudiantes que, en su gran mayoría, asistían a establecimientos financiados por el Estado. Así, la composición de la matrícula era un 55,6% para el sector municipal, un 34,9% para el sector particular subvencionado (incluyendo corporaciones) y 9,4% para los establecimientos particulares pagados. El sector municipal es particularmente importante en el nivel básico, donde capta el 58,2% de los estudiantes, mientras que la educación particular subvencionada tiene mayor presencia relativa en la educación media, donde representaba el 38,4% de la matrícula.

El sistema educacional chileno ha logrado importantes tasas de cobertura en los niveles básico y medio. Tal como lo indica el Cuadro 1, la cobertura o porcentaje de niños o jóvenes en edad de estudiar que asisten a establecimientos educacionales es prácticamente universal en el nivel básico y asciende a casi un 80% en el nivel medio, aún cuando en este caso existe diferenciación según nivel socioeconómico dado que la cobertura fluctúa entre un 75% en el quintil más pobre de los hogares (medido por ingreso per cápita) y un 97% en el quintil más rico.

**Cuadro 1**  
**Cobertura educacional según quintiles de Ingreso 1996**  
**(Encuesta Casen)**

	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
Preescolar	22,3	26,8	30,0	36,8	48,4
Básica	96,5	98,4	98,0	99,4	99,7
Media	75,3	81,0	89,3	95,3	97,2
Terciaria	8,5	15,1	21,5	34,7	59,7

Fuente: Ministerio de Educación, "Reforma en marcha", Santiago 1998.

El problema más importante del sector radica en la insuficiente calidad de la educación que reciben los jóvenes de nivel socioeconómico medio y bajo pertenecientes a los establecimientos subvencionados por el Estado. Al respecto, el Cuadro 2-A presenta un cruce entre la población escolar ordenada según quintil de ingreso de hogar y los establecimientos a los cuales asisten, ordenados estos últimos según quintil de puntaje en la prueba Simce durante el año 1996. La lectura del cuadro procede en términos horizontales y establece una clara asociación entre el nivel socioeconómico y el rendimiento en la citada prueba de logro educacional. Así, de cada 100 estudiantes del primer quintil de ingresos sólo 3,8 asisten a establecimientos que se ubican en el 20% más alto de resultados Simce. En cambio, de cada 100 estudiantes del quintil más rico, 61 asisten a establecimientos que logran situarse en el quintil superior de la prueba Simce.

Por su parte, el Cuadro 2-B presenta la distribución acumulada de los puntajes de la prueba Simce para el citado año 1996. La información aquí provista indica el porcentaje de estudiantes que obtuvieron un resultado igual o inferior al umbral señalado en la primera columna del Cuadro. Así, por ejemplo, un 17,6% de los estudiantes de cuarto grado que rindieron la prueba Simce de matemáticas el año señalado obtuvieron 50 o menos puntos, el 56,3% lograron 75 puntos o menos, etc. Si se considera que la prueba Simce evalúa el porcentaje de logro de los objetivos pedagógicos *mínimos*, se sigue que la distribución que se presenta es un reflejo de la insuficiente calidad del sistema educacional chileno<sup>31</sup>.

**Cuadro 2-A**  
**Resultados Simce matemáticas por quintil de ingreso**  
**(Región Metropolitana, 1996)**

Quintil de Ingreso per cápita	Quintil de resultados Simce (Establecimientos)					Total
	I	II	III	IV	V	
I	32,9	27,3	22,0	14,0	3,8	100
II	23,2	22,3	24,9	20,2	9,4	100
III	18,9	20,6	20,2	23,1	17,2	100
IV	8,7	14,1	18,3	31,0	28,0	100
V	3,7	8,3	10,8	16,2	61,0	100
Total	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	

<sup>31</sup> Reconociendo que ha habido mejoras importantes en los resultados del Simce en los últimos años.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta Casen 1996 y la base de resultados Simce del mismo año.

**Cuadro 2-B**  
**Distribución de los puntajes Simce entre alumnos 4to grado**  
 (Nacional, matemáticas 1996)

Puntos en la prueba Simce	% de estudiantes por debajo del nivel
30	1,9
35	4,2
40	8,9
45	12,8
50	17,6
55	22,4
60	29,9
65	35,9
70	42,6
75	50,3
80	61,5
85	70,7
90	80,7
95	91,0
100	100,0

Fuente: Elaboración sobre base de datos prueba Simce 1996.

De esta manera, el sistema educacional tiende a preservar la desigualdad existente en la esfera socioeconómica en vez de constituir un efectivo canal de igualación de oportunidades. Los problemas de calidad y equidad se reflejan también en los indicadores de cobertura para los niveles preescolar y terciario. En el primer caso la cobertura del quintil más rico duplica a la del quintil más pobre, repercutiendo en los resultados posteriores que lograrán los niños en la educación básica. Como se sabe, la educación preescolar es un elemento importante en el desarrollo temprano de las habilidades y personalidad de los niños. Por otra parte, la cobertura del nivel post-secundario también está claramente diferenciada por quintiles de ingreso, y esta vez refleja las diferencias de calidad de la educación de los niveles previos y que se materializan tanto en los resultados de las pruebas de ingreso a las universidades.

Las características señaladas, en cuanto a cobertura, calidad y equidad, conforman el entorno bajo el cual se introducen las reformas de los años 90. Estas se caracterizan por dos rasgos principales<sup>32</sup>. En primer lugar, se trata de un proceso gradual e incremental que intenta abarcar el conjunto de los aspectos asociados a la labor de la enseñanza: condiciones, procesos, financiamiento, gestión, etc. En segundo lugar, las reformas cuentan con un amplio grado de aprobación por parte de los diferentes actores de la vida social y política del país<sup>33</sup>. Ello refleja la percepción generalizada respecto de la importancia que tiene la educación para el proceso de desarrollo, a la vez que entrega solidez política e institucional a las reformas en marcha.

El proceso de reformas se inicia con los programas de Mejoramiento de la Calidad Educacional (MECE), cuyos componentes de básica y prebásica se introdujeron a principios de los años 90. Estos programas desarrollaron una intervención sistemática

<sup>32</sup> Ver al respecto "Reforma en marcha: buena educación para todos", Ministerio de Educación, 1998.

<sup>33</sup> Componente importante de este proceso fue el Informe de la Comisión Nacional para la Modernización de la Educación presidida por José Joaquín Brunner el año 1994.

sobre los procesos y condiciones en que se desempeña la labor educativa, con énfasis en el segmento de alumnos y escuelas más atrasadas del país. Entre los constituyentes importantes del MECE destacan los programas P-900, los Proyectos de Mejoramientos de la Educación (PME), la repartición de textos escolares, la introducción de las bibliotecas de aula, las mejoras de infraestructura y el programa informático Enlaces. Posteriormente, durante 1997 se introduce en forma masiva el componente de educación media del programa MECE, el cual extiende a este nivel parte de las iniciativas arriba citadas, complementadas con programas específicos como son el proyecto de liceos de excelencia Montegrande y las Actividades Curriculares de Libre Elección (ACLE).

Una segunda área de reformas abarca el aspecto curricular. Esta tiene como objetivo la renovación curricular de la educación básica y media, interviniendo de esta manera en el componente central de la enseñanza: el qué se enseña y cómo se enseña. Así, se establecen los objetivos fundamentales y contenidos mínimos de la educación básica, a la vez que se entrega un espacio de adaptación y especificidad de los programas de estudio a las instancias descentralizadas. También se introducen los objetivos transversales, dirigidos al desarrollo personal y a la conducta moral y social de los alumnos, los cuales pueden ser puestos en operación por los establecimientos educacionales a través de variados tipos de acciones. En el nivel medio se establece un área de formación común durante los dos primeros años, para después dar paso a la formación diferenciada en las modalidades científica-humanista y técnico-profesional; por otra parte, se redefinen los criterios de enseñanza sobre la base de los denominados conocimiento contextualizado y conocimiento histórico; y se introducen objetivos transversales relacionados con el desarrollo de la identidad personal, la formación de valores y la adquisición de habilidades que permitan versatilidad después del egreso.

La tercera área de las reformas está dirigida al profesor, quien junto a los estudiantes conforma el actor protagónico del proceso de enseñanza y que resulta clave a la hora de materializar los cambios propuestos en las áreas de proceso y contenidos. Por una parte se trata de introducir a los profesores en los nuevos procesos de enseñanza a través de programas universales de perfeccionamiento así como reformando los programas de formación de nuevos profesionales. Por otra parte, se busca el mejoramiento de las condiciones de vida y reconocimiento de la labor docente. Ello a través de significativos aumentos de remuneraciones a lo largo de la década de los 90 y de estímulos más focalizados, como son las pasantías en el exterior, los premios de excelencia a los 50 mejores profesores y la evaluación por desempeño que premia al 25% de escuelas (según matrícula) de mejor rendimiento.

La cuarta área de la reforma es la extensión de la jornada a completa. Se trata de instaurar en la totalidad de establecimientos educacionales una jornada escolar de 1.100 horas cronológicas anuales en los cursos de tercero a octavo básico y de 1.216 horas en la educación media. Esta política incrementa en alrededor del 20% el tiempo de la jornada escolar y aparece fundamentada en las experiencias de los países con mayor éxito en la labor educativa. Es considerada un eje esencial para los demás componentes de la reforma, puesto que proporciona los tiempos necesarios para que los cambios en los contenidos y los procesos sean debidamente interiorizados por los estudiantes. La jornada completa implica terminar con el régimen de doble jornada (diurna) en los establecimientos educacionales, lo cual involucra grandes demandas en materia de infraestructura y tiempos docentes.



### ***Necesidades de financiamiento de la reforma***

El financiamiento de la reforma educacional ha sido recogido en parte en los presupuestos del sector, como es el caso de los programas MECE, los incrementos en las remuneraciones de los profesores y los incentivos por excelencia. En término de gasto adicional, el componente de mayor relevancia es la ampliación de la jornada escolar, puesto que involucra el cambio descrito a la jornada única. En tal sentido se trata de un cambio presupuestario mayor, y que sólo pudo haberse concretado en el contexto de los acuerdos nacionales para priorizar la reforma de la educación y destinar recursos extraordinarios derivados de la extensión de la tasa del IVA en el actual nivel del 18%.

La ampliación de la jornada escolar tiene como principal componente de incremento de costo el aumento requerido en el valor de la subvención que permitirá financiar la mayor necesidad de tiempo de profesores y demás insumos educacionales por cada estudiante del sector subvencionado. El aumento de costo fluctúa entre el 25% y el 38% según el tipo y grado de educación, lo cual entrega un promedio ponderado de un 28% de aumento en el volumen total de subvenciones. El cálculo incluye una cobertura hipotética del 50% de la matrícula del primer y segundo año del nivel básico, cuya incorporación a la jornada completa se realiza sólo en los casos de vulnerabilidad. Si se considera que el gasto en subvenciones representa alrededor del 60% del gasto total del Ministerio de Educación, se sigue que el aumento de la subvención requerirá elevar en un 16,8% el presupuesto total del sector, esto es, alrededor de 178 mil millones de pesos de 1997 (US\$ 371 millones a un tipo de cambio de \$ 480). La introducción del nuevo presupuesto será gradual, acorde con el traspaso de establecimientos al nuevo esquema horario. El calendario original de la reforma preveía que hacia el año 2.002 se completaría el proceso de reformas, aun cuando es posible un cierto retraso habida cuenta del cambio en las condiciones económicas que siguen a la crisis asiática y su impacto sobre la economía nacional.

El segundo componente de gasto de la reforma son los fondos destinados a la ampliación de infraestructura, destinados a los establecimientos que no poseen la capacidad instalada necesaria para acomodar el aumento de la jornada escolar. Al respecto se calcula que alrededor de 4.000 establecimientos educacionales deben ser ampliados, y se ha destinado para tal efecto un presupuesto público de US\$ 700 millones (otra fuente del Ministerio sitúa este gasto en algo más de US\$ 1.000 millones). Este debiera ser desembolsado en un plazo de tres a cuatro años según incorporación de los establecimientos a la jornada completa.

Un nuevo componente de gasto es la subvención para mantención de la infraestructura, la cual tiene por finalidad financiar el costo de depreciación del capital físico. No se trata de un gasto asociado a la reforma educacional, pero será incorporado en esta ocasión. El monto *anual* de recursos comprometidos alcanza a un 55% de la subvención *mensual*.

### ***Sobre la organización del sector de educación***

La reforma de los contenidos de la educación descansa sobre una modalidad de organización y financiamiento del sector definida a principios de los años 80. Un aspecto aquí medular es la presencia de proveedores municipales y privados de educación que compiten por financiamiento del Estado en la forma de una subvención por alumno que asiste a los establecimientos educacionales. Este sistema contiene

elementos funcionales a las metas de calidad y eficiencia de la educación en comparación con los esquemas tradicionales de organización basados en la oferta. En particular, la subvención por alumno asigna recursos a los proveedores de educación sobre la base de un mecanismo objetivo, transparente y exento de manejos arbitrarios por parte de las autoridades o de grupos de presión, el cual permite financiar en forma automática los incrementos de matrícula que se producen en determinada escuela o lugar geográfico. Cualquier otro mecanismo de financiamiento aparece como engorroso, burocrático y discrecional frente a la subvención.

Además, la subvención escolar es un instrumento que deposita en las familias la decisión de la asignación de los recursos en el sector, lo cual es coherente con el discurso que sitúa a la gente como el actor principal de la política social. Por estas razones, la subvención debe seguir siendo el instrumento base que se utilice para canalizar los recursos públicos a la educación escolar. Tal recomendación es, además, avalada por la dirección que asumen las reformas educacionales en países como Holanda, que incorporan mecanismos similares a la subvención para efectos de mejorar las dimensiones de calidad y eficiencia (típicamente rezagadas en el área de educación).

Las bondades de la asignación de recursos basada en la subvención escolar dependen críticamente de la información que posean las familias sobre las ofertas educacionales disponibles. Parte de esta información proviene de la experiencia concreta que poseen y comparten las familias, vecinos y comunidades respecto de los establecimientos escolares. A ello se suma la información que provee un indicador como los resultados de las pruebas Simce, cuyos resultados a nivel de establecimiento son públicos a partir del año 1995.

La política de difusión de estos resultados constituyó un gran paso hacia la rendición de cuentas del sistema educacional, entregando a las familias y comunidades un importante elemento de juicio respecto del porcentaje de logro que los estudiantes realizan en las principales materias de estudio. Sin embargo, el Simce como pieza de información de la calidad de los establecimientos educacionales posee insuficiencias que es indispensable superar en el futuro inmediato. En primer término, se requiere su corrección por las características socioeconómicas y de capital cultural de los hogares. Ello permitirá comparar los resultados de la pruebas Simce sobre la base de las diferencias en la calidad de la educación que entrega cada establecimiento, que es la dimensión que interesa efectivamente conocer. En su versión actual el Simce está "contaminado" por las variables asociadas al entorno del hogar de los estudiantes. En segundo lugar, se precisa corregir por los cambios en la composición de los estudiantes que asisten a un establecimiento para así evitar que los resultados de la prueba se manipulen sobre la base de discriminar en contra de los estudiantes menos aventajados. Tercero, se necesita cuidar la idoneidad técnica de la prueba para evitar que esta se convierta en un mecanismo sujeto a entrenamiento que no guarde relación con los contenidos educacionales que se requiere medir (esto es, asegurar que el instrumento de evaluación sea pertinente a los objetivos de la educación). Bajo las citadas condiciones el Simce contribuirá con la información que necesitan las familias y demás agentes del sector para la toma de decisiones. En caso contrario proveerá desinformación sobre los establecimientos educacionales con efectos negativos sobre la calidad y equidad del sector.

El mecanismo de la subvención, junto a un Simce corregido, constituye una condición necesaria para que los recursos invertidos en la educación se dirijan hacia los establecimientos que muestran los mejores resultados, contribuyendo de este modo a

la eficiencia general del sector. Sin embargo, no constituyen una condición suficiente, por lo cual se necesita, además, que los establecimientos reciban con claridad la señal otorgada por la elección de las familias, que se transmite a través de la subvención. Tal situación no está hoy día garantizada en la educación municipalizada, donde los recursos son administrados a nivel del conjunto de escuelas que reúne el municipio, sin que exista una necesaria correspondencia entre resultados y financiamiento a nivel de establecimiento. A ello se suman las restricciones gremiales y legales que entran el uso flexible de los recursos destinados a una u otra escuela o liceo.

En este contexto pueden darse situaciones poco funcionales al buen uso de los recursos públicos. Por ejemplo, para una buena escuela puede ser una mala noticia recibir más alumnos si el financiamiento asociado queda enredado a nivel del municipio. O bien puede recibir el financiamiento sin poder asignarlo a las áreas que necesitan un mayor refuerzo. También puede ocurrir que una escuela que está siendo mal administrada no reciba una señal suficientemente clara que le obligue a cambiar esta práctica. Por tanto, para mejorar la gestión en el sector municipalizado se hace preciso trasladar el financiamiento recibido a través de la subvención a las escuelas que dieron lugar a tales recursos, flexibilizar las condiciones de contratación y reasignación de recursos humanos y modernizar las herramientas de gestión, incluyendo la posibilidad de transferir la gestión educativa a entidades que posean mayores capacidades en la materia.

Si todo lo anterior falla, es importante contar con una alternativa de recambio que conduzca al sector de educación a los niveles de calidad y pertinencia que el país necesita. Aquí subyace la importancia estratégica de contar con el sector de establecimientos de administración privada subvencionada, que recibe financiamiento público en igualdad de condiciones respecto del sector municipal. Este sector constituye una opción que resulta indispensable en virtud de la magnitud de la apuesta que el país deposita en la educación, tanto por el volumen de recursos allí invertido como por la contribución que se espera que preste al desarrollo nacional. Esta es una razón esencial para que la educación privada subvencionada siga compitiendo en igualdad de condiciones con el sector municipal.

## **II. Subvención diferenciada según nivel socioeconómico**

### *Antecedentes*

La educación subvencionada por el Estado representa el 91% de la población escolar del país en los niveles básico y medio. La organización del sistema vigente proviene de inicios de los años 80 y tiene como principal fuente de financiamiento la subvención fiscal, que entrega a cada escuela un subsidio por alumno asistente. El monto de la subvención varía según nivel y tipo de educación, así como según factores geográficos, de manera que el financiamiento de la educación está relacionado con (eventuales) diferencias de costo que supone la provisión del servicio. La subvención *no* incluye un criterio de compensación socioeconómica que focalice los recursos públicos en los sectores de menores ingresos. Eso sí, existen algunos programas específicos - alimentación escolar, P-900, etc.- que están dirigidos a las escuelas o estudiantes más pobres. En todo caso, el grueso de los recursos entregados por el Estado sigue un esquema distributivo neutro.

Existen dos fuentes adicionales de financiamiento para el sector subvencionado. Primero, los gobiernos locales contribuyen con recursos propios al financiamiento de las escuelas bajo administración municipal. Este aporte es en ocasiones interpretado

como "déficit", aludiendo a la insuficiencia del aporte entregado por el Ministerio de Educación. Al respecto, el gobierno central sostiene que el sistema supone la contribución local, de acuerdo a las prioridades que la educación posea frente a otras actividades en el ámbito municipal.

La segunda fuente de financiamiento adicional es el aporte que las familias realizan a través del sistema de financiamiento compartido, cuya actual modalidad se introduce el año 1994 y que hoy incluye a la mayor parte de la matrícula del sector privado subvencionado. En cambio, el sector municipal básico está excluido de este esquema, mientras que los liceos de administración municipal tienen un acceso restringido.

Los cuadros 3 y 4 presentan la estructura de financiamiento del sector subvencionado sobre la base de sus tres elementos constituyentes: aportes central, local y de las familias. La información se construye sobre la base de tres fuentes de datos: la base del Ministerio de Educación sobre subvenciones y demás aportes centrales que recibe cada establecimiento del sector; la base de datos del mismo Ministerio sobre financiamiento compartido, la cual contiene los montos brutos y netos recibidos por tal concepto a nivel de cada establecimiento; y la base de datos de la Subsecretaría de Desarrollo Regional que incluye el presupuesto municipal de educación de cada una de las comunas del país. En este último caso se estimó el aporte por establecimiento dividiendo el aporte municipal de acuerdo al número de alumnos asistentes. Todas las cifras están referidas al año 1996.

La información presentada en el Cuadro 3 ordena a los establecimientos educacionales en deciles de acuerdo al nivel de financiamiento por alumno. De esta manera, el decil superior representa el 10% de establecimientos con mayor nivel de recursos por alumno; el decil noveno contiene el 10% siguiente, etc. Una clasificación alternativa es provista en el Cuadro 4, consistente en definir deciles de acuerdo al número de alumnos que existe en cada caso. En este caso, el decil más alto está conformado por el 10% de los alumnos que estudian en establecimientos con mayor disponibilidad de recursos per cápita, y así sucesivamente. Note que se trata de criterios diferentes de clasificación en la medida que los establecimientos no contengan igual número de alumnos. En el segundo caso adquieren menor importancia relativa las escuelas con baja cantidad de alumnos.

**Cuadro 3**  
**Establecimientos educacionales subvencionados ordenados en deciles**  
 (Según recursos totales por alumno)

Deciles	Número de establecimientos	Ingreso total	Aporte central	Aporte familias	Aporte local
1	860	135.635,9	130.805,3	1.336,1	3.494,4
2	859	153.528,0	141.456,8	3.523,5	8.547,5
3	859	167.180,2	147.425,6	5.770,9	13.983,5
4	859	181.952,6	157.555,9	8.538,7	15.857,9
5	859	203.408,8	171.551,1	10.163,3	21.694,3
6	860	232.613,9	200.224,7	10.448,1	21.941,1
7	859	264.737,7	234.440,3	7.967,4	22.329,9
8	859	293.035,2	271.569,4	3.451,4	18.014,4
9	859	329.973,9	300.076,5	5.000,6	24.896,8
10	859	534.572,9	493.889,7	3.937,5	36.745,7

Fuente: Elaboración sobre bases de datos del Mineduc y de la Subdere.

**Cuadro 4**  
**Establecimientos subvencionados ordenados en deciles de alumnos**  
 (Según recursos totales por alumno)

Deciles	Número de alumnos	Ingreso total	Aporte central	Aporte familias	Aporte local
1	261.184	134.250,8	131.037,3	623,0	2.590,4
2	260.147	146.663,2	136.200,6	2.888,9	7.573,6
3	260.139	155.774,2	141.583,4	4.375,1	9.815,6
4	260.799	164.115,1	145.765,9	5.706,1	12.642,9
5	260.083	171.417,7	147.049,0	7.762,4	16.606,1
6	260.611	180.243,2	154.565,2	11.271,7	14.406,2
7	260.433	192.262,0	161.543,3	11.187,9	19.530,6
8	259.780	208.101,6	169.067,5	18.343,9	20.690,2
9	260.448	236.507,2	177.260,2	23.646,5	35.600,4
10	260.260	320.960,2	242.428,5	35.176,0	43.355,6

Fuente: Elaboración sobre bases de datos del Mineduc y de la Subdere.

Los datos establecen que hay una diferencia superior a cuatro veces en el monto de recursos que obtienen los establecimientos en el decil superior en relación al decil inferior, la cual se explica por diferencias en los aportes público -central y local- antes que familiar. El resultado está influenciado por la presencia de comunas pequeñas y rurales, que reciben voluminosos recursos per cápita en comparación a las comunas de corte más urbano<sup>34</sup>. En el Cuadro 4 se atenúa este rasgo, producto de la menor ponderación que reciben las escuelas pequeñas, resultando una brecha de 2,4 veces entre los promedios de los deciles extremos.

<sup>34</sup> Las escuelas rurales reciben una subvención más elevada por estudiante debido a la baja escala de operación.

Los cuadros presentados entregan información sobre los aportes promedios entregados por los agentes que financian la educación. Estas cifras incluyen todos los establecimientos, incluyendo aquellos que no reciben contribución, de modo que el promedio que se reporta no informa sobre el aporte entregado en los casos que efectivamente tiene lugar. Al respecto, véase el Anexo para conocer el número de casos y monto promedio del aporte en los casos donde existe aporte local y familiar. A continuación se dividen los establecimientos según aparezcan localizados en comunas pequeñas -menos de 10.000 habitantes- o comunas grandes (el resto). La división efectuada resulta natural cuando se observan los resultados obtenidos en los cuadros 5 y 6, que presentan los establecimientos ordenados según la modalidad de deciles de alumnos (ver Anexo para ordenación alternativa de establecimientos). El impacto diferenciador de los aportes entregados por los municipios y por las familias es nítido en el caso de los establecimientos de tipo urbano, que representan alrededor del 85% de la matrícula del sector subvencionado, y donde la brecha en el total de recursos per cápita asciende a 2,2 veces entre los deciles superior e inferior. Las transferencias provenientes de las comunas y de las familias explican la mayor parte de la diferencia, puesto que ellas representan alrededor del 36% de los recursos disponibles en el decil más alto (comparado con una incidencia de sólo un 2% en el caso del decil inferior). En cambio, en el caso de las comunas pequeñas el aporte central representa el factor dominante tanto de la estructura de financiamiento como de su distribución entre los diversos establecimientos, al tiempo que el aporte familiar es prácticamente inexistente.

**Cuadro 5**  
**Establecimientos subvencionados de comunas de mas de 10.000 habitantes**  
 (Deciles según recursos totales por alumno)

Deciles	Número de alumnos	Ingreso total	Aporte central	Aporte familias	Aporte local
1	229.255	133.672,1	130.672,6	701,6	2.297,7
2	228.676	145.873,5	135.827,2	2.847,1	7.199,2
3	228.637	154.894,1	141.629,5	4.769,5	8.495,0
4	229.382	162.973,4	144.449,9	5.672,9	12.850,6
5	228.487	169.985,0	147.114,4	7.508,7	15.361,8
6	229.073	177.863,5	151.229,2	12.680,2	13.954,1
7	228.745	188.365,4	158.104,9	12.322,7	17.937,7
8	228.420	202.644,9	166.559,8	16.207,6	19.877,4
9	229.252	225.651,5	171.819,2	27.254,2	26.577,9
10	228.413	290.206,2	186.231,9	47.473,1	56.501,0

Fuente: Elaboración sobre bases de datos del Mineduc y de la Subdere.

**Cuadro 6**  
**Establecimientos subvencionados de comunas de menos de 10.000 habitantes**  
 (Deciles según recursos totales por alumno)

Deciles	Número de alumnos	Ingreso total	Aporte central	Aporte familias	Aporte local
1	31.700	140.191,9	133.106,4	20,0	7.065,4
2	31.532	153.268,8	138.993,1	543,3	13.732,3
3	31.701	165.013,6	148.201,8	149,6	16.662,1
4	31.309	178.222,2	161.306,0	0	16.916,1
5	31.629	193.934,1	172.737,8	0	21.196,3
6	31.499	214.629,8	190.062,4	338,8	24.228,5
7	31.533	242.568,7	226.419,9	0	16.148,7
8	31.561	275.755,2	256.444,1	0	19.311,1
9	31.602	315.447,1	284.155,9	0	31.291,2
10	31.478	453.669,9	423.798,2	634,9	29.236,7

Fuente: Elaboración sobre bases de datos del Mineduc y de la Subdere.

A continuación se examinan las diferencias existentes al interior de cada fuente de financiamiento del sector subvencionado. Las diferencias que se presenten al interior de estas categorías responden a distintas causales. En el aporte central opera un criterio de compensación según costo de provisión del servicio; mientras que los aportes privado y local discriminan según capacidad de pago -aportan más quienes tienen más- o disponibilidad de pago -aportan más quienes valoran más el servicio de educación.

El caso del aporte del nivel central del gobierno se presenta en los Cuadros 7-A a 7-C. Se aprecia que existe una brecha de 2,18 veces en el monto de subvención central que reciben los alumnos ordenados en deciles según el valor de esta transferencia. La brecha se reduce a 1,81 veces cuando se considera sólo a los establecimientos de las comunas con más de 10.000 habitantes, que conforman el grupo más representativo y comparable de la educación subvencionada. Este resultado es consistente con la estructura relativamente plana del aporte central por alumno, el cual fluctúa entre establecimientos según las variables citadas de localización y tipo del servicio educacional.

Por su parte, la distribución del aporte entregado por los gobiernos locales es marcadamente desigual. Para examinar la materia se considera sólo a los establecimientos de administración municipal, procediéndose a ordenar a los alumnos del sector en deciles de acuerdo al nivel del aporte local que por alumno reciben estos establecimientos (estimado según la distribución del gasto municipal en educación en proporción al número de estudiantes de cada establecimiento). El Cuadro 8-A presenta la distribución a nivel nacional, mientras que los Cuadros 8-B y 8-C están referidos a las comunas grandes y pequeñas, respectivamente.

Los resultados presentan una diferencia de 45 veces en el caso nacional entre los deciles superior e inferior, con gran variabilidad al interior de la distribución. Los datos reflejan marcada heterogeneidad en el comportamiento de los gobiernos locales en el ámbito educacional. El aporte local genera por tanto diferencias de consideración en el

financiamiento del sector subvencionado. Resta por examinar si las variaciones responden a capacidad socioeconómica o a preferencias comunales por el sector.

**Cuadro 7-A**  
**Aporte central por alumno establecimientos subvencionados**  
 (Ordenados según deciles de alumnos)

Deciles	Número de alumnos	Aporte central
1	262.603	124.715,0
2	263.161	131.118,4
3	261.439	133.852,8
4	262.758	137.046,1
5	262.523	142.527,6
6	261.929	150.412,8
7	262.397	157.232,5
8	262.183	168.294,0
9	262.496	186.998,0
10	262.229	273.569,3

**Cuadro 7-B**  
**Aporte central por alumno en comunas grandes**

Deciles	Número de alumnos	Aporte central
1	230.957	124.225,8
2	230.628	130.797,4
3	230.721	133.359,5
4	230.137	136.171,3
5	230.484	140.431,0
6	230.553	147.880,2
7	230.695	154.399,0
8	230.499	162.296,1
9	230.774	177.128,0
10	230.337	225.880,6

**Cuadro 7-C**  
**Aporte central por alumno en comunas pequeñas**

Deciles	Número de alumnos	Aporte central
1	31.822	129.530,3
2	31.848	136.063,2
3	31.900	145.585,0
4	31.662	158.309,2



5	32.131	173.808,1
6	31.421	193.440,7
7	31.872	222.695,7
8	31.694	255.803,6
9	31.931	292.053,8
10	31.652	430.187,5

**Cuadro 8-A**  
**Aporte local por alumno establecimientos municipales**  
(Ordenados según deciles de alumnos)

<b>Deciles</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>Aporte local</b>
1	16.1303	2.770,3
2	162.793	6.875,5
3	193.139	10.741,7
4	148.074	13.488,9
5	155.727	16.017,5
6	146.651	20.991,3
7	164.790	28.049,9
8	157.832	34.059,5
9	182.151	51.170,1
10	139.806	122.014,7

**Cuadro 8-B**  
**Aporte local por alumno en comunas grandes**

<b>Deciles</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>Aporte local</b>
1	146.398	3.067,1
2	124.524	7.124,0
3	158.410	10.837,8
4	132.236	13.519,8
5	127.356	16.049,1
6	120.812	21.281,7
7	134.678	29.229,1
8	137.384	35.456,4
9	137.185	5.3091,0
10	129.642	122.375,6

**Cuadro 8-C**  
**Aporte local por alumno en comunas pequeñas**

<b>Deciles</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>Aporte local</b>
1	27.031	2.384,2
2	25.940	6.377,1
3	30.939	10.022,0
4	21.800	13.104,6
5	26.402	15.990,7
6	26.167	20.343,3
7	26.898	23.266,1
8	26.037	28.928,7
9	26.113	37.136,2
10	26.314	77.806,0

Finalmente, el Cuadro 9 ordena a los alumnos de los establecimientos del sector particular subvencionado de acuerdo al monto pagado por las familias a través de la modalidad de financiamiento compartido. En este caso no se distingue entre comunas grandes y pequeñas, puesto que no existe representatividad del sector en el último grupo (que corresponde a comunas rurales). Los resultados establecen que durante 1996 el 40% de los estudiantes del sector particular subvencionado asisten a establecimientos exentos de pago. El resto está afecto a diverso nivel de aporte familiar, con una distribución que es marcadamente desigual, y que en el caso del decil superior llega a representar a alrededor de un promedio de \$ 132.000 por alumno para el año de referencia. Se trata de niveles de magnitud similar a los que se presentan en el caso del aporte local, lo que sitúa a ambos tipos de transferencia en igualdad de importancia como fuente de financiamiento adicional en la educación subvencionada.

**Cuadro 9**  
**Aporte familias establecimientos privados subvencionados**  
(Ordenados según deciles de alumnos)

<b>Deciles</b>	<b>Número de alumnos</b>	<b>Aporte por alumno</b>
1-3	351.548	0
4	45.626	6.544,2
5	99.110	15.103,9
6	98.781	25.249,9
7	99.803	35.086,8
8	98.570	43.496,5
9	99.045	63.276,2
10	99.135	132.582,0

### ***Aporte comunal: ¿recursos o preferencias?***

Para conocer las razones que están detrás del aporte comunal a la educación subvencionada se trabaja a nivel de cada comuna, relacionando la transferencia local a la educación con los recursos que dispone la municipalidad. Estos incluyen el conjunto de ingresos de libre disponibilidad en poder de los gobiernos locales, originados tanto en la recolección de ingresos propios por concepto de impuestos y tarifas de beneficio local como en los recursos percibidos del Fondo Común Municipal, mecanismo que redistribuye ingresos desde los municipios ricos a los pobres.

Los cuadros 10-A a 10-C presentan a las comunas ordenadas según deciles de acuerdo a la magnitud de la transferencia que realizan por alumno de los establecimientos de educación bajo administración municipal. Se presenta el conjunto de las comunas del país y, luego, aquellas con más de 10.000 habitantes y las que tienen población por debajo de este monto.

Los resultados son consistentes con los presentados en la sección anterior, respecto de la gran variabilidad que caracteriza a la distribución del aporte que realizan los gobiernos locales a los establecimientos educacionales bajo administración municipal. Interesa ahora conocer si tales diferencias se originan en la distinta capacidad de pago comunal, o bien, si responden a distintas preferencias por la educación entre comunas de capacidad de pago comparable.

Al respecto se presentan dos antecedentes relevantes. Primero, el porcentaje que representa el gasto en educación al interior del conjunto de los ingresos de libre disponibilidad del municipio (columna tercera). Esta variable señala la importancia que se le concede a la educación en relación a los recursos disponibles, de manera que aproxima las preferencias locales por la educación. En segundo lugar, el nivel de ingresos municipal por habitante (última columna) muestra la capacidad de pago que poseen los distintos gobiernos locales.

Los resultados en el caso general muestran que una mayor contribución educacional por alumnos que asisten a establecimientos municipales se correlaciona positivamente tanto con la disponibilidad de ingreso local como con la fracción del presupuesto municipal que es asignado a la educación. Sin embargo, cuando se considera a los municipios con más de 10.000 habitantes, que concentran más del 90% de los estudiantes del sector municipal, resulta claro que las preferencias locales constituyen el factor más importante para explicar las diferencias que registra el aporte comunal a la educación. En efecto, note en el Cuadro 10-B que los deciles 1 a 9 del gasto por alumno no presentan variación en el ingreso per cápita municipal, reflejando que en cada caso existe representatividad de todo tipo de comuna. En cambio, estos deciles de gasto por alumno están claramente correlacionados con la fracción del presupuesto comunal que se asigna a la educación. De esta manera, las diferencias del aporte local reflejarían el efecto de prioridades locales antes que la capacidad de pago del municipio.

El gráfico 1-A (ver Anexo) refuerza esta conclusión al presentar el caso a nivel de cada comuna del segmento con más de 10.000 habitantes. En el gráfico se relaciona el nivel de ingreso per cápita a disposición del gobierno local (eje horizontal) con la fracción del presupuesto municipal asignada a la educación (eje vertical). Aquí lo importante a considerar es que comunas con similar nivel de ingreso por habitante asignan prioridades muy distintas a la educación en el presupuesto municipal. Las diferencias

reportadas en el aporte local a la educación incluyen por tanto en grado importante la preferencia local por la educación.

**Cuadro 10-A**  
**Aporte local a la educación municipalizada: todas las comunas**  
 (Comunas ordenadas en deciles según nivel de aporte por alumno)

Deciles	Número de comunas	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso municipal p/c
1	34	3.271,4	1,80	3.335,0
2	33	8.655,5	4,64	3.274,0
3	33	12.403,7	6,30	5.247,0
4	33	16.129,8	7,96	3.163,0
5	33	20.943,1	9,56	4.071,0
6	34	26.062,5	12,73	3.853,0
7	33	32.850,8	13,36	3.550,0
8	33	42.112,7	14,00	4.888,0
9	33	61.920,6	17,40	5.782,0
10	33	239.868,7	16,62	13.319,0

**Cuadro 10-B**  
**Aporte local a la educación municipalizada: comunas con más de 10.000 habitantes**  
 (Comunas ordenadas en deciles según nivel de aporte por alumno)

Deciles	Número de comunas	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso p/c municipal
1	24	2.623,2	1,45	29.118,5
2	23	7.466,5	4,45	26.724,2
3	23	11.231,6	6,08	26.779,5
4	23	14.262,3	7,89	26.512,7
5	23	17.586,7	8,05	31.343,9
6	23	21.869,4	11,91	26.661,6
7	23	27.560,9	14,00	30.473,7
8	23	33.508,6	14,52	29.538,2
9	23	47.252,5	17,82	31.774,1
10	23	121.560,6	19,13	47.429,6

**Cuadro 10-C**  
**Aporte local a la educación municipalizada: comunas con menos 10.000 habitantes**

(Comunas ordenadas en deciles según nivel de aporte por alumno)

Deciles	Número de comunas	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso p/c municipal
1	11	6.655,4	2,45	60.513,3
2	10	12.181,7	5,12	115.246,4
3	10	20.052,1	7,04	63.830,2
4	10	24.754,9	8,03	71.283,3
5	10	33.405,5	10,94	51.710,7
6	10	40.053,7	12,52	61.619,8
7	10	48.808,3	12,36	77.098,9
8	10	64.652,1	15,80	74.362,8
9	10	97.735,4	14,79	137.646,6
10	10	484.633,9	14,19	246.382,8

**¿Por qué una subvención diferenciada?**

Hay dos razones principales que recomiendan la adopción de un esquema de subvención diferenciada según nivel socioeconómico. En primer lugar, para compensar la diferenciación que introducen los aportes provenientes de los gobiernos locales y de las familias, los cuales están parcialmente relacionados con la capacidad de pago que presenten estos agentes. Al respecto, con un esquema de subvención central diferenciada se preserva la equidad en el acceso a la educación subvencionada, a la vez que se aprovecha la capacidad y disponibilidad de pago por parte de los municipios y de las familias. Esta es una situación de ganancia generalizada, puesto que el mayor volumen de recursos destinado al sector debiera tender a mejorar la calidad de la educación a través de la contratación de más y mejores insumos para la educación. Parte de estos cambios tendrá efecto en el largo plazo, pero ellos ayudan desde ya a situar al sector de educación en una condición más competitiva respecto del resto de los sectores de la economía. En cambio, forzar a que el Estado realice el esfuerzo total para financiar la educación del 90% de los estudiantes del país, como derivaría de una eventual restricción de los aportes comunales y de las familias, implicaría mantener al sector en la condición marginal de las últimas décadas<sup>35</sup>.

El segundo argumento a favor de la subvención diferenciada es compensar las diferencias de origen que discriminan en contra de los logros educativos de los estudiantes de bajo nivel socioeconómico. Al respecto, todas las investigaciones en la materia indican que las variables relacionadas con la condición socioeconómica conforman un determinante importante de los logros educacionales, actuando a través de la llamada capacidad de aprendizaje de los niños. Por tanto, la búsqueda de igualdad de oportunidades en la educación recomendaría reforzar los insumos educacionales de los estudiantes de familias más pobres, para de este modo compensar por las desventajas asociadas a su condición de origen.

<sup>35</sup> Marginal, por ejemplo, en la elección de la carrera pedagógica como última alternativa de los postulantes a la universidad.

### ***¿Cuál es el mecanismo de compensación?***

A partir de 1990 se ha puesto en práctica un conjunto de programas que consideran la variable socioeconómica como determinante principal o parcial en la asignación de recursos a los establecimientos educacionales. Al respecto cabe citar el programa P-900, que selecciona el 10% de las escuelas más rezagadas y pobres del país, y procede a reforzarlas a través de recursos técnicos y materiales; el Programa de Mejoramiento para las Escuelas Rurales Multigrado, que trata en forma específica los problemas propios de este segmento de escuelas que atiende a niños de baja condición económica y que habitan en zonas aisladas del país; y los programas de Proyectos de Mejoramiento Educativos (PME) y Liceos de Excelencia Montegrande, los cuales tienen como criterio parcial de selección la vulnerabilidad socioeconómica de la población escolar. A ellos se suma el Programa de Alimentación Escolar (PAE), que desde hace décadas entrega alimentación a los niños y jóvenes de escasos recursos económicos.

Todos los programas arriba mencionados representan casos de discriminación positiva, pero actúan a través de criterios centralizados que dictaminan el contenido de la intervención educacional. En cambio, la subvención escolar es una transferencia de recursos que sitúa en el administrador descentralizado la decisión del uso de los recursos (sujeta a las normativas vigentes, en particular aquellas derivadas del Estatuto Docente).

En esencia, la argumentación respecto de la subvención diferenciada es una de compensación socioeconómica, la cual podría ser consistente con mecanismos centralizados o descentralizados de asignación de los nuevos recursos. La elección del mecanismo a utilizar debe proceder sobre la base de consideraciones de eficacia, de forma de garantizar la mejor utilización de los recursos complementarios.

La asignación centralizada de los recursos de compensación puede ser más adecuada cuando se trata de resolver carencias objetivas y homogéneas, como es la alimentación en la escuela para niños de hogares vulnerables. Esta modalidad puede ser también apropiada si los niveles descentralizados no poseen las capacidades requeridas, como bien puede ocurrir en parte de los municipios más pobres o en lugares aislados.

La subvención escolar es un mecanismo de financiamiento propio de un sistema descentralizado, donde las decisiones de asignación de los recursos competen a los administradores de los establecimientos educacionales, sean éstos de carácter municipal o particular. El proceso de descentralización está sujeto a fortalezas y debilidades, pero la opinión mayoritaria de expertos y analistas favorece la toma de decisiones en esferas cercanas a los establecimientos de educación. La prevalencia de los mecanismos descentralizados es consustancial a la diversidad de situaciones locales, las que no pueden ser debidamente anticipadas por la autoridad central. También es funcional al desarrollo de capacidades locales, que en última instancia son las ejecutoras del proceso educacional.

Por otra parte, habrá quienes duden de la capacidad de los administradores de las escuelas, en particular del sector particular subvencionado, para hacer llegar los recursos a los fines que se estimen necesarios. Esta crítica trasciende el mecanismo de compensación y generaliza al conjunto del sistema descentralizado. El Estado tiene ciertamente derecho a exigir rendición de cuentas por las transferencias destinadas a los administradores educacionales, pero es importante que este proceso se refiera a

los resultados antes que a los insumos del proceso educativo. La rendición de cuentas de los insumos -controlando qué proporción fue a pagar sueldos, cuánto se gastó en capacitación, etc.- atenta contra la esencia de la descentralización, cual es dejar tales decisiones al arbitrio del administrador local, y tiene como motivación un concepto equivocado del objetivo del gasto público o bien actúa por intereses gremiales o ideológicos.

En suma, existen intervenciones de carácter centralizado que pueden ser necesarias para elevar el piso de la educación subvencionada. Sin embargo, una subvención compensatoria por nivel socioeconómico es a la larga el instrumento adecuado para promover la igualdad de oportunidades en un sistema descentralizado, que cada vez presentará mayor especificidad y diversidad.

### ***¿Cómo se eligen a los beneficiarios?***

La materia más compleja a resolver es el criterio de selección de los beneficiarios de la subvención compensatoria. Un primer caso que hay que despejar en la materia es la imposibilidad práctica de trabajar con estudiantes individuales, esto es, que se entregase a cada alumno una subvención por monto variable según su condición socioeconómica. Tal procedimiento resultaría muy caro de aplicar y sus resultados serían deficientes dadas las dificultades de evaluar -y seguir en el tiempo- la condición socioeconómica de los cientos de miles de casos que podrían ser sujetos de la política compensatoria. El siguiente nivel posible de focalización es el de los establecimientos educacionales; esto es, la subvención diferenciada puede destinarse a las escuelas y liceos cuya población escolar presente las mayores carencias socioeconómicas. Esta modalidad necesita desarrollar un instrumento de medición que: (i) dé cuenta adecuada de la variable socioeconómica, (ii) que no sea manipulable por parte del establecimiento educacional. Al respecto, es claro que todos los agentes involucrados en el lugar de estudios -director, profesores, administrativos, padres y estudiantes- tendrán un interés natural en mostrar una condición que amerite la transferencia de mayores recursos públicos al establecimiento.

Una vía alternativa sería actuar a nivel de comunas, de manera de transferir más recursos a los establecimientos localizados en las comunas que presenten mayores carencias socioeconómicas, obviando la evaluación de la condición de los estudiantes en cada establecimiento<sup>36</sup>. La asignación a nivel de comunas tendría que complementarse por ciertas normas de fácil monitoreo, como exigir a los establecimientos beneficiarios porcentajes mínimos de estudiantes que efectivamente habiten en comunas que califiquen para la subvención compensatoria.

La focalización de acuerdo al criterio geográfico (comuna) puede resultar adecuada en aquellos casos que presenten relativa homogeneidad socioeconómica en su interior, como sucede con las comunas de la Región Metropolitana y las comunas rurales. Sin embargo, hay casos donde la comuna incluye en su interior demasiada heterogeneidad de grupos de ingresos para que constituya una adecuada variable de focalización. Ello ocurre con todas las ciudades grandes localizadas en regiones, como es el caso de las comunas de Valparaíso o Viña del Mar.

---

<sup>36</sup> La asignación de recursos a la salud primaria municipal utiliza un criterio socioeconómico al distinguir entre comunas pobres y el resto.

La solución radica por tanto en una combinación adecuada de los criterios geográfico (comuna) y establecimiento. La fórmula exacta es propia de un estudio específico, pero podría considerar dos grandes casos de comunas: aquellas que presenten bajo y homogéneo nivel socioeconómico y el resto de las comunas (alto nivel socioeconómico o con gran dispersión interna). En las comunas clasificadas como homogéneamente vulnerables accedería a la subvención diferenciada todo establecimiento que cumpliera las condiciones del caso: gratuidad y que una alta proporción de sus alumnos resida en comunas clasificadas como vulnerables<sup>37</sup>. En el resto de las comunas tendrían derechos a subvención diferenciada aquellos establecimientos que fuesen gratuitos y que presenten alta vulnerabilidad de su población escolar.

En la modalidad propuesta sólo se requeriría una evaluación socioeconómica de los estudiantes en el caso de los establecimientos localizados en comunas no vulnerables y que sean gratuitos. El número potencial de casos a evaluar debiera ser considerablemente menor respecto de la modalidad universal, donde todos los casos son considerados. Ello facilita monitorear la evaluación socioeconómica del establecimiento, quedando pendiente la (factible) tarea de desarrollar un instrumento adecuado de medición.

### **Montos del beneficio**

Las condiciones de acceso a la subvención compensatoria son suficientes para asegurar que los alumnos de los establecimientos provendrán de hogares con carencias socioeconómicas. Se trata, por tanto, de estudiantes que presentan desventajas educativas que hacen más difícil la enseñanza. Al mismo tiempo, es el grupo de estudiantes que tiene a la educación como la principal, si no única, alternativa para romper el círculo de la pobreza y de la marginalidad.

Por estas razones anteriores la subvención compensatoria debe ser una señal definitiva respecto de la orientación de la educación como campo de igualación de oportunidades. No puede ser un fondo más, que cumpla sólo un papel superficial. Si se desea introducir un cambio verdadero en el sistema educacional orientado a los más pobres habría que considerar incrementos del orden del 100% respecto de la subvención base. La modalidad propuesta enfrenta dos restricciones: los recursos necesarios, considerando que el financiamiento adicional para el sector ha sido comprometido para financiar la jornada escolar completa; y la necesidad de respetar los montos de financiamiento acordados con el resto del sector subvencionado.

El Cuadro 11 presenta simulaciones respecto de los valores posibles para la subvención diferenciada. Para tal efecto el ejercicio supone *constante* el volumen de recursos asignado al pago de subvenciones en términos del PIB, el cual se sitúa en un valor referencial del 2%. De esta manera, la política de subvención diferenciada es simulada bajo un escenario de estabilidad fiscal. Así también, se supone a lo largo del ejercicio que la subvención para el resto de los establecimientos se mantiene constante en términos reales en los actuales niveles, respetando los compromisos ya asumidos en la materia, y que la población escolar del sector subvencionado aumenta en un 1,5% anual (promedio de la década de los 90). De esta manera, la simulación procede sobre valores razonables de los parámetros relevantes.

La primera columna del Cuadro 11 presenta la evolución de la subvención diferenciada en un escenario de crecimiento anual de 5,5% del PIB y suponiendo que la mitad de la

---

<sup>37</sup> También podría considerarse la ausencia de mecanismos de selección.



matrícula de la educación subvencionada es beneficiaria de la subvención diferenciada. Al respecto téngase presente que un 58,9% de la matrícula del sector subvencionado pertenece a los dos quintiles más bajos de ingreso, de modo que el citado porcentaje representaría un límite inferior de la población potencialmente beneficiaria del instrumento. Los resultados establecen en este caso que el monto de la subvención para el sector más pobre podría duplicarse en el transcurso de diez años (respecto de su valor actual y de la subvención para el resto del sector subvencionado).

Se enfatiza que el ejercicio se realiza sobre un escenario fiscal conservador, puesto que sólo redistribuye los montos que será posible asignar a las subvenciones a partir de los aumentos del producto. Ciertamente es posible ser más agresivo en materia de gasto fiscal, pero es necesario tener en cuenta que la extensión de jornada completa de la actual reforma educacional tendrá un efecto importante sobre los fondos disponibles para el sector. Por otra parte, es posible acelerar el incremento de la subvención diferenciada si se procede a redistribuir los fondos de otros programas del Ministerio de Educación, sea porque se consideren ya obsoletos en su finalidad o bien porque cumplan un papel sustitutivo a la subvención diferenciada.

El resto de las columnas del Cuadro 11 presenta la evolución de la subvención diferenciada bajo escenarios alternativos respecto de crecimiento del producto (4% promedio anual) y del porcentaje de la matrícula subvencionada que es beneficiaria del nuevo instrumento (60% en vez de 50%). En particular, nótese que bajo un crecimiento del PIB del 5,5%, el aumento al 60% de la matrícula subvencionada como beneficiaria de la diferenciación tiene efectos de menor importancia relativa sobre los montos disponibles.

Finalmente téngase presente que si bien la propuesta mantiene constante en términos reales el valor de la subvención para el resto de la educación subvencionada, este segmento seguirá incrementando el monto de recursos disponibles a partir de los aportes municipales o del financiamiento compartido.

**Cuadro 11**  
**Simulación del monto de la subvención diferenciada**  
(En \$ de 1998, valor inicial: \$ 15.000)

	<b>50% de la matrícula</b>	<b>50% de la matrícula</b>	<b>40% de la matrícula</b>	<b>40% de la matrícula</b>
<b>Año</b>	<b>PIB: 5,5%</b>	<b>PIB: 4%</b>	<b>PIB: 5,5%</b>	<b>PIB: 4%</b>
<b>0</b>	15.000,0	15.000,0	15.000,0	15.000,0
<b>1</b>	16.200,0	15.750,0	16.000,0	15.625,0
<b>2</b>	17.448,0	16.518,8	17.040,0	16.265,6
<b>3</b>	18.745,9	17.306,7	18.121,6	16.922,3
<b>4</b>	20.095,8	18.114,4	19.246,5	17.595,3
<b>5</b>	21.499,6	18.942,2	20.416,3	18.285,2
<b>6</b>	22.959,6	19.790,8	21.633,0	18.992,3
<b>7</b>	24.478,0	20.660,6	22.898,3	19.717,1
<b>8</b>	26.057,1	21.552,1	24.214,2	20.460,1
<b>9</b>	27.699,4	22.465,9	25.582,8	21.221,6
<b>10</b>	29.407,3	23.402,5	27.006,1	22.002,1

### ***Becas para financiamiento compartido***

La matrícula de la educación privada subvencionada subió fuertemente durante la primera mitad de los años 80, para después estabilizarse en torno al tercio del total de estudiantes que asisten a establecimientos educacionales en Chile. Tal hecho contrasta con la mejor evaluación que realizan los padres de la educación particular subvencionada respecto de la municipal, como es reportado a través de las encuestas de opinión disponibles. La principal razón detrás del congelamiento de la matrícula de los establecimientos privados subvencionados fue la reducción de financiamiento asociada a la reducción de gasto público de la época. La posterior recuperación del gasto público ha tenido como destino preferente usos pre-definidos, como son los sueldos y salarios, así como diversos programas de decisión centralizada.

La introducción del esquema de financiamiento compartido a partir de 1994 modifica esencialmente las perspectivas del sector privado subvencionado. En efecto, la posibilidad de que las escuelas privadas subvencionadas complementen los recursos públicos con aportes provenientes de las familias introduce un elemento dinámico en el financiamiento de la educación. La aceptación del nuevo mecanismo ha sido masiva; en 1997 la mayor parte la matrícula de la educación privada subvencionada pertenecía a establecimientos que habían adoptado la nueva modalidad de financiamiento.

El financiamiento compartido permite anticipar un fuerte auge de la educación privada subvencionada que atiende a poblaciones de ingresos medios, pero no soluciona el problema de la educación de los sectores más pobres de la población. Por otra parte, la modalidad del financiamiento compartido despierta críticas en sectores políticos, puesto que el nuevo esquema induce accesos desiguales a la educación de acuerdo a la capacidad de pago de las personas. Como ha sido demostrado en la sección anterior, las diferencias de financiamiento provienen también del aporte que realizan los gobiernos locales. Al respecto, la propuesta de subvención diferenciada compensa adecuadamente a los establecimientos que atienden a poblaciones más pobres.

Un problema adicional y que resulta exclusivo del sector particular es la posibilidad que se produzcan problemas de exclusión al interior de los colegios, puesto que se puede dar preferencia en el acceso a los alumnos que presentan alguna capacidad de pago. Se necesita por tanto tener algún mecanismo que concilie la captación de fondos de las familias con la necesaria preservación de acceso sin exclusión económica.

El esquema de financiamiento compartido otorga libertad de acción a los establecimientos educacionales para la fijación de su estructura arancelaria, incluyendo la concesión de becas y de tarifas diferenciadas de acuerdo al nivel de ingreso de los padres. La información disponible señala que la mayor parte de los colegios que funcionan con financiamiento compartido ha introducido algún tipo de mecanismo para facilitar el acceso de los estudiantes de menores recursos económicos. La racionalidad de esta política es clara, puesto que juega a favor de la imagen y reconocimiento que el establecimiento tiene en la comunidad local. Además, es funcional a la optimización de ingresos del establecimiento, puesto que es preferible becar a un estudiante y asegurar la subvención fiscal del caso antes que tener un banco vacío con la consiguiente caída de ingresos.

Sin embargo, la racionalidad del colegio para operar esquemas arancelarios diferenciados se debilita cuando la demanda por el establecimiento excede su capacidad instalada. En este caso el colegio puede ir seleccionando la "crema del

mercado”, esto es, los estudiantes que aportan el mayor ingreso marginal. Es aquí donde una política más activa por parte del Estado puede ayudar a compatibilizar financiamiento compartido y equidad.

En el año 1998 se introduce un sistema de becas de carácter obligatorio para las escuelas que funcionan bajo financiamiento compartido. El esquema requiere que un porcentaje de los fondos captados por el establecimiento a través de esta modalidad se destinen a financiar exenciones de pago, las cuales pueden ser de carácter total o parcial. El monto del fondo de becas aumenta en forma progresiva con el volumen de recursos captados, fluctuando entre un 5% y un 15% de este total. La asignación de las becas la realiza el sostenedor de acuerdo a ciertas pautas generales establecidas en el reglamento del caso.

La política de becas es la más adecuada para conciliar los objetivos de captación de fondos e igualdad de oportunidades en el acceso a la educación. Los parámetros del mecanismo propuesto pueden estar sujetos a ajustes, para lo cual se requiere un monitoreo serio respecto de la evolución del sistema de financiamiento compartido y del fondo de becas. Tal práctica no ha sido realizada en el pasado, con lo cual una materia sustantiva de la política pública termina siendo discutida sobre la base de presunciones, intereses y prejuicios. También es importante minimizar la incertidumbre que rodea a todo cambio de reglas del juego. A tal efecto se necesitan diseños cuidadosos de política, que favorezcan su posterior estabilidad en el tiempo, junto al concurso de los sostenedores del sector para que los escenarios contingentes del futuro sean debidamente internalizados en las decisiones del presente.

### **III. Igualdad de oportunidades en el acceso a la educación terciaria**

#### ***Antecedentes***

La educación es la principal vía de movilidad social. Por tal motivo las políticas que regulan el acceso y financiamiento de la educación son claves a la hora de determinar las oportunidades de tipo socioeconómico que enfrentan los habitantes de un país. Por su parte, los requerimientos del actual nivel de desarrollo sitúan al nivel de educación terciaria como aquel que provee las capacidades necesarias para generar niveles de ingresos medios y altos. Esta sección presenta los principales antecedentes de la situación vigente en el país.

En primer lugar, el Gráfico 1 presenta los niveles de ingreso promedio que reciben los hombres ocupados cuya edad fluctúa entre 30 y 45 años, distinguiendo según la variable años de escolaridad<sup>38</sup>. Destaca en el gráfico la asociación positiva entre escolaridad e ingreso laboral, esto es, a mayor número de años de escolaridad más elevado es el ingreso que en promedio ganan las personas en el mercado laboral. Pero más interesantes son las características de la relación escolaridad e ingresos. Así,

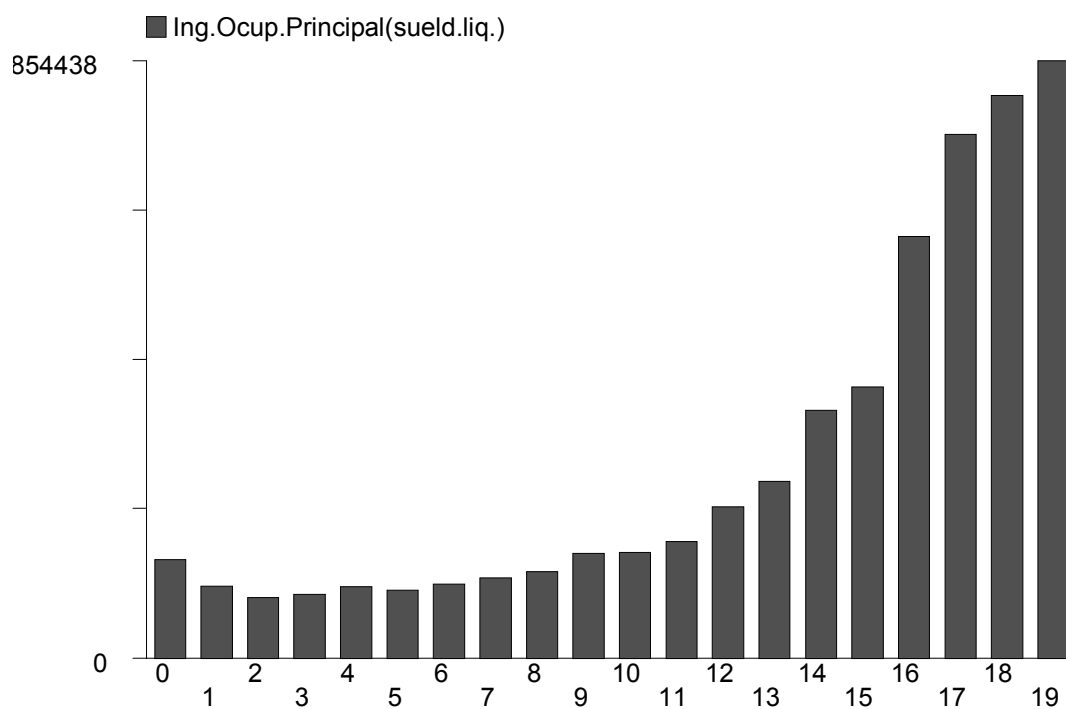
existe relativa poca variación en los ingresos de las personas con menos de 12 años de educación, a la vez que quienes han alcanzado el citado umbral presentan un nivel de ingreso distintivamente más alto, de modo que el egreso de la educación media es un requisito necesario para acceder a empleos medianamente pagados. No obstante lo anterior, el salto cualitativo en la escala de ingreso se produce a partir de los 13 años de educación, que corresponde en la gran mayoría de los casos al nivel de educación

---

<sup>38</sup> Los resultados generalizan para otros grupos demográficos.

terciaria (post-secundaria). Es evidente en la relación gráfica la brecha existente en los ingresos promedio que ganan las personas que continúan sus estudios después de egresar de la educación media. De allí la preocupación por las condiciones de acceso al nivel terciario de educación en el contexto de las oportunidades que enfrentan los jóvenes en Chile.

**Gráfico 1**



Es importante, sin embargo, matizar las implicancias del párrafo anterior. La relación descrita corresponde a las condiciones que han caracterizado al sistema educacional chileno durante las últimas décadas en términos de su cobertura y contenidos, así como de las demandas que se derivan del actual estado de desarrollo económico. En los países con mayor nivel de desarrollo, la relación entre ingresos y escolaridad es menos acentuada, en parte porque existe una mayor oferta de trabajadores calificados lo que presiona a la baja al salario que ellos reciben, y en parte porque la mayor demanda por servicios personales incrementa la remuneración de las personas con menos años de educación. De esta manera, no se debe extrapolar en forma mecánica la relación ingresos y escolaridad hacia el futuro, puesto que ella cambiará como respuesta a las modificaciones que presenten la estructura de demanda y la oferta de trabajadores de distinto grado de calificación.

Corresponde a continuación examinar la estructura de acceso a la educación según la condición socioeconómica de los jóvenes. Para tal efecto se presentan los Cuadros 12 y 13, los cuales fueron construidos sobre la base de la información provista en la encuesta Casen 1996. En ellos se muestra la actividad principal realizada por los

jóvenes de los diferentes quintiles de ingreso del hogar cuya edad alcanza a los 16 y 20 años, respectivamente.

Así, el Cuadro 12 muestra que a los 16 años la gran mayoría de los jóvenes (83,5%) está cursando educación media y que se presentan diferencias según el estrato socioeconómico de procedencia. El 71,8% de los jóvenes del quintil inferior de ingresos estudia en el nivel medio, mientras que el porcentaje de cobertura llega a 97,2% en el quintil superior, cifras que ratifican la cobertura de la enseñanza media en el país. Por otra parte, el 6,2% de los jóvenes de 16 años trabaja sin estudiar, mientras que un 8,9% permanece inactivo de modo que no estudia ni trabaja en forma remunerada. El restante 1,3% está desocupado, esto es, está buscando activamente un empleo<sup>39</sup>. Es importante notar que la mayor parte de los jóvenes más pobres que no estudian están inactivos, mientras que en el caso de los quintiles segundo y tercero aparecen como ocupados. En el Anexo de este capítulo se presentan la situación según género, y se comprueba que la mayor parte de los inactivos son mujeres.

El Cuadro 13 presenta una fotografía del segmento de 20 años según tipo de actividad desempeñada. La situación ha experimentado un cambio sustantivo respecto de los datos anteriores. Un 7.7% del grupo se encuentra rezagado en la enseñanza media, mientras que el 29,7% estudia en el nivel terciario con grandes diferencias según el estrato socioeconómico de la persona (8% en el quintil bajo, 69,7% en el quintil superior). El 34,6% de los jóvenes de 20 años trabaja, con mayor incidencia relativa en el grupo medio de ingresos; el 21% califica como inactivo en la medida que no estudia ni pertenece a la fuerza laboral, esta vez con mayor peso en el grupo de bajos ingresos donde este porcentaje alcanza casi un 40%. Por último, el 7,1% de los jóvenes de 20 años está desocupado, correspondiendo a una tasa de desempleo del 17%. El quintil más pobre presenta la situación más crítica, con un 12% de los jóvenes de 20 años buscando sin encontrar un empleo (tasa de desocupación del 30%).

En suma, la fotografía de los 20 años muestra un claro patrón de la diferenciación que se produce de acuerdo al estrato socioeconómico de los jóvenes. Quienes pertenecen al quintil superior de ingresos cursan mayoritariamente estudios de nivel terciario, alimentando la estratificación social que se transmite a través de generaciones. Los jóvenes de estratos medios están mayoritariamente integrados al mercado laboral, probablemente a partir de su egreso de la educación media, mientras que los jóvenes más pobres se encuentran en importante cantidad inactivos o desocupados.

**Cuadro 12**  
**Actividad de los jóvenes de 16 años según estrato de ingresos**  
(1996)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
<b>Estudia nivel medio</b>	71,8	80,1	84,4	97,5	97,2	83,5
<b>Estudia nivel terciario</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Trabaja</b>	6,5	8,9	9,6	1,7	0,5	6,2
<b>Desocupado</b>	3,5	0,3	1,3	0,1	0,1	1,3
<b>Inactivo</b>	18,1	10,7	4,7	0,6	2,3	8,9
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: Estudiantes pueden incluir trabajadores y desocupados.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta Casen 1996.

<sup>39</sup> Nótese que la tasa de desocupación del segmento de edad alcanza a 17,3%, puesto que se define como la relación entre desocupados y fuerza de trabajo, excluyendo a estudiantes e inactivos. En tal sentido la tasa de desocupación juvenil tiene una connotación particular, puesto que incluye un subconjunto pequeño de personas.

**Cuadro 13**  
**Actividad de los jóvenes de 20 años según estrato de ingresos**  
(1996)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Estudia nivel medio	10,9	10,0	6,7	5,9	3,1	7,7
Estudia nivel terciario	8,0	21,3	24,6	40,5	69,7	29,7
Trabaja	28,8	33,9	46,8	38,8	17,9	34,6
Desocupado	12,4	8,6	7,8	3,3	1,0	7,1
Inactivo	39,9	26,2	14,3	11,5	8,4	21,0
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: Estudiantes pueden incluir trabajadores y desocupados.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta Casen 1996.

Un último antecedente es provisto en el Cuadro 14, esta vez a través de la composición de la matrícula que presentan las diferentes instituciones de educación terciaria según el nivel socioeconómico de sus estudiantes. Todas estas instituciones presentan una matrícula segmentada según nivel de ingresos. En términos de grado de segmentación son las nuevas universidades privadas las que presentan las principales brechas, puesto que tienen el 85,4% en los dos quintiles más altos y sólo el 6,5% en los dos quintiles más bajos. En el caso de las universidades pertenecientes al Consejo de Rectores (aquellas que reciben financiamiento público) el 63,9% de la matrícula son jóvenes del quintil quinto y cuarto, mientras que el 18,6% procede de los dos primeros quintiles. Los institutos profesionales y los centros de formación técnica presentan mayor representatividad de los segmentos medios de ingreso, con mayoría relativa de jóvenes provenientes del quintil cuarto. En suma, el acceso a las universidades favorece preferentemente a los jóvenes de familias más acomodadas, mientras que el resto de las instituciones del sector captan mayoritariamente a quienes provienen de segmentos medios.

**Cuadro 14**  
**Composición socioeconómica de la matrícula de instituciones de educación terciaria**  
(1996)

	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Universidades del Consejo de Rectores	5,0	13,6	17,4	24,2	39,7	100,0
Universidades privadas	3,8	2,7	9,1	24,2	61,2	100,0
Institutos profesionales	6,6	13,2	17,9	35,4	26,8	100,0
Centros de formación técnica	7,0	15,7	23,2	34,1	20,0	100,0
<b>Total</b>	5,1	11,5	16,3	27,2	40,0	100,0
<b>% jóvenes 19-24</b>	19,3	21,7	21,8	20,6	16,6	100,0
<b>Probabilidad efectiva</b>	5,3	10,6	15,0	26,4	48,2	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Casen 1996.

### **Financiamiento de las instituciones de educación terciaria**

El financiamiento de las instituciones de educación terciaria divide a estas entidades en dos categorías: aquellas que reciben aportes del Estado y las restantes. En el primer grupo figura el conjunto de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores, constituido por las llamadas universidades tradicionales y por sus antiguas sedes regionales (hoy denominadas universidades derivadas). Se trata de un total de 25 instituciones que representan el 48,4% de la matrícula de nivel terciario el año 1997. El resto de las instituciones no recibe financiamiento público, salvo excepciones de baja relevancia, e incluyen a las nuevas universidades privadas (22,5% de la matrícula total), los institutos profesionales (15%) y los centros de formación técnica (14,2%). Estas entidades son financiadas en forma prácticamente completa a partir del cobro de aranceles de matrícula a sus estudiantes.

Cabe precisar que las universidades tradicionales desarrollan labores de investigación, postgrado y extensión, además de la docencia de pregrado. Desde esta perspectiva parte importante del financiamiento público destinado a estas instituciones corresponde a inversión en ciencia y tecnología, y no debe ser confundido con los aportes que financian parcialmente la docencia de pregrado (y que resulta pertinente en una discusión sobre la igualdad de oportunidades).

El aporte fiscal a las universidades del Consejo de Rectores se entrega a través de diferentes canales: transferencias de libre disponibilidad (aporte fiscal directo); traspaso de recursos en base a insumos (aporte fiscal indirecto); transferencias en base a resultados (fondos de investigación Fondecyt y Fondef); y financiamiento para alumnos (crédito y becas).

El nivel y composición de los ingresos universitarios ha estado sujeto a considerable inestabilidad a partir de los años 80. Al inicio de la reforma del año 1981 se previó un estado de régimen para el aporte fiscal que consistiría en un nivel 50% superior al de 1981, asignándose en tercios iguales bajo la forma de aporte directo, aporte indirecto y crédito universitario. Tal previsión fue abortada por la crisis económica de la primera mitad de los años 80 y por el cambio en la política de prioridades fiscales que restringió el financiamiento universitario en la segunda mitad de la década. Así, en 1990 el aporte fiscal alcanzó sólo a dos tercios del otorgado en 1981. A partir de este año se produce una importante recuperación de los aportes fiscales, hasta enterar un nivel presupuestado de MMS 168,6 para 1997 (46,5% aumento real a partir de 1990). Sin embargo, esta suma es algo inferior a la entregada en 1981 (3% menor). Como porcentaje del PGB el aporte fiscal a la educación superior alcanzaría el 0,57% en 1997, cifra que corresponde exactamente a la mitad del aporte de 1,14% efectuado en 1981.

El aporte fiscal se ha diversificado. A los componentes originales -aporte directo, indirecto y crédito- se han sumado los fondos de investigación (Fondecyt y Fondef), un fondo de desarrollo institucional, un fondo de becas, donaciones privadas (que en un 50% se financian con recursos fiscales) y otros fondos menores. La distribución presupuestada para 1997 es la siguiente<sup>40</sup>: aporte directo (45,6%), aporte indirecto (9,4%), fondos de investigación (15,8%), ayuda a estudiantes (17,4%), fondo de desarrollo institucional (7,1%), convenio con la Universidad de Chile (3%) y programa de fortalecimiento de la docencia inicial (1,7%).

---

<sup>40</sup>Excluye exenciones tributarias.

La caída del financiamiento fiscal ha sido causa para que las universidades recurran a fuentes privadas de recursos, como son el cobro de la docencia de pregrado y la venta de servicios. Así, en 1995 los ingresos de matrícula ascendieron a \$ 90.925 millones (moneda corriente), representando un 82,5% del aporte fiscal total a las universidades<sup>41</sup>. Por su parte, los ingresos por venta de servicios alcanzaron ese año \$ 62.136 millones (pesos del año). La venta de servicios es heterogénea: investigación aplicada, consultorías a empresas, cursos de extensión, prestaciones de salud, etc. Mientras algunas de estas actividades corresponden cercanamente a la labor de investigación universitaria, otras representan incursiones en terrenos tradicionalmente reservados a las empresas comerciales. Además se precisa considerar que el ingreso por venta de servicios corresponde a los recursos brutos recibidos por las universidades, sin descontar los costos en que se incurre en la prestación del servicio.

### ***¿Quién debe pagar la educación de nivel terciario?***

El precepto fundamental que ordena la discusión sobre el financiamiento de los estudiantes es que la docencia universitaria de pregrado debe ser financiada por quienes se benefician de la misma, los estudiantes universitarios, y que la preservación de la equidad necesita de mecanismos adecuados de créditos y becas que aseguren que todo joven capaz que desee cursar estudios superiores pueda efectivamente hacerlo.

En efecto, más allá de su aporte al conocimiento y a la cultura, la educación superior contribuye decisivamente a la capacidad laboral de sus egresados. La diferencia de ingresos entre éstos y quienes no cursan estudios superiores es muy elevada y constituye en el hecho una de las principales fuentes de la desigualdad de ingresos existente hoy en Chile. La probabilidad de pertenecer al quintil más alto de hogares en la distribución de los ingresos laborales es un 62% para el caso de los jefes de hogar egresados de la educación superior. En cambio los jefes de hogar con educación media tienen un destino bastante más incierto en la escala de ingresos; la probabilidad del hogar de pertenecer al 20% más alto es sólo 8% al tiempo que en el 39% de las veces el hogar clasificará en estratos medios (decil 5-8) e incluso tiene una significativa probabilidad (24%) de insertarse en el 40% de menores ingresos. Estas cifras justifican el postulado de que la educación superior debe ser pagada por sus beneficiarios. Desde una perspectiva de equidad o justicia social sería difícil argumentar que sean otras personas quienes financien los estudios de los jóvenes que en su gran mayoría integrarán el quintil más rico de ingresos del país.

### ***El mecanismo de crédito***

El argumento de equidad detrás del postulado de que sean los beneficiarios quienes paguen por los estudios superiores necesita un mecanismo de crédito que haga las veces de puente entre los futuros ingresos y la situación socioeconómica presente de las familias. Ello en la medida en que un porcentaje significativo de familias puede tener problemas para pagar en forma inmediata el costo de la educación superior de sus hijos. Para estos casos se requiere un mecanismo de crédito que permita al estudiante financiar sus estudios más allá de las limitaciones impuestas por la situación

---

<sup>41</sup> El aporte fiscal incluye becas, fondos de investigación y exención tributaria de las donaciones otorgadas a las universidades. A su vez, excluye el aporte fiscal de crédito que financia parte de los aranceles.



de ingresos de la familia. En ausencia de este mecanismo se quiebra el argumento de equidad que sustenta el postulado de que los beneficiarios paguen por sus estudios.

El crédito tradicional no constituye una buena solución en esta materia. En efecto, el crédito tradicional establece un sistema de pago consistente en cuotas fijas que amorticen el monto adeudado. El problema de esta modalidad de crédito radica en la incertidumbre que caracteriza a la decisión de adquirir compromisos financieros puesto que la persona no conoce con certeza cuál será el resultado de sus estudios y menos cuales serán sus ingresos laborales en su futura vida profesional. Ante tal incertidumbre se hace difícil asumir una deuda de la naturaleza arriba descrita. El "peso" que impone el compromiso financiero es demasiado grande cuando no existe seguridad respecto de los recursos que se tendrán en el futuro. También se puede argumentar que tal compromiso obliga a la persona a decidir estudios y trabajos de acuerdo a un criterio "economicista", puesto que su principal preocupación será tratar de maximizar sus ingresos por encima de otro tipo de consideraciones.

Resulta también claro que mientras más baja sea la situación socioeconómica de la familia más difícil será asumir para el estudiante el citado compromiso financiero al inicio de los estudios. En cambio, quien provenga de una familia más acomodada tendrá un respaldo financiero que le permitirá asumir una deuda financiera con mayor tranquilidad. Por ello, un sistema de crédito tradicional no constituye un buen puente entre los ingresos futuros y la actual necesidad de pago por los estudios.

Una alternativa más adecuada la constituye un crédito cuyo retorno sea contingente al ingreso que genera la persona en su futura vida laboral. Esto es, la devolución del crédito se realiza como una proporción de los ingresos que la persona disponga, antes que de manera independiente a los mismos. Esta modalidad soluciona automáticamente las deficiencias del esquema tradicional, puesto que posibilita a los estudiantes de menores recursos adquirir deudas en condiciones razonables: no asumen compromisos difíciles de cumplir ni se obligan a asumir decisiones de vida que tengan como fundamento la maximización de ingresos para poder pagar los compromisos financieros adquiridos con antelación.

El actual sistema de crédito en Chile es un sistema cuyo retorno es contingente al ingreso. En efecto, a partir de 1994 se modificó el mecanismo de crédito desde una modalidad de tipo tradicional al esquema actual donde la devolución del crédito se realiza como una fracción del ingreso (5%) durante un período de 15 años). Además, el crédito se concede a una tasa de interés de 4% y considera un período de dos años de gracia una vez finalizados los estudios antes de comenzar a pagar.

Cabe agregar que el cambio desde el antiguo sistema de crédito al actualmente vigente fue producto del trabajo de una comisión tripartita donde confluyeron representantes de las federaciones de estudiantes, universidades del Consejo de Rectores y Ministerio de Educación.

### ***El crédito solidario constituye un arancel de tipo diferenciado***

El crédito solidario en actual vigencia constituye en el hecho un arancel de tipo diferenciado puesto que el pago efectivo que realizan los beneficiarios por sus estudios universitarios está en función de los ingresos que generan en su futura vida laboral. Esta es una modalidad más satisfactoria que aquellas propuestas que argumentan en

favor de un arancel diferenciado sobre el ingreso de los padres, puesto que vincula directamente el pago con las características de la educación recibida.

Adicionalmente, el citado instrumento entrega un adecuado tratamiento al caso de las carreras que poseen una baja retribución de mercado, puesto que el pago que se efectúe por estos estudios será correspondientemente menor. Nótese que el mecanismo no hace caer el peso del ajuste sobre la universidad; ni en particular contra las facultades que imparten este tipo de carreras. Ello en la medida en que el arancel que al respecto se cobre puede incorporar los costos reales de provisión del servicio, siendo de cargo fiscal la diferencia entre los ingresos laborales que perciban los egresados y el citado costo de la docencia universitaria.

Al respecto es indispensable que el crédito universitario esté disponible para aquellas carreras y universidades que han sido debidamente acreditadas. Esto es, el Estado no está obligado a financiar cualquier carrera a través del mecanismo de crédito universitario. Si así lo fuese, el mecanismo del crédito solidario se convierte en un subsidio sin racionalidad pública, financiando carreras cuya calidad o pertinencia es simplemente inadecuada.

### ***¿Dónde está el principal problema de equidad de la educación chilena?***

No obstante sus limitaciones, los sistemas de crédito y de becas vigentes realizan una importante contribución a la equidad en el acceso a las instituciones de educación superior agrupadas en torno al Consejo de Rectores. Para explicar la segmentación que existe en el acceso a la educación superior es necesario examinar las iniquidades que están presentes en los niveles básicos y medios de la educación chilena.

En efecto, los indicadores disponibles son claros en establecer la brecha de calidad existente en la educación a la que acceden niños y jóvenes de diferente estrato socioeconómico. El resultado de las pruebas Simce muestra la importante ventaja que obtienen quienes asisten a colegios privados pagados. A nivel de cuarto año básico las diferencias están claramente establecidas y resultan muy difíciles de compensar con políticas posteriores que amplíen el acceso a la educación superior. En otras palabras, no existe política de crédito o beca universitaria que sea capaz de cerrar la brecha de educación que es determinada a nivel de la educación básica (preservando la calidad de los estudiantes universitarios).

La escasa información existente en materia de puntajes de la Prueba de Aptitud Académica refuerza el argumento. Al respecto hay que considerar que la probabilidad de ingreso a la Universidad de Chile es nueve veces más alta para un egresado de un colegio particular pagado que de uno con financiamiento público.

Por lo tanto, los esfuerzos públicos dirigidos a elevar la calidad de la educación básica y media que recibe la mayor parte de los jóvenes que asisten a establecimientos financiados por el Estado constituyen la mejor política de equidad en el campo de la educación superior. Privilegiar la educación superior a costa de los niveles básicos y medios atenta por tanto contra el objetivo de equidad que se busca obtener.

### ***¿Cuáles son las limitaciones del actual sistema de crédito?***

El sistema de crédito en vigencia tiene un diseño adecuado para que exista equidad y eficiencia en la política de acceso a la educación superior. Sin embargo, hay tres tipos

de problemas que tornan menos satisfactoria la operatoria del sistema respecto de su capacidad potencial. Estos son: la insuficiencia en los montos disponibles; el sistema utilizado para su asignación; y su cobertura limitada a las instituciones del Consejo de Rectores.

#### a) **Monto del crédito**

¿Es suficiente el monto disponible de crédito universitario? Hay dos maneras de entregar una respuesta a esta pregunta. En primer término se puede realizar un cálculo estimado de las necesidades de crédito como la diferencia entre el arancel universitario y una medida de la capacidad de pago de las familias. La metodología que el Ministerio de Educación utiliza para la asignación del crédito entre las universidades está basada en este tipo de enfoque. Un factor importante en este cálculo es el gasto familiar mínimo, que corresponde a una medida normativa de las necesidades básicas de distintos tipos de hogares (según región y número de integrantes del grupo familiar). A partir de este cálculo se estiman las necesidades de crédito a nivel de las diferentes universidades, y luego se procede a asignar los recursos fiscales según la distribución de requerimientos.

Existen dos fuentes de subsidios asociados al crédito universitario. El primero está presente en el diseño del instrumento, el cual opera con una tasa de interés subsidiada y con un período de recuperación más bien corto, de modo que la deuda no pagada al lapso de ese período se condona convirtiéndose en un subsidio público para el beneficiario. La segunda fuente de subsidio radica en la evasión existente en el pago de la deuda y que al final de cuentas debe asumir el Estado.

El subsidio asociado al crédito torna este instrumento una partida de gasto público antes que de inversión propiamente tal. Ello es negativo porque en la práctica desvirtúa el instrumento de crédito, provocando su racionamiento y privando del mismo a personas que podrían estar dispuestas a acceder a un crédito sin subsidio y que no pueden hacerlo por la citada confusión que existe entre ambos instrumentos.

En el primer caso, el subsidio es parte integral del diseño del crédito solidario, cabiendo una discusión respecto de las bondades relativas de ambos objetivos (arancel diferenciado y montos disponibles). En el segundo caso se trata de un subsidio involuntario que está en función de la eficiencia e incentivos que poseen las instituciones universitarias encargadas de recolectar los pagos del crédito.

Al respecto, el Cuadro 15 presenta la distribución de la ayuda financiera entre los estudiantes de las universidades que reciben aporte fiscal (Consejo de Rectores) según los datos provistos por la encuesta Casen 1996. La información se presenta por quintiles de ingreso per cápita del hogar al que pertenece el estudiante. De esta manera, más del 80% de los estudiantes del quintil primero que asisten a estas instituciones de educación superior reciben algún tipo de ayuda financiera (principalmente crédito). Este porcentaje desciende a medida que aumenta el ingreso per cápita, de modo que lo mismo ocurre con sólo un tercio de los estudiantes del quintil más rico. El análisis está referido a la incidencia porcentual al interior de cada quintil de ingreso. Hay que tener presente, en todo caso, que el número absoluto de estudiantes del quintil rico es muy superior al de los demás quintiles (Cuadro 14), de manera que la distribución del volumen de la ayuda financiera favorece bastante más a los jóvenes de ingresos altos que lo señalado en el cuadro de referencia.

Por otra parte, el Cuadro 16 presenta los montos promedios de la ayuda otorgada por cada beneficiario en los diversos quintiles de ingreso. Nótese que en el caso particular del crédito el monto promedio es bastante bajo comparado con el valor de los aranceles universitarios, sustentando la argumentación respecto de los montos insuficientes que tendría la ayuda estudiantil.

**Cuadro 15**  
**Acceso de estudiantes a ayuda financiera**  
(Universidades del Consejo de Rectores)

Quintil de ingreso p/c del hogar	% sin ayuda	% con crédito	% con beca Mineduc	% otro tipo de ayuda
<b>I</b>	19,3	56,1	5,3	19,3
<b>II</b>	27,9	46,0	21,1	5,0
<b>III</b>	34,0	52,6	2,5	10,9
<b>IV</b>	53,3	31,5	5,6	9,6
<b>V</b>	77,2	17,6	1,7	3,5
<b>Total</b>	54,1	33,0	12,9	100,0

Fuente: Elaborado sobre la base de la encuesta Casen 1996.

**Cuadro 16**  
**Monto promedio de la ayuda financiera**  
(Universidades del Consejo de Rectores, miles de \$ de 1996)

Quintil de ingreso p/c del hogar	Crédito	Beca Mineduc	Otra ayuda
<b>I</b>	211,5	565,2	37,6
<b>II</b>	237,4	216,4	25,7
<b>III</b>	294,9	366,7	114,7
<b>IV</b>	279,5	190,8	41,2
<b>V</b>	139,7	25,3	287,2
<b>Total</b>	245,8	214,5	106,9

Fuente: Elaborado sobre la base de la encuesta Casen 1996.

**b) Asignación: ¿a la institución o al estudiante?**

Una segunda limitación en el actual sistema de crédito radica en su modalidad de asignación. En efecto, éste procede a través de una modalidad de oferta en el sentido que el crédito es otorgado a las universidades para que estas instituciones procedan a asignarlo entre sus estudiantes.

Hay tres tipos de problemas con este procedimiento. Primero, el estudiante no sabe si tendrá crédito (ni su monto) hasta que está inscrito en una universidad. La secuencia lógica dice que primero el estudiante debe saber con qué monto de crédito contará para después decidir su entrada a una u otra institución (si es que decide el acceso).

Segundo, los parámetros de distribución del crédito varían según institución. Esto es que un mismo alumno puede acceder a crédito en una universidad y no en otra.

Nuevamente, es más racional que el estudiante reciba primero el crédito y que después decida el lugar de estudios.

Tercero, las universidades no tienen ventajas comparativas para administrar el crédito ni para efectuar su posterior cobranza. Como resultado las instituciones cuentan con recursos dispares para financiar nuevos créditos de acuerdo a cual ha sido su capacidad de cobro de los créditos otorgados en el pasado.

Por las razones anteriores se postula que el crédito universitario se asigne a través de un procedimiento centralizado, que distribuya con un criterio nacional y estándar el crédito entre los distintos postulantes, que tal distribución sea conocida por los favorecidos en forma previa a efectuar la postulación universitaria, y que aplique normas eficientes y justas para la posterior recolección de los pagos adeudados.

### **c) ¿Por qué sólo a universidades del Consejo de Rectores?**

Una tercera característica restrictiva en el sistema de crédito es su exclusiva asignación a los estudiantes inscritos en las universidades pertenecientes al Consejo de Rectores. De esta manera, quienes estudian en institutos profesionales, centros de formación técnica y nuevas universidades privadas no califican como beneficiarios del crédito de origen fiscal.

Se podría argumentar que detrás de tal mecanismo existe un criterio de excelencia académica, en el sentido, que serían las instituciones del Consejo de Rectores las que ofrecerían una educación de calidad que justifique la asignación del crédito fiscal a los estudiantes de esas instituciones. Es verdad que los recursos públicos deben ser asignados con un criterio que discrimine entre las instituciones según la calidad de la educación ofrecida, puesto que no sería fácil explicar por qué el Estado debiera avalar malos proyectos educativos a través de ayudar a su financiamiento.

Este es, sin embargo, el tema de acreditación de las instituciones de educación superior. Al respecto, el crédito fiscal debiera estar disponible para los estudiantes inscritos en instituciones acreditadas, pertenezcan o no al Consejo de Rectores. De otra manera se generan dos resultados negativos. Por una parte se dificulta el acceso de los estudiantes de menores recursos a las instituciones marginadas del sistema de crédito por razones diferentes al de calidad del proyecto educativo. En segundo lugar, se induce el "congelamiento" de la oferta de educación en el tiempo. ¿Por qué motivo las 24 universidades que hoy reciben créditos deben ser las mismas que, digamos, 25 años más, sigan teniendo la exclusividad de tal beneficio fiscal? ¿Qué fundamento social establece tal diferencia entre las instituciones sobre la base de una variable arbitraria como es el año de su fundación?<sup>42</sup>

### **d) Becas: ¿mantención o arancel?**

La actual modalidad de becas opera en la forma de exención (total o parcial) del arancel universitario. De esta manera quienes acceden a este beneficio fiscal reciben un subsidio para financiar sus estudios superiores.

La política de becas aplicada puede ser discutida en cuanto a su pertinencia, puesto que la existencia de un sistema de crédito cuyo retorno sea contingente al ingreso

---

<sup>42</sup> Nótese, sin embargo, que el hecho de que un sistema de acreditación favorezca de hecho a las instituciones más antiguas, dada su acumulación de activos en el tiempo, no es razón para negar a una nueva institución la *posibilidad* de convertirse en una alternativa de calidad y de acceso amplio.

laboral futuro es un instrumento que por sí solo asegura la equidad en el acceso a la educación superior para personas de bajos recursos económicos que tengan las calificaciones necesarias.

De esta manera, la política de becas se superpone y tiende a duplicar la función que ya cumple el sistema de crédito solidario. La presencia de dos instrumentos para un mismo objetivo contrasta con la carencia de un mecanismo que atienda otro factor que dificulta el acceso y permanencia de los estudiantes de bajos ingresos en los estudios superiores; esto es, el financiamiento de los gastos de mantención.

Por este motivo, tendría mayor lógica que los recursos que se destinan a las becas de arancel se redireccionaran -al menos en parte- para financiar los gastos de mantención en que incurren los estudiantes de medios escasos a lo largo del transcurso de los estudios universitarios.

### **Requerimiento de financiamiento**

El cálculo de los recursos públicos requeridos para una política más adecuada de ayuda a los estudiantes debe tener en cuenta dos tipos de considerandos. Primero, se trata de fondos con un importante componente autorrotatorio, puesto que adquieren en su mayor parte la forma de créditos que deben ser posteriormente pagados para así conformar los nuevos fondos a prestar. En tal sentido, se trata de un gasto de capital antes que corriente<sup>43</sup>. Segundo, las estimaciones de las nuevas demandas de crédito derivadas de la ampliación de la ayuda estudiantil al conjunto de las entidades de educación terciaria tienen una naturaleza tan solo ilustrativa, puesto que se basa en supuestos sobre parámetros que deben ser objeto de un estudio específico: posibles incrementos en la demanda por educación producto de la disponibilidad de crédito y capacidad del sistema de educación terciaria para absorber tal demanda en instituciones debidamente acreditadas.

El Cuadro 17 realiza una estimación con carácter sólo ilustrativo de las nuevas necesidades de crédito. Para tal efecto se ha supuesto que los requerimientos de crédito son globales (igual a 100% del arancel) para los estudiantes de los quintiles primero a cuarto, excluyéndose del mecanismo de ayuda a los jóvenes del quintil más rico. Asimismo, se ha supuesto que un 50% de los estudiantes de entidades diferentes al Consejo de Rectores son sujetos de crédito (por requisito de acreditación de la institución). A la vez, se duplica el monto que hoy reciben los estudiantes de capas medias y pobres que estudian en las universidades que reciben aporte fiscal. También se supone que la existencia de crédito modificará la composición de la matrícula de las nuevas universidades privadas, igualándola a la estratificación socioeconómica que rige en las entidades asociadas al Consejo de Rectores. El resultado del ejercicio es sustantivo, puesto que equivale a un incremento del 60% en el actual presupuesto destinado a la educación superior. En todo caso, el monto de recursos hoy destinado a este segmento alcanza a un 14% del presupuesto del sector o 0,46% del PIB, de modo que el incremento de recursos equivaldría a situar la transferencia en 0,73% del PIB. Esta cifra es modesta comparada con los estándares internacionales o con las mismas cifras históricas del caso chileno.

---

<sup>43</sup> Al respecto, habría que revisar si la actual modalidad que deposita la función de cobro en las mismas entidades de educación es la más apropiada para asegurar el retorno de los dineros adeudados.

**Cuadro 17**  
**Requerimiento de ayuda estudiantil**  
(Millones de \$ de 1997)

<b>Universidades del Consejo de Rectores</b>	65.937
<b>Nuevas Universidades Privadas</b>	23.202
<b>Institutos Profesionales</b>	8.341
<b>Centros de Formación Técnica</b>	8.646
<b>Total</b>	106.126

Nota: Ver supuestos de estimación en el texto.

El Cuadro 18 presenta el caso del mecanismo autorrotatorio respecto de las necesidades de recursos públicos para crédito estudiantil cuyo retorno se efectúa en las condiciones en actual vigencia: tasa de interés del 2% anual, 15 años de período de pago con dos años de gracia iniciales. El ejercicio consiste en inyectar al fondo un monto de 100 durante el año 1 para efectos de financiar las necesidades de crédito durante el primer año de operación de la ampliación del sistema de ayuda estudiantil. A partir de ese año se supone que la demanda crece a un 4% anual, cifra equivalente al supuesto aumento del PIB per cápita. De esta manera, el segundo año se disponen 104 para financiar las necesidades durante ese año, el tercer año se disponen 108,2, etc. A partir del tercer año comienza a retornar una fracción del crédito, correspondiente a la primera cuota de la primera generación beneficiada, la cual alcanzó la ayuda cuando cursaba el quinto año de estudios. El cuarto año de operación está retornando el crédito la primera generación (segunda cuota) y la segunda generación (primera cuota), etc.

La demanda por nuevos recursos fiscales es el balance de las entradas y salidas de recursos de crédito. De acuerdo a la primera simulación, que supone que se paga el 100% del crédito -no hay subsidio ni morosidad- la demanda por recursos fiscales alcanza un máximo el año 5 (112,3) y de allí comienza a descender hasta alcanzar un mínimo el año 21 (53,3) a partir del cual comienza nuevamente a crecer como resultado de que la demanda estacionaria (largo plazo) crece a una tasa mayor que la tasa de interés a que se retorna el crédito (4% versus 2%). Sin embargo, el requerimiento de recursos fiscales como porcentaje del PIB se mantiene estable a partir del año 22, en un nivel de 22% respecto de su valor inicial (segunda columna de resultados).

El componente crítico en los requerimientos fiscales es el porcentaje de retorno del crédito. Si se supone ahora que se reintegra el 80% del monto adeudado, se tiene que la demanda anual fluctúa alrededor de los 100 iniciales, asemejando esta vez el crédito a un gasto de tipo más bien corriente. En todo caso, como porcentaje del PIB la demanda neta por crédito fiscal se estabiliza en alrededor del 40% del monto inicial a partir del año 22.

**Cuadro 18**  
**Necesidades de recursos fiscales netos en el crédito estudiantil**

Año	Retorno completo		Retorno del 80%	
	Indice real	Indice como % del PIB	Indice real	Indice como % del PIB
1	100,0	100,0	100,0	100,0
2	104,0	100,0	104,0	100,0
3	108,2	100,0	108,2	100,0
4	110,9	98,6	111,2	98,9
5	112,3	96,0	113,2	96,8
6	112,1	92,1	114,0	93,7
7	110,3	87,2	113,6	89,8
8	107,0	81,3	111,9	85,0
9	103,5	75,6	110,1	80,5
10	99,8	70,1	108,3	76,1
11	96,0	64,9	106,4	71,9
12	92,1	59,8	104,4	67,8
13	88,0	54,9	102,4	64,0
14	83,7	50,3	100,3	60,2
15	79,3	45,8	98,1	56,6
16	74,7	41,5	95,8	53,2
17	69,9	37,3	93,4	49,8
18	64,9	33,3	90,9	46,6
19	61,3	30,2	89,5	44,2
20	59,0	28,0	89,4	42,4
21	53,3	24,3	86,4	39,5
22	59,1	25,9	92,8	40,7
23	61,4	25,9	96,5	40,7

Nota: Crédito inicial 100 año 0, incrementándose 4% cada año; tasa de interés del 2%; pagadero en 15 años con 2 años de gracia.

#### **IV. La tarea pendiente de la educación preescolar**

El logro de una mayor igualdad de oportunidades está relacionado con el acceso y calidad de la educación preescolar. Ello, puesto que el desarrollo temprano del niño es una determinante importante en la formación de su personalidad y capacidades, que influye sobre sus logros en el sistema educacional y su futura inserción social. Los niños pertenecientes a hogares pobres pueden enfrentar condiciones especialmente adversas en esta etapa del desarrollo, por lo cual su adscripción a jardines infantiles y centros afines resulta clave para la determinación de la distribución de oportunidades en la sociedad chilena.

El logro de mayor equidad en la educación preescolar pasa en la actualidad por superar un problema de cobertura. El Cuadro 19 muestra que la asistencia es marcadamente menor en los niños y niñas de hogares de bajos ingresos. Si además se considera que la calidad del ambiente familiar para efectos del desarrollo temprano del niño está relacionada con la dotación socioeconómica y cultural del hogar, se concluye que la



distribución de las oportunidades que enfrentan los niños a tempranas edades es bastante desigual.

Los avances ocurridos en la década de los 90 se evalúan como poco satisfactorios. La cobertura del nivel preescolar aumentó de un 20,9% en 1990 a un 29,8% en 1996, cifra que es reducida si se consideran los esfuerzos realizados en la materia. Por otra parte, la tasa de crecimiento en el quintil más pobre fue de un 32%, la cual se compara desfavorablemente con un promedio nacional de 42,6%. Queda por tanto pendiente el diseño de estrategias pertinentes y viables para incrementar la cobertura en los sectores de mayor vulnerabilidad.

### Cuadro 19

#### Cobertura de la educación preescolar

Quintil	Niños de 0-1 años			Niños de 2 a 5 años		
	Total	Asiste	No asiste	Total	Asiste	No asiste
I	157.136 (100%)	1.481 (1%)	155.655 (99%)	354.915 (100%)	84.355 (24%)	270.560 (76%)
II	118.891 (100%)	1.878 (2%)	117.013 (98%)	262.704 (100%)	75.110 (29%)	187.594 (71%)
III	75.611 (100%)	1.271 (2%)	74.340 (98%)	197.166 (100%)	64.887 (33%)	132.279 (67%)
IV	62.086 (100%)	2.637 (4%)	59.449 (96%)	160.837 (100%)	65.628 (41%)	95.245 (59%)
V	47.685 (100%)	2.738 (6%)	44.947 (94%)	128.797 (100%)	73.771 (57%)	55.026 (43%)
<b>Total</b>	461.409 (100%)	10.005 (2%)	451.404 (98%)	1.104.455 (100%)	363.751 (33%)	740.704 (67%)

Fuente: Mideplan sobre la base de la encuesta Casen 1996.

Para lograr aumentos de la cobertura se necesita conocer en mayor profundidad las razones por las cuales los niños no participan de algunas de las alternativas que ofrece el sistema de educación preescolar, así como validar todas las alternativas educativas de calidad presentes en el país. En este contexto se encuentra en curso una evaluación respecto de la factibilidad de ampliar la subvención para la educación de los niños de 4 años, así como un catastro de las percepciones y opiniones de los agentes asociados al sector. También se precisa avanzar en el desarrollo de las prácticas y contenidos pedagógicos apropiados para este nivel de enseñanza, así como de la formación de las personas que tendrán a su cargo la educación de niños en edad preescolar, en particular de aquellos que viven en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social.

La precariedad de la información existente torna sumamente preliminar cualquier estimación que se efectúe a efectos de conocer las necesidades de financiamiento de una propuesta de incremento de la cobertura de la educación preescolar. De este modo, y sólo a modo de caso hipotético, consideramos como meta igualar la cobertura de los sectores de menores recursos (quintiles 1 a 3) con la tasa de 48% que caracteriza a los dos quintiles superiores (en el tramo de 2 a 5 años). De acuerdo a las estadísticas presentadas en el cuadro anterior, existiría un déficit estimado de 231.800 plazas. Estas se calculan como la diferencia entre el 84% del total de niños entre 2 a 5 años en los quintiles primero a tercero, y el número de niños que efectivamente asiste a educación preescolar en esos grupos. Si se considera que el gasto promedio por alumno de

educación preescolar alcanzó el año 1997 a \$ 336.000, incluyendo los gastos de administración, se requerirían MM\$ 77,9 para cubrir el déficit *con costos promedios del sistema existente*. Si se supone una tasa de expansión posterior de la matrícula de un 3% anual, las cifras proyectadas a seis años de iniciado el plan de expansión llegan a MM\$ 93,1, representando un incremento de 31% respecto al gasto efectuado el año 1997.

## ANEXO ESTADÍSTICO

### Incidencia del aporte de la familia y local: todos los establecimientos ordenados en deciles de alumnos según ingreso total por alumno

Deciles	Número de alumnos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	261.184	28.967	5.618,23	86.664	7.806,835
2	260.147	59.926	12.541,2	157.398	12.517,72
3	260.139	58.485	19.460,36	166.378	15.347,23
4	260.799	56.053	26.549,23	178.261	18.496,88
5	260.083	2.999	32.046,34	179.463	24.066,09
6	260.611	78.319	37.507,34	158.861	23.633,43
7	260.433	68.546	42.507,49	180.299	28.211,09
8	259.780	95.232	50.039,68	153.216	35.080,56
9	260.448	75.924	81.116,57	167.524	55.347,63
10	260.260	64.296	142.387	167.866	67.218,68

### Incidencia del aporte de la familia y local: establecimientos comunas pequeñas ordenados en deciles de alumnos según ingreso total por alumno

Deciles	Número de alumnos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	31.700	203	3127,3	23.079	9.704,6
2	31.532	1177	14557,4	26.533	16.319,6
3	31.701	421	11271,4	27.147	19.457,2
4	31.309	0		26.494	19.990,5
5	31.629	0		28.890	23.205,8
6	31.499	436	24479,9	27.733	27.518,6
7	31.533	0		25.073	20.309,4
8	31.561	0		24.951	24.427,0
9	31.602	0		27.651	35.762,3
10	31.478	874	22867,4	21.290	43.227,6

**Incidencia del aporte de la familia y local: establecimientos de comunas grandes ordenados en deciles de alumnos según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de alumnos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	229.255	28.314	5.681,3	69.206	7.611,7
2	228.676	53.723	12.118,9	132.739	12.402,5
3	228.637	58.062	18.781,5	138.258	14.048,2
4	229.382	49.589	26.241,1	152.698	19.304,1
5	228.487	57.364	29.908,1	157.370	22.304,0
6	229.073	79.964	36.325,1	130.644	24.467,3
7	228.745	65.913	42.764,8	152.368	26.929,4
8	228.420	84.216	43.960,2	133.968	33.891,6
9	229.252	87.358	71.522,9	133.985	45.475,6
10	228.413	81.133	133.650,8	135.853	94.996,6

**Incidencia del aporte de la familia y local: todos los establecimientos ordenados en deciles según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de establecimientos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	860	125	9.192,5	298	10.084,6
2	859	166	18.233,4	500	14.684,7
3	859	171	28.989,9	582	20.638,9
4	859	193	38.004,1	572	23.814,6
5	859	174	50.174,1	609	30.600,0
6	860	116	77.460,2	612	30.832,2
7	859	61	112.196,7	596	32.183,6
8	859	24	123.531,6	657	23.553,0
9	859	27	159.093,3	732	29.216,4
10	859	15	225.489,5	692	45.613,5

**Financiamiento por alumno: establecimientos educacionales subvencionados de comunas pequeñas ordenados en deciles según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de establecimientos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	464	155.532,4	142.850,5	126,2	12.555,7
2	464	190.559,5	172.273,2	52,7	18.233,4
3	464	223.255,4	205.743,3	0	17.512,1
4	464	251.119,5	236.549,7	0	14.569,8
5	464	273.082,4	260.279,8	0	12.802,5
6	464	289.897,2	275.056,7	0	14.840,4
7	464	308.187,0	287.173,1	0	21.013,9
8	464	330.840,7	305.006,9	0	25.833,7
9	464	387.439,0	358.230,5	138,2	29.070,2
10	464	642.204,9	605.842,5	59,9	36.302,4

**Incidencia del aporte de la familia y local: establecimientos de comunas grandes ordenados en deciles según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de establecimientos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	464	6	9.762,4	382	15.250,9
2	464	1	24.479,9	405	20.889,7
3	464	0		378	21.496,3
4	464	0		355	19.043,3
5	464	0		322	18.448,4
6	464	0		359	19.180,9
7	464	0		396	24.622,3
8	464	0		409	29.307,7
9	464	3	21.386,3	396	34.062,0
10	464	1	27.793,9	372	45.280,4

**Financiamiento por alumno: establecimientos educacionales subvencionados de comunas grandes ordenados en deciles según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de establecimientos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	396	129.148,3	127.306,3	635,2	1.206,7
2	395	142.239,6	134.626,9	2.494,1	5.118,5
3	395	151.442,1	140.720,0	4.277,9	6.444,1
4	395	159.523,6	144.290,4	5.305,0	9.928,1
5	395	167.191,3	146.843,1	6.752,5	13.595,7
6	396	175.246,0	150.189,1	10.291,2	14.765,5
7	395	186.026,7	156.977,8	13.456,7	15.592,1
8	395	201.593,8	163.060,4	15.186,1	23.347,2
9	395	227.608,1	170.219,6	27.228,9	30.159,4
10	395	304.269,8	210.074,5	44.711,8	49.483,4

**Incidencia del aporte de la familia y local: establecimientos de comunas grandes ordenados en deciles según ingreso total por alumno**

Deciles	Número de establecimientos	Aporte de familias		Aporte Local	
		Casos	Monto	Casos	Monto
1	396	39	6.450,1	69	6.925,4
2	395	91	10.826,4	171	11.823,5
3	395	100	16.897,9	184	13.833,9
4	395	91	23.027,3	226	17.352,2
5	395	94	28.374,9	263	20.419,4
6	396	115	35.437,8	237	24.671,6
7	395	134	39.667,3	225	27.372,9
8	395	125	47.988,1	243	37.951,3
9	395	146	73.667,4	230	51.795,6
10	395	126	140.168,0	228	85.727,9

**Aporte local a la educación municipalizada: todas las comunas, alumnos municipales ordenados en deciles según aporte local por alumno**

Deciles	Número de alumnos	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso p/c municipal
1	162.257	2.784,5	1,56	27.668,6
2	161.839	6.885,9	4,41	26.084,1
3	195.648	10.720,4	6,10	28.727,4
4	148.074	13.488,9	6,80	24.907,8
5	155.727	16.017,7	8,02	27.256,9
6	146.021	20.982,9	11,35	28.321,1
7	161.431	27.966,2	14,27	27.177,8
8	161.821	33.974,9	14,37	28.666,9
9	182.243	51.164,1	14,47	38.981,3
10	139.806	122.014,7	19,26	63.613,1

**Aporte local a la educación municipalizada: comunas con menos de 10.000 habitantes, alumnos municipales ordenados en deciles según aporte local por alumno**

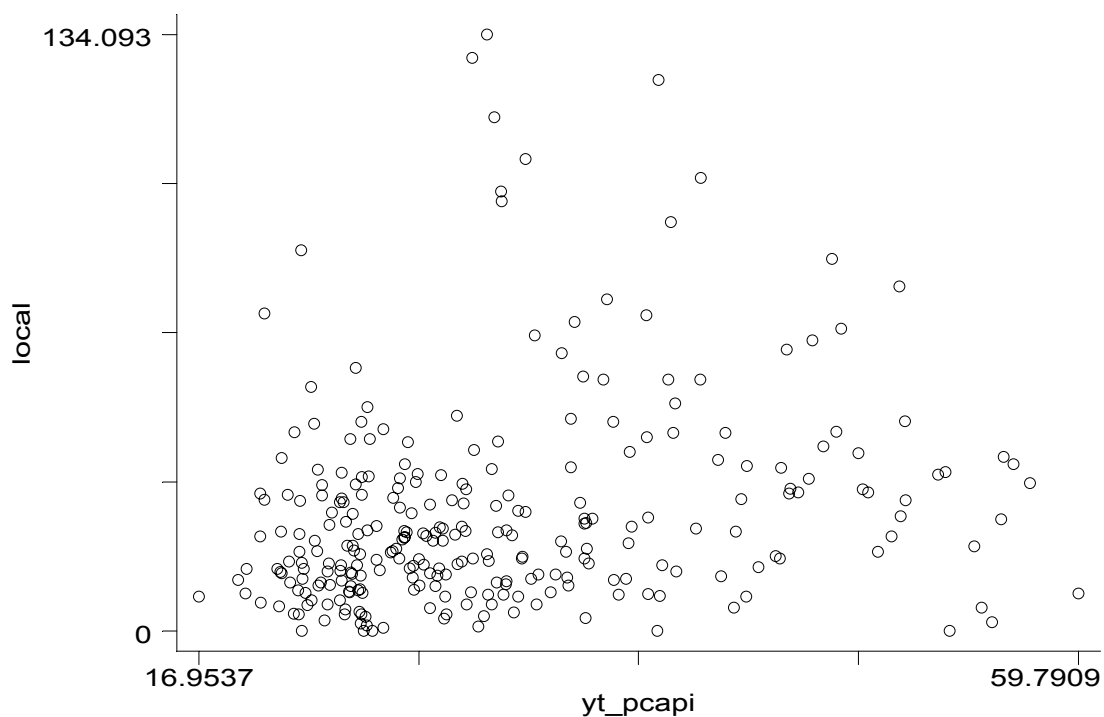
Deciles	Número de alumnos	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso p/c municipal
1	9129	6.759,9	2,82	54.175,0
2	8644	10.678,7	5,05	44.534,6
3	8382	14.783,2	6,46	44.566,4
4	8533	20.547,9	8,70	50.133,8
5	9699	24.496,4	10,12	43.939,1
6	7950	32.118,7	10,46	51.853,7
7	9127	37.841,0	13,17	52.268,5
8	7977	44.224,2	14,89	63.413,4
9	9051	58.084,0	16,19	69.365,4
10	8146	119.138,6	19,52	105.453,8

**Aporte local a la educación municipalizada: comunas con más de 10.000 habitantes, alumnos municipales ordenados en deciles según aporte local por alumno**

Deciles	Número de alumnos	Aporte por alumno	Gasto educación (% ingreso local)	Ingreso p/c municipal
1	154.746	2.701,3	1,51	27.278,7
2	157.854	6.751,8	4,40	24.797,8
3	188.064	10.690,4	6,13	27.971,9
4	119.924	13.381,5	6,67	24.275,6
5	147.159	15.291,0	7,97	26.939,1
6	165.534	20.425,5	10,93	26.314,8
7	140.027	27.919,6	13,96	26.604,8
8	150.767	33.435,2	14,76	26.257,0
9	173.183	50.540,6	14,64	35.508,2
10	130.971	122.472,5	19,30	60.874,2

Gráfico 1- A

**Relación entre aporte local por alumno e ingreso per cápita comunal**  
(Comunas con más de 10.000 habitantes)





**Actividad de los jóvenes de 16 años según estrato de ingresos**  
(1996, hombres)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Estudia nivel medio	58,1	80,8	81,4	97,1	98,3	82,0
Estudia nivel terciario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trabaja	10,9	13,7	13,8	1,8	0,2	9,7
Desocupado	4,9	0,4	1,4	0,1	0,0	1,7
Inactivo	15,1	5,0	3,4	0,6	1,6	5,5
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Actividad de los jóvenes de 16 años según estrato de ingresos**  
(1996, mujeres)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Estudia nivel medio	74,9	79,8	88,1	97,8	96,2	84,8
Estudia nivel terciario	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trabaja	2,9	3,9	4,4	1,6	0,8	2,9
Desocupado	2,4	0,2	1,2	0,0	0,1	1,0
Inactivo	19,8	15,3	5,3	0,6	2,9	11,2
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Actividad de los jóvenes de 20 años según estrato de ingresos**  
(1996, hombres)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Estudia nivel medio	11,0	12,6	5,3	6,1	2,3	7,7
Estudia nivel terciario	7,1	15,5	25,8	37,6	58,4	28,6
Trabaja	48,6	53,0	53,1	48,5	22,5	47,1
Desocupado	15,8	7,5	8,8	1,5	0,8	7,2
Inactivo	17,5	10,2	7,0	6,3	5,9	9,4
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Actividad de los jóvenes de 20 años según estrato de ingresos**  
(1996, mujeres)

Actividad	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Estudia nivel medio	10,8	8,0	8,0	5,7	3,8	7,5
Estudia nivel terciario	8,9	24,7	23,3	43,8	71,0	30,7
Trabaja	11,9	20,3	39,5	28,2	13,2	22,9
Desocupado	9,5	9,4	5,6	5,3	1,2	7,0
Inactivo	59,0	37,5	22,6	16,0	10,8	31,8
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### **3.- FUNDAMENTOS DE LAS PROPUESTAS EN SALUD**

Este capítulo presenta la propuesta detallada para el sector salud. En primer lugar, contiene una sección con antecedentes respecto del actual estado del sistema de salud chileno, destacando fortalezas y debilidades. En segundo término, se presenta el eje de la propuesta de salud: un plan de beneficios en el cual se establece el conjunto de prestaciones, estándares y condiciones de acceso que el Estado garantizará a las personas de bajos ingresos, obligando además a su adquisición por parte del resto de la población como la nueva obligación previsional de salud en reemplazo de la cotización del 7%. Esta propuesta ataca a la médula de las dificultades de hoy: los problemas de acceso a prestaciones de adecuado estándar en el sistema público de salud y la insuficiente protección a que están afectos determinados grupos de personas en el sistema de Isapres. La tercera sección examina las implicancias de financiamiento del Plan Garantizado de Beneficios de Salud y las modalidades alternativas de organización del sector que son consistentes con su entrega. La cuarta sección contiene el análisis sobre tratamiento de riesgo en la propuesta de reforma. Una última sección cuantifica las necesidades de financiamiento en materia de gasto público que se derivan de la propuesta de salud<sup>44</sup>.

#### **I. Antecedentes del sistema de salud**

##### **Estructura y financiamiento**

El actual sistema de salud funciona sobre la base de la oferta pública y privada de seguros y provisión de servicios de salud. La dirección del sistema de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, que tiene a su cargo la supervisión, evaluación y control del conjunto de las políticas de salud. El Ministerio es, además, la entidad rectora del sistema público de salud y se encarga de la provisión de aquellas actividades que revisten carácter de bien público.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sistema público. La base productiva del sector la conforman 26 servicios de salud, responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalarios y de centros de atención abierta. La atención de salud primaria en el sistema público está a cargo de Centros de Atención Primaria, los cuales ofrecen servicios curativos de baja complejidad a través de una modalidad de atención abierta a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud. La gran mayoría de estos establecimientos son administrados por las municipalidades.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (Isapres) y por productores de salud particulares. Los proveedores privados de salud son clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las Isapres como a los cotizantes del sistema público a través de una modalidad denominada de libre elección. La Superintendencia de Isapres tiene a su cargo el registro y fiscalización de las instituciones privadas que administran el seguro de salud.

---

<sup>44</sup> La propuesta recoge elementos del trabajo "Propuesta de reforma del sistema de salud" elaborado en 1997 por un equipo que incluía al Departamento de Economía de la Universidad de Chile, Gredis y Bitrán y Asociados. El citado trabajo fue encargado por el Ministerio de Salud con el propósito de examinar alternativas de cambio en el sector de salud.

El acceso de la población a la atención de salud ocurre a través de un sistema de afiliación de carácter obligatorio. Todos los trabajadores dependientes del país -al igual que los pensionados- tienen la obligación de cotizar un 7% de sus ingresos al sistema de salud, pago puede ser realizado al Fonasa, en cuyo caso el cotizante y su grupo familiar (dependientes) quedan adscritos al sistema público. La cotización también puede ser depositada en una Isapre, en cuyo caso la persona y su grupo familiar pasan a formar parte del sistema de salud privado. Las personas de bajos ingresos no adscritas al sector formal de la economía quedan adscritos al sistema público en calidad de indigentes.

Cuando la persona se adscribe al Fonasa obtiene acceso a dos tipos de oferentes de salud. En la modalidad institucional, puede acudir a los consultorios de atención primaria de las municipalidades y, en el caso de las atenciones de mayor complejidad, ser referida a los establecimientos hospitalarios del sistema público. La segunda modalidad de atención, de libre elección, abierta sólo para los cotizantes del Fonasa, incluye un conjunto de oferentes privados asociados con Fonasa para tal efecto. Los beneficiarios del Fonasa tienen derecho a atención y medicamentos gratuitos en los consultorios de atención primaria del sistema público. En cambio, el acceso a los establecimientos hospitalarios requiere un copago que fluctúa -según el nivel de ingreso del usuario -entre un 0% y un 50% del arancel establecido para la prestación. Asimismo, el acceso a la modalidad de libre elección está sujeto a una estructura de copagos en función del tipo de prestación (no del ingreso) <sup>45</sup>.

La población adscrita al sistema privado accede a prestadores privados a través de una modalidad preferentemente de libre elección, donde el prestador es reembolsado de acuerdo al servicio prestado. También existen modalidades más restrictivas, con listas de proveedores preferidos o con infraestructura médica perteneciente a la propia Isapre. En estos casos existe un mayor control de costos, lo cual se refleja en las tarifas que deben pagar los beneficiarios. Por otra parte, el acceso de pacientes del sistema privado a hospitales del servicio público está restringido por la norma que no más del 10% de las camas se destinen a pensionado en estos establecimientos.

La cobertura del sistema de salud es prácticamente universal puesto que el Fonasa se define como un asegurador de última instancia; esto es, cualquier persona con independencia de su nivel de ingreso, puede afiliarse al sistema público de salud. Una materia distinta es la capacidad que tiene el sistema para satisfacer la demanda existente. Por su parte, el sistema de Isapres ha crecido en forma continua desde su creación en 1981, representando en 1996 el 31,5% de la población cubierta por ambos sistemas.

El gasto total del sistema público de salud ascendió el año 1996 a \$ 871.087 millones, los cuales fueron financiados a través de las cotizaciones de los afiliados al Fonasa (31,6 % del total de ingresos del sector), el aporte proveniente del presupuesto fiscal (49,4%), el copago para acceder a las prestaciones de salud en el sistema público -fundamentalmente en libre elección del Fonasa- por el equivalente al 6,7% del total, el pago por la atención a no beneficiarios del sistema y otros ingresos (12,2%). Los recursos del sector público son destinados a financiar las prestaciones de salud entregadas por los distintos prestadores del sector, así como a financiar las actividades de salud pública, la inversión sectorial, los beneficios laborales por licencia médica y otros gastos. El sistema privado de Isapres recibió ingresos durante 1997 por el equivalente de \$ 675.890 millones, que provienen en lo fundamental de las cotizaciones

---

<sup>45</sup> La libre elección funciona en la práctica en las prestaciones abiertas y de menor complejidad. En cambio, la bonificación es muy pequeña para que sea una alternativa factible en el área de las prestaciones de mayor complejidad.

pagadas a este sistema. El cálculo del gasto se basa en una estimación de los copagos que realizan los usuarios del sector, calculados sobre una base de un 25% sobre el valor de las prestaciones realizadas en el sistema de Isapres<sup>46</sup>. Alrededor del 64% de los ingresos del sistema de Isapres se destina al pago de las prestaciones médicas (incluyendo los copagos). El segundo ítem en importancia son los gastos de administración y ventas, que representan alrededor del 18% de los recursos administrados por las Isapres (excluye copagos); el gasto en subsidios por licencias médicas asciende al 15% de este total, mientras que las utilidades de las Isapres representan el 4,5%.

La actual estructura del sistema de salud se origina en la reforma de inicios de los años 80 y combina en forma inadecuada un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo. La peculiar característica del sistema radica en que cada persona tiene la opción de transitar con pocas restricciones entre estos dos sistemas, los cuales funcionan con lógicas radicalmente distintas y sobre la base de compartimentos estancos, tendientes a la duplicación de recursos antes que a su complementariedad.

El sistema de salud existente da origen a una estructura dual que concentra a las personas de altos ingresos/bajo riesgo en el sistema Isapres y aquellas de bajos ingresos/alto riesgo en el sistema público. Este último actúa como seguro de última instancia y torna viable en última instancia al sistema dual de seguros de salud. La segmentación de la población entre los sistemas públicos y privados está también determinada por la canalización de los subsidios fiscales hacia el sistema público, de modo que las personas de bajos recursos tienen como una única opción de atención a la red de establecimientos del sector público.

### ***Indicadores de salud***

Los indicadores usuales de salud señalan que la población chilena ha mejorado considerablemente su estado de salud desde mediados de los años 60. Este es el caso de la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de desnutrición infantil, y demás indicadores. La tendencia observada responde en parte a un fenómeno mundial asociado con el progreso de las técnicas médicas y el desarrollo de nuevos medicamentos. No obstante lo anterior, Chile presenta mejores indicadores que los países de similar desarrollo económico, señalando la presencia en el país de factores específicos conducentes a tales resultados. Al respecto, se reconoce que el temprano desarrollo del sistema público de salud (a mediados de la década del 20) y el posterior impulso proveniente de la unificación del sistema en el Servicio Nacional de Salud (década del 50) constituyen factores medulares en los logros de salud que exhibe el país. También se reconoce que la estrategia de priorización de la atención de salud primaria, que se materializó en la construcción de múltiples postas rurales a fines de los años 70, así como en la focalización de programas de salud y nutrición en los grupos más vulnerables, contribuyó a acelerar la tendencia positiva de los indicadores de salud durante los años 70<sup>47</sup>.

No obstante lo anterior, subsisten en el país importantes brechas de equidad en materia del estado de salud de sus habitantes. Al respecto el Cuadro 1 sintetiza los resultados de un estudio desarrollado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, sobre la base de ordenar a las distintas comunas según el indicador Años de Vida

---

<sup>46</sup> Ver documento "El sector de la salud en Chile: un diagnóstico compartido", preparado por un grupo multidisciplinario de expertos del sector en diciembre de 1998

<sup>47</sup>Otros factores determinantes son el buen nivel de educación de las personas, la cobertura de saneamiento básico y la misma geografía (no tropical) del país.

Potenciales Perdidos (AVPP). Este indicador entrega una estimación de las muertes prematuras, definidas como aquellas que se producen antes de los 80 años, multiplicadas por la distancia habida entre la edad de muerte y dicho límite (una persona que muere a los 20 años tiene 60 años potenciales de vida perdidos, quien muere a los 50 tiene 30 AVVP, etc.). Si se divide este indicador por la cantidad de habitantes de cada comuna, se obtiene una estimación de los años de vida perdidos como proporción del número de habitantes.

El indicador establece que existen diferencias considerables respecto del estado de salud de la población en las distintas comunas del país. El cuadro citado presenta el promedio de AVVP por cada 1.000 habitantes para las comunas ordenadas en deciles según la severidad del indicador, presentándose una distancia de más del doble entre los deciles primero y décimo. Nótese que la ordenación tiende a incluir a las comunas rurales de baja población en los deciles más altos del indicador AVVP. Asimismo, existe una marcada correlación entre el nivel de pobreza de la comuna y la incidencia de muertes prematuras. Al respecto, es claro que el indicador de salud de la población tiene a la variable socioeconómica como un determinante principal.

**Cuadro 1**  
**Brechas de equidad en salud: Años de Vida Potencialmente Perdidos**  
(Deciles de comunas, 1991-95)

Deciles	% de población	AVVP por cada 1.000 habs (1991-95)	% de pobreza*	Consultas médicas por habitantes**
<b>1</b>	16,5	72,6	13,6	0,53
<b>2</b>	16,5	90,1	25,1	0,73
<b>3</b>	16,5	98,8	24,3	0,46
<b>4</b>	14,1	104,5	29,1	0,73
<b>5</b>	7,1	109,1	30,3	0,72
<b>6</b>	14,1	114,9	32,7	0,59
<b>7</b>	5,0	120,3	34,4	0,48
<b>8</b>	5,0	127,7	43,2	0,48
<b>9</b>	3,4	138,4	38,5	0,58
<b>10</b>	1,8	156,9	45,6	0,50
<b>País</b>	100,0	101,7	26,4	0,60

Fuente: Estudio preparado por M. Concha y X. Aguilera, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, publicado en "Equidad y eficiencia en la toma de decisiones en salud", 1998.

\* Se refiere a 208 comunas con datos de pobreza (Casen 1994).

\*\* Se refiere a la población atendida en los consultorios municipales; excluye la atendida en el sector privado y en consultorios dependientes de los servicios de salud.

En todo caso, los AVVP representan una medida a evaluar para medir las brechas que la población enfrenta en materia del estado de salud, así como el progreso que realice la política de salud para cerrar estas brechas<sup>48</sup>. El Cuadro 1 también presenta una medida de la atención de salud en las comunas, de acuerdo las consultas médicas realizadas en consultorios municipales. Los datos señalan que no existe asociación clara entre las necesidades de salud, medidas según los AVVP, y los recursos destinados a las comunas sobre la base del citado indicador de atención médica.

<sup>48</sup> Una extensión de la medida es incluir los años de vida que son perdidos por causa de enfermedades que invalidan la normal vida de la persona.

### ***Los problemas del sistema privado de seguros de salud***

A 15 años de su creación el sistema de Isapres administra alrededor de la mitad del gasto en salud en el país, concentra la mayor parte de las cotizaciones que se efectúan para adquirir la cobertura de salud que obliga el mandato previsional en la materia, y ha hecho posible un desarrollo afín en el ámbito de los prestadores privados de salud.

El sistema de Isapres opera como una modalidad competitiva de seguros. Esto es, existen diversas firmas (Isapres) que compiten por los demandantes, cobrando primas de seguro relacionadas con el riesgo del asegurado. Los planes de seguro ofrecidos por las Isapres se materializan en contratos, los cuales especifican los porcentajes de reembolso por concepto de prestaciones y servicios asociados (exámenes, días camas, etc.), así como techos límites a reembolsar. El contrato de la Isapre asocia precio y costo esperado del plan. La asociación opera a través de dos variables: (i) la prima que cobra la Isapre por un plan de salud puede legalmente variar entre personas según tres factores relacionados con el gasto esperado de salud: edad, género y número de asegurados (dependientes); (ii) los seguros operan con porcentajes de reembolso y con topes de cobertura, limitando el costo que puede significar el usuario para la Isapre.

Una variante del seguro individual es un convenio colectivo ofrecido por las Isapres para empresas y otras instituciones. En cualquier caso, el convenio ofrece beneficios específicos según el nivel de ingreso de los asegurados (supervisores, empleados, obreros) manteniendo la lógica del seguro individual. No existe información estadística sobre la fracción de contratos de seguro que pertenecen a la modalidad colectiva. Información de carácter anecdótica sitúa ese número en porcentajes tan elevados como un 40%.

El sistema de seguros privados presenta problemas en su funcionamiento. Algunos de éstos son típicos de los esquemas de seguros competitivos de salud en el mundo; otros son específicos al diseño del sistema vigente en Chile. Por otra parte, las ventajas potenciales del sistema de Isapres estarían asociadas a las ganancias de eficiencia que proveen los esquemas de competencia y sus productos asociados: libertad de elección, variedad de productos, flexibilidad y disciplina económica. Tales beneficios son más relevantes al área de prestadores cuyo desarrollo ha sido posible por el crecimiento de los seguros privados de salud. La competencia y libertad de elección tienen sin embargo costos asociados en términos de los gastos de administración y ventas, así como de la falta de un sistema de referencia médico.

La obligación de cotizar el 7% de los ingresos confiere un rasgo particular al sistema de Isapres chileno. En efecto, de acuerdo al monto de la cotización, la Isapre ofrece un plan de seguro de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados. Los seguros de carácter individual pueden ser discutidos desde una perspectiva de eficiencia y equidad, pero poseen una racionalidad distintiva que les define su alcance y cometido. En este contexto, el financiamiento de estos seguros a través de una cotización como fracción del ingreso introduce un elemento extraño a tal racionalidad y es una fuente adicional de problemas, puesto que induce una demanda superflua por servicios de salud que ocupa parte de los recursos que podrían estar asignados a fines más prioritarios.

Una característica de los seguros privados es que la prima puede variar según la edad de la persona asegurada. Típicamente, la prima que cobran las Isapres para las personas de tercera edad es tres a cinco veces mayor que para las personas jóvenes. La diferencia está determinada por la estructura relativa de los gastos de salud de los distintos grupos

de la población. Más aún, las personas en la tercera edad están también afectos a copagos más elevados producto de la diferencia entre el gasto realizado y los techos que limitan el reembolso que por prestación o por período de tiempo (año).

La posibilidad de que una persona que haya estado afiliada al sistema de Isapre durante su vida joven y adulta -cuando sus gastos esperados de salud son relativamente menores- tenga que abandonar el sistema al llegar a la tercera edad, cuando los gastos esperados en atención de salud se incrementan sustancialmente, es referida como la "desprotección a la tercera edad" del sistema de seguros privados.

Otro de los aspectos problemáticos de los seguros privados es la falta de cobertura contra riesgos catastróficos; esto es, los gastos más elevados en salud no son cubiertos por los seguros ofrecidos por las Isapres, lo cual contrasta con el hecho de que las Isapres no han desarrollado planes de seguros con montos deducibles. Al respecto, parece extraño el desarrollo de una industria de seguros que no ofrezca alternativas de planes con deducibles y mayor cobertura de los gastos más elevados. Tal hecho puede explicarse por la mayor presencia en las Isapres de personas de bajo riesgo médico que utilizan prestaciones de bajo costo unitario; puede constituir una respuesta natural del mercado a las regulaciones vigentes, que prohíbe establecer primas según riesgo médico; o bien puede originarse en la existencia del seguro público como asegurador de última instancia que torna racional para muchas personas de ingresos medios y bajos adscribirse a una Isapre para efectos de las prestaciones de costo menor y emigrar al seguro público en el caso de los gastos más elevados.

Por otra parte, existen dificultades para la elección del seguro privado de salud, puesto que el demandante se enfrenta a una gran heterogeneidad de planes de salud sin contar con la información necesaria para realizar una adecuada discriminación entre los mismos. Un problema asociado son los elevados costos de administración y ventas, que ascienden a alrededor de un 30% del gasto en prestaciones médicas del sector.

El sistema privado funciona básicamente a través de un esquema de libre elección de proveedores, en el cual los usuarios deciden el oferente del servicio de salud de acuerdo a sus preferencias y a los precios (copago) que enfrentan en cada caso. Por su parte, y salvo excepciones, los oferentes son reembolsados en forma retrospectiva de acuerdo a los servicios prestados. La combinación de libre elección y pago retrospectivo tiene asociados algunos problemas que podrían opacar las ganancias en materia de satisfacción del usuario. En primer término, recurre el tema de la supeditación de la demanda a la oferta. Esto es, si la demanda por prestaciones es largamente inducida por los prestadores -lo cual no es necesariamente malo- la argumentación respecto de los beneficios de la libre elección pierde bastante fuerza. En segundo lugar, carece de puertas de entradas. De esta manera, el usuario elige acudir a un especialista después de haber auto-diagnosticado el tipo de dolencia que le aqueja en vez de acudir a un médico general que le provea un diagnóstico fundamentado y le derive -en caso de necesidad- al tipo de especialista requerido. Tercero, el sistema de pago que reembolsa a los proveedores por atenciones prestadas hace que el prestador actúe libre de riesgo financiero. Por tal motivo el prestador no tendrá incentivos para contener los costos del sistema.

### ***Las insuficiencias del sector público de salud***

El sector público de salud cubre a alrededor del 70% de la población del país, concentra la mayor parte de la infraestructura hospitalaria y ha sido objeto de importantes

refuerzos en materia de insumos y personal durante los últimos años. Por lo demás, fue artífice de los avances en los indicadores de salud que hoy presenta el país.

El sistema público funciona a través de una modalidad de seguridad social de reparto (solidario), que ofrece un nivel de beneficios que no guarda relación con la cotización efectuada. Esto es, no hay relación entre el precio que se paga y la cobertura de salud que se adquiere. Sin embargo, la cobertura de salud que ofrece el sector público a sus beneficiarios no está bien definida (en un contrato). En principio, el sistema ofrece prácticamente toda la gama de prestaciones de salud con la exclusión de aquellas de carácter suitario. En la práctica, los recursos disponibles se asignan entre los usuarios de acuerdo a esquemas de racionamientos de cantidad: los consultorios de atención primaria atienden a las personas según orden de llegada hasta agotar la disponibilidad de cupos diarios y los hospitales tienen listas de espera para los distintos tratamientos quirúrgicos.

También existen problemas en materia de eficiencia asociados a la organización tradicional de la provisión pública: centralización de funciones; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas hacia los beneficiarios; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera en un contexto de restricciones presupuestarias "blandas" y la gestión de tipo burocrático con baja autonomía y significativas restricciones en el uso de los insumos.

La problemática de la eficiencia de los hospitales públicos ha sido relevada en el marco de crecimiento de los recursos presupuestarios, donde el gasto público en salud se incrementó en un 95% en términos reales en el período 1990-96. Sin embargo, el fuerte incremento del gasto no fue acompañado de una mejora en la percepción que la población posee sobre la atención prestada en los establecimientos de salud del sistema público. La falta de respuesta del sistema a la inyección de nuevos fondos que reflejan las encuestas de opinión es reforzada por las estadísticas que muestran que el aumento en el personal contratado no fue seguido de un consiguiente aumento de la producción de prestaciones y procedimientos. De acuerdo a información del Ministerio de Salud, en el subperíodo 1992-96 se incrementó en un 59,4% el presupuesto público de salud, mientras que el índice de actividad global del sector creció solo en 1,6% y las intervenciones quirúrgicas descendieron en 7,4%.

La estructura de financiamiento orientada hacia la oferta favorece la organización burocrática, donde los procedimientos y las formas son más importantes que los resultados. En este contexto, la gestión pública se desarrolla al interior de un conjunto de reglas institucionales y administrativas, que teniendo como fin originario el resguardo de la probidad en la gestión pública, adquieren una dinámica propia que termina enredando el funcionamiento de la organización en una red de normas que olvida su función original.

La estructura organizacional y de financiamiento vigente en el sistema público atenta también contra la gestión autónoma de los establecimientos de salud. En efecto, la descentralización de los servicios de salud se circunscribe a una cuestión sólo formal si la mayor parte de las decisiones presupuestarias quedan en manos de instancias centrales. Hay que considerar que, además de la determinación central de los salarios, el número de empleados en los establecimientos hospitalarios es controlado por el Ministerio de Hacienda y el despido de funcionarios está severamente restringido por la normativa vigente. Es claro que en tales condiciones no es posible lograr una oferta de servicios de salud que se adecue a las especificidades y contingencias de cada entorno,



ni se puede esperar mayor eficiencia en la gestión de establecimientos de salud públicos.

La situación de los hospitales es especialmente preocupante. De acuerdo con la evaluación efectuada por expertos del sector, estas entidades son poco adaptables a las necesidades de los usuarios; los parámetros de evaluación principales no son la calidad de la atención o la captación de usuarios, sino el manejo financiero y por presiones gremiales; operan con un sistema de racionamiento implícito (colas, carencias, mala atención) en los servicios que ofrecen; funcionan con escasa coordinación con los establecimientos de atención primaria y poseen escasa capacidad de adaptación frente a los cambios en el entorno. Están sometidos a definiciones centrales de sus insumos, la remuneración de los mismos, y los sistemas administrativos, como por ejemplo: la dotación, horarios de trabajo, remuneraciones del recurso humano, sistemas de incentivos, marco de gastos, y hasta los precios a cobrar. Además, los hospitales públicos no poseen una definición clara de las prestaciones que deben otorgar. Por último, con frecuencia distintos componentes de sus factores productivos son fijados por organismos diferentes con criterios disímiles (Fonasa, Ministerio de Salud, Congreso).

## **II. Eje de la propuesta: El Plan Garantizado de Beneficios de Salud**

El eje de la propuesta de salud es la formulación de un Plan Garantizado de Beneficios de Salud (PGBS), que se convierta en el conjunto explícito de prestaciones, tecnologías y condiciones de acceso al sistema de salud que será garantizado por el Estado. En el caso de las personas de bajos recursos, el Estado subsidiará su acceso al citado Plan, mientras que para el resto de la población se obligará a su adquisición en reemplazo del mandato previsional de cotizar el 7% del ingreso.

En tal sentido, el PGBS ataca los dos problemas fundamentales del sistema de salud chileno. Para el caso de los beneficiarios del sistema público, el Plan Garantizado de Beneficios de Salud hace explícitos los derechos de acceso a la salud y garantiza las prestaciones a través de opciones de salida con plazos determinados. Para los usuarios del sistema privado, el PGBS representa el plan base, suprimiendo los planes de las Isapres que entregan una cobertura insuficiente en caso de las prestaciones de alto costo.

La extensión de las prestaciones a que el Plan Garantizado obliga está relacionada con el nivel de desarrollo del país y la consiguiente disponibilidad de recursos. La extensión de los beneficios se expresa en un contrato donde se estipulan las condiciones de acceso y los derechos de los usuarios. Las prestaciones a que da acceso el Plan Garantizado son principalmente determinadas por las demandas efectivas de los usuarios, complementada con una serie de normas dictaminadas por la autoridad sobre medidas de promoción, prevención y detección precoz de problemas (vacunas, controles obligatorios).

La diferencia del Plan Garantizado con la situación actual radica en el concepto de garantía. El paciente adquiere el derecho a unas prestaciones de cierta calidad y oportunidad. El principal desafío es definir la forma y contenidos de este Plan. En su definición se usarán elementos de priorización que consideren las necesidades de salud de la población, la satisfacción del usuario y la eficiencia del sistema. La operación y calidad del PGBS sería regulada por el Estado a través de instituciones descentralizadas.

El PGBS sólo excluirá aquellas prestaciones en que haya consenso técnico y social de que no benefician a nadie (probablemente ineficaz) o causan más daño que beneficio (intervenciones de alto riesgo) o que no están dirigidas a un problema de salud propiamente tal<sup>49</sup>. En el resto de los casos, no hay exclusiones sino algunas restricciones de uso.

En efecto, el Plan Garantizado de Beneficios de Salud, en la medida en que explicita lo que garantiza, también deberá especificar las restricciones en su uso para ciertas prestaciones, las cuales pueden adoptar la forma de topes de cobertura, copagos o ambas<sup>50</sup>. También operará como una restricción el otorgamiento de ciertas prestaciones bajo protocolos o guías médicas que indican las condiciones de elegibilidad de los sujetos a tratar (como tratamientos de ciertos cánceres, u otras enfermedades complejas).

## Cuadro 2

Ejemplo de lo que garantiza el contrato PGBS

**Consulta general o de APS:** Se debe definir, después de un estudio empírico si se requerirá un tope para las primeras consultas o consultas espontáneas de APS, o si se agregará un copago.

**De especialidad:** Al nivel secundario se accede por interconsulta de un médico general o primario, sin tope, tal como ocurre actualmente en el sistema público. Cuánta espera será permitida, cuánta es posible. Definir un itinerario según prioridad.

**De urgencia:** Se cubrirán en cualquier lugar del territorio nacional y sin espera. Las emergencias responden a un principio social intransable: la ley del rescate.

**Visita domiciliaria:** Se cubrirán controles de salud programados como parte de un programa de prevención o de un tratamiento ambulatorio.

**Consulta psiquiátrica:** Se garantizará, definiendo requisitos y condiciones de las prestaciones.

**Exámenes de apoyo diagnóstico:** Definen el laboratorio básico.

**Procedimientos y tratamientos:** Acompañados de guías médicas.

**Hospitalización:** Define tiempos de espera máximos para lo electivo, según criterios técnicos y recursos. Protocolos y guías médicas.

**Medicamentos:** Define qué medicamentos cubre el PGBS. Ejemplo: drogas para ETS, SIDA, TBC, quimioprofilaxis, enfermedades crónicas.

<sup>49</sup>Como ejemplos de exclusiones, se pueden mencionar los siguientes: Cirugía Plástica y tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin, Atención particular de enfermería, consultas, tratamientos y hospitalizaciones con fines de reposo.

<sup>50</sup>Se estima que será necesario poner restricciones al uso de prestaciones en que hay carencia de oferta y que pueden ser libremente demandadas por los beneficiarios, tales como las consultas psicológicas, psiquiátricas, kinesiterapia, etc.

**Prótesis y órtesis:** Define acceso y prioridad. Ejemplo: implante de cadera.

**Traslado de pacientes:** El uso de ambulancia, define derechos y deberes de los pacientes.

**Consulta dental:** Requisitos para tratamientos, coberturas según edad y sexo.

**Programas de salud:** El PGBS incluye todas aquellas prestaciones preventivas, curativas o rehabilitadoras que forman parte de las normas ministeriales (Ejemplo: pesquisa del cáncer cervicouterino)

Fuente: "Una propuesta de reforma de la seguridad social de salud", Departamento de Economía, Universidad de Chile, Gredis y Bitrán y Asociados, 1997

Los dos elementos del PGBS que más difieren con la situación actual, particularmente en el sector público, son la explicitación de las restricciones para algunas prestaciones y el garantizar ciertos plazos para otras. Probablemente el mayor impacto modernizador del PGBS es su contribución a la equidad y a un creciente nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema. Pero además cumple con requisitos técnicos que permiten considerarlo una herramienta en sí:

- *Entrega más poder al usuario (empowerment):* El PGBS se expresa en un contrato entre el usuario y una organización aseguradora, que está obligada a entregar un conjunto definido de prestaciones en condiciones también especificadas. El Estado como garante del sistema se preocupa de que el usuario cuente cada vez con mayor información respecto a sus derechos. También lo hacen los aseguradores a quienes les interesa satisfacer a sus clientes para que permanezcan afiliados. Eso determina en el usuario un nivel creciente de exigencias respecto al servicio prestado. Permite, además, que los usuarios cuenten con una mayor capacidad para la evaluación de sus necesidades y conocimiento de los procedimientos recibidos en la atención, promoviéndose que el paciente decida libremente respecto a las alternativas que se le ofrecen (autonomía), que busque si es necesario una segunda opinión y que tenga la capacidad para consentir informadamente.

- *El usuario puede exigir rendición de cuentas (accountability):* el conocimiento por parte del usuario de sus derechos y la especificación de la responsabilidad de quien lo atiende explicitada en un contrato, permite exigir o reclamar por incumplimientos.

- *El usuario participa:* El Plan Garantizado de Beneficios de Salud se construye a partir de las necesidades de los usuarios, lo que exige un mecanismo permanente de consulta respecto a sus necesidades en salud y los niveles de satisfacción con la atención recibida. Para ello lo más eficaz es dar cabida a la expresión de los ciudadanos, diseñando formas de participación. Eso demanda del sistema el desarrollo de mecanismos amplios de información respecto a los niveles de calidad, seguridad y oportunidad de acceso que ofrecen las distintas organizaciones que administran y atienden a usuarios del PGS. El usuario participará: ejerciendo su derecho a elegir entre las alternativas que se le ofrezcan, dando a conocer su nivel de satisfacción y generando mecanismos para que el sistema incorpore sus demandas.

- *La toma de decisiones se descentraliza:* la administración del Plan Garantizado de Beneficios de Salud requiere cercanía con los usuarios y también con quienes los atienden, debiendo existir mecanismos flexibles y expeditos para la toma de decisiones lo

que requiere necesariamente descentralizarla, acercarla a las necesidades de los usuarios. En el sistema de salud eso implica fortalecer y complejizar el trabajo del nivel primario de atención, primer contacto del usuario con el sistema.

### ***Estrategias técnicas para construir un PGBS***

En términos generales, se pueden distinguir dos estrategias principales para determinar un PGBS: una que parte desde las necesidades teóricas del grupo, que son definidas por un grupo de expertos, y la otra, que parte de las demandas efectivas de ese mismo grupo.

Un ejemplo paradigmático del primer grupo es la metodología de costo-efectividad propuesta por el Banco Mundial para construir paquetes básicos de salud. En ella, como se revisa más adelante, la necesidad de salud se determina en base a la Carga de Morbilidad, indicador compuesto por las causas de muerte y discapacidad, priorizadas por orden de magnitud<sup>1</sup>. Los satisfactores de estas necesidades, es decir, las intervenciones más costo-efectivas para resolver esos problemas de salud constituirán la base para definir un paquete básico. La principal ventaja de esta estrategia es que permite asegurar que el paquete de servicios de salud, si se utiliza, generará los mejores resultados de salud para un gasto determinado.

Su principal desventaja, además de las serias dificultades técnicas (que se discutirán más adelante), es que, al no hacerse cargo de la demanda efectiva de las personas, genera un paquete que no siempre se relaciona con la demanda del usuario, tanto por no contener prestaciones demandadas, como por contener otras para las cuales no hay demanda.

La estrategia de partir de la demanda efectiva de las personas tiene un buen ejemplo es el caso de Nueva Zelandia. En el caso neozelandés, se creó un comité de priorización que definió como un supuesto básico que los servicios de salud que existen en un momento determinado son prestaciones que reflejan prioridades; reflejan los valores y prioridades de las generaciones pasadas. Por lo tanto, las prestaciones que se están otorgando en un momento no se cambiarán y constituirán el núcleo de un Paquete Básico de Salud. Este núcleo probablemente requiere cambios pero, más que al tipo de prestaciones, se refiere a la manera como se asignan los recursos para dichas prestaciones. ¿Cuáles son los beneficios de la prestación? ¿Vale la pena en relación al costo? ¿Es una intervención adecuada? ¿Es consistente con los valores del público?

Los principios para racionalizar estas prestaciones son consultados al público en términos de si se debe prestar ese servicio y a quién se le debe dar prioritariamente. Para ello, usaron audiencias públicas con gente sana y enferma y realizaron cuestionarios a personas y organizaciones. La comisión sigue desarrollando metodologías para mejorar la eficacia de la consulta popular, tales como informar previamente a los consultados. La ventaja es que un paquete así definido garantiza la satisfacción del usuario. Su principal desventaja es que no se hace cargo de los problemas propios del sistema de salud, por lo cual no garantiza que las prestaciones que se entregan sean las más costo-efectivas ni las de mayor impacto en la salud.

El PGBS debe ser también validado desde una perspectiva económica. Los recursos que se destinarán a financiar este plan estarán en última instancia de acuerdo con el nivel de desarrollo del país, optimizado de acuerdo con los niveles de eficiencia con que opere el sistema en su conjunto.

### ***Reforma de las acciones de salud pública: El Plan de salud pública (PSP)***

El PGBS estipula el acceso a las prestaciones de salud de tipo individual y principalmente con características de bien privado al que todo ciudadano debe tener acceso en el país. Este es el plan de salud cuya cobertura constituye mandato obligatorio y que el Estado asegura a toda la población subsidiando su adquisición a quienes no disponen de los recursos necesarios. La reforma comprehensiva del sistema de salud necesita como parte complementaria el Plan de salud pública (PSP), el cual garantiza la presencia del Estado en el campo de la salud pública que no es cubierta por los planes de seguro de carácter individual.

El sistema de salud chileno tiene en las actividades de salud pública una de sus mayores fortalezas, reconocidas y valoradas por toda la población. Por otra parte, una de las críticas a las reformas de sistemas de salud en otras partes del mundo es que se han descuidado las tareas de salud pública particularmente cuando los actores privados adquieren un alto protagonismo, centrándose exclusivamente en los aspectos vinculados con la atención médica curativa. En la propuesta actual se ha querido garantizar que las actividades de salud pública se fortalezcan y para ello se han buscado mecanismos que faciliten su monitoreo y garanticen su financiamiento.

Entre las actividades de salud pública se pueden distinguir dos categorías: aquellas de carácter individual y las de carácter colectivo. Las actividades de carácter individual son aquellas prestaciones de promoción o prevención de la salud que el Estado obliga a consumir a los individuos y que se otorgan de forma individual (por ejemplo: control de niño sano, exámenes de detección de problemas de salud como el Papanicolao, vacunas). Las de carácter colectivo, son aquellas prestaciones que el Estado obliga a que se apliquen al grupo o al territorio (por ejemplo, control sanitario de alimentos, control y prevención de epidemias).

Una tarea esencial de la reforma tiene que ser el fortalecimiento de las actividades de salud pública en el sistema de salud, garantizando la eficacia de los programas de fomento y protección dirigidos hacia los individuos como las medidas destinadas al colectivo y al medio ambiente.

Para garantizar que esto suceda, se propone financiar de manera independiente las actividades de salud pública de carácter colectivo de las de carácter individual. Las de carácter colectivo se agrupan en un Plan de salud pública (PSP) que podrá ser ejecutado por aquellos agentes que mejor garanticen su eficacia. Será un Plan de cobertura universal, financiado por impuestos generales, y será de responsabilidad del Ministerio de Salud su financiamiento y asegurar su provisión (Cuadro 3).

Las acciones de salud pública de carácter individual quedarán incorporadas como un plan preventivo al interior del Plan Garantizado de Beneficios de Salud. Este paquete preventivo debe ser obligatoriamente entregado por los administradores de PGBS.

### Cuadro 3

#### *Plan de prestaciones de salud pública para la comunidad*

---

<b>Plan de Salud Pública</b>
<b>Cobertura</b> Acciones de fomento y protección Personas y ambiente
<b>Elegibilidad</b> Todos los ciudadanos
<b>Provisión</b> Servicios de salud y otros agentes
<b>Financiamiento</b> Estatal
<b>Regulación y control</b> Ministerio de Salud

---

### **III. Financiamiento y organización del sistema de salud**

Existen diversas alternativas para efectos de financiar y organizar el sistema de seguros y prestadores del sector de salud, tal como lo prueban las distintas prácticas que rigen en países que poseen una organización similar en otros aspectos de la organización social (por ejemplo, los países de la OECD). A continuación se presenta una propuesta basada en dos tipos de consideración principales: (i) que sea compatible con la entrega del Plan Garantizado de Beneficios de Salud; (ii) que preserve las fortalezas que presenta la actual institucionalidad vigente en el país, a la vez que modifique sus aspectos más críticos. La propuesta admite variantes en determinadas materias, las cuales son oportunamente discutidas.

En materia de financiamiento, se postula modificar la actual obligación previsional de cotizar un 7% del ingreso por el mandato de adquirir el Plan Garantizado de Beneficios de Salud. Este tendrá un costo que considerará las características de edad, género y región de localidad de las personas, sin admitir otro tipo de diferenciación relacionado con los riesgos individuales de salud. La modificación propuesta es razonable puesto que obliga a la población a adquirir el seguro básico de salud, evitando las actuales situaciones de sobreaseguramiento que derivan en la asignación de recursos hacia áreas de carácter más bien superfluo.

Esta modalidad de financiamiento no cambia en esencia la actual lógica de recolección de recursos del sistema público, el cual efectúa redistribución de recursos entre personas con distinto riesgo específico de salud pero no así entre grupos que difieran en riesgo sistemático (puesto que los grupos de menor riesgo son captados en el sector de Isapres).

El financiamiento del PGBS admite dos variantes principales: cotizaciones o impuestos generales. Esta no es una materia esencial para los fines de la reforma de salud, sino más bien responde a modalidades alternativas de financiamiento que deben evaluadas en un estudio más específico. La primera alternativa es trabajar con un esquema similar al

actual, en que los trabajadores dependientes cotizan una fracción de su ingreso para adquirir el seguro de salud y en que el Fonasa subsidia en forma implícita a los adscritos al seguro público cuyo nivel de cotización es inferior al costo esperado del cuidado de su salud. En el caso del PGBS, la cotización estará determinada por las características de edad, género y región de localidad de las personas (riesgo comunitario), sin admitir diferenciación relacionada con los riesgos individuales de salud.

En este caso, el Estado subsidiará el acceso a la salud de las familias cuyas rentas sean insuficientes para la adquisición del plan garantizado. El costo de este plan dependerá del número de integrantes de la familia, así como de las citadas características de edad, género y región de residencia. Un problema a resolver es determinar la capacidad de pago de la familia; esto es, qué niveles de ingreso familiar harán necesario el subsidio público y en qué montos. Una alternativa natural es mantener la cifra del 7% del ingreso familiar, sólo para efectos de medir la capacidad de pago en materia de cotización para la salud. El monto del subsidio se calcula entonces como la diferencia entre el costo del plan garantizado para el grupo familiar y el citado 7% del ingreso familiar. Nótese que esta modalidad es esencialmente distinta de la obligación de cotizar el 7%, independiente del costo del plan.

El elemento crítico de la variante de financiamiento vía cotizaciones es la evasión asociada, la cual posee implicancias en el terreno del costo fiscal de la reforma así como de la noción de equidad horizontal (trato igual a los iguales). Hay que considerar como elemento de juicio que el actual esquema contiene un abultado monto de evasión, cercano al 50%, calculado sobre la base de las cotizaciones pagadas a Fonasa y del monto que debió haber sido pagado de acuerdo al nivel de ingresos de la población usuaria del Fonasa<sup>51</sup>. Evidentemente, los incentivos para evadir el pago de la cotización aumentan en la medida que se entregue un mejor plan de salud (PGBS) que el Fonasa actual y donde el Estado subsidia el acceso de todas las familias cuyo nivel *declarado* de ingreso sea insuficiente. En este contexto debe evaluarse la modalidad de financiar el PGBS con recursos provenientes de impuestos generales, bajo la cual *toda la población* contribuye con recursos al financiamiento de un plan que estará disponible para el *conjunto de las familias*. En particular, un incremento de 2 puntos del IVA en reemplazo de la cotización directa podría financiar el PGBS para todas las familias al nivel del costo de la actual canasta de prestaciones Fonasa. Por su parte, se requeriría un incremento del 3,1 puntos del IVA para financiar una canasta expandida cuyo costo promedio se aproxima a 0,5 UF mensuales (reemplazando también a la cotización directa)<sup>52</sup>.

Por otra parte, las Isapres podrán ofrecer coberturas adicionales voluntarias, las cuales requieren un pago complementario al estipulado para el plan obligatorio. De esta manera, quienes deseen mantener la actual cobertura de prestaciones de salud podrán hacerlo bajo convenios de libre concurrencia. Es esencial notar la diferencia entre estos planes adicionales y el plan mandado. Este último debe ser capaz de cubrir todas las prestaciones necesarias de salud, mientras que los planes adicionales posibilitarán el acceso a prestaciones y tecnologías de carácter opcional, hotelería hospitalaria y mayor grado de libertad de elección a la hora de elegir prestadores. En cambio, el plan obligatorio garantizará todo lo necesario, pero bajo condiciones más restrictivas de acceso y hotelería. La diferencia entre los planes obligatorio y adicionales *no* estriba en el

---

<sup>51</sup> Estimado según antecedentes de la encuesta Casen 1996.

<sup>52</sup> Estos cálculos considera que dos tercios de la actual canasta Fonasa se financia con impuestos. El costo actual de la canasta de prestaciones Fonasa es 0.4 UF per cápita y el valor de UF 0.5 es sugerido en el informe "Sistema de salud: un diagnóstico compartido" como un mínimo para financiar las necesidades actuales de salud.

racionamiento de prestaciones o tecnologías consideradas como necesarias para la población del país.

Un punto importante a discutir es la administración de los subsidios públicos para las prestaciones de carácter individual de salud. En la actualidad estos recursos son dirigidos a la red de establecimientos públicos, donde se atiende la población beneficiaria del Fonasa (cotizantes e indigentes). Una variante que ha sido mencionada en determinadas ocasiones es avanzar hacia un régimen de subsidios a la demanda, donde los recursos públicos son canalizados a las instituciones que las personas elijan para adquirir la cobertura obligatoria de salud. Esta modalidad es, sin embargo, inoperante en la medida que no se modifique el actual esquema de financiamiento de los establecimientos del sector público.

Para examinar el punto, considérese que la red del sistema público comprende -en orden de complejidad y requerimientos de infraestructura- a los consultorios y postas de atención primaria, los centros de diagnóstico y de especialidades, y a los distintos hospitales del sistema. Al respecto, cualquiera que sean los cambios en el sector, se precisa considerar que la mayor parte de la población del país seguirá acudiendo a los citados establecimientos en caso de necesidad de salud. No resulta ni privada ni socialmente conveniente establecer una red paralela de centros de prestadores que duplique la actual capacidad instalada (con la posible excepción de los centros de atención abierta, ver más adelante).

Esta realidad sugiere que el diseño de la asignación de los recursos públicos debe estar centrado en el área de los prestadores de salud antes que en el área de la administración de la cotización.

Al respecto parece sensato postular que Fonasa retenga la administración de los recursos públicos para la salud, al tiempo que guíe al conjunto de prestadores públicos hacia esquemas de gestión que favorezcan la mayor efectividad de los fondos fiscales. Dos elementos constitutivos de este cambio son *autonomía* en la administración de los establecimientos de la red pública de prestadores y *responsabilidad* por los recursos asignados. Estos conceptos involucran cambios estructurales en el sistema, puesto que la mayor autonomía pasa por abrir espacio a los administradores para que adecuen los insumos y personal a las necesidades de la operación del establecimiento, mientras que la responsabilidad del presupuesto requiere vincular el mismo al volumen de actividades, las cuales pueden medirse según prestaciones o personas atendidas, preferentemente sobre una base prospectiva<sup>53</sup>.

Un área que admite avances rápidos y efectivos son los centros de atención primaria. Al respecto es factible que su actual modalidad de financiamiento, un monto según el número de la población inscrita en el consultorio (sistema per cápita introducido en 1995), sea extensible a centros privados que acepten las reglas del juego establecidas: esquema citado de financiamiento para atención gratuita y supervisión técnica por parte del servicio de salud respectivo. Los requerimientos de infraestructura del sector son relativamente bajos, lo cual posibilita la rápida ampliación de la oferta de establecimientos en caso necesario. Más importante, se trata de la cara más visible del sistema de salud, que es frecuentemente requerida por la población del sistema público, y donde tiende a concentrarse parte importante de las críticas al sistema en cuanto a la oportunidad y calidad de la atención prestada. Se trata por tanto de un área donde es

---

<sup>53</sup> El tema es técnico y consiste en buscar mecanismos de financiamiento que concilien aspectos como la contención de costos con la calidad y oportunidad de la atención. Chile ha experimentado en términos pilotos con el sistema PAD-PPP, que constituye la alternativa natural a profundizar.



posible entregar una *señal* clara y efectiva de los cambios que vienen en el sector. Al mismo tiempo, se producirá el primer gran conflicto con los intereses gremiales de la salud, que argumentarán la defensa de sus posiciones sobre la base del discurso ideológico de la salud pública versus la privatización. Al respecto se requiere conducción política para situar el debate en los términos reales: salud centrada en los usuarios o en los prestadores. Claramente, la coexistencia de centros públicos y privados de atención primaria, que atienden a la población de bajos recursos bajo un esquema de financiamiento y regulación pública, es perfectamente consistente con las obligaciones que posee el Estado hacia la salud y la sociedad.

En el área de hospitales y centros de atención más compleja se requiere inscribir el Plan Garantizado dentro del esquema de prestadores vigentes, reforzando las áreas donde exista tal necesidad. Aquí es importante visualizar cómo conciliar la operación de los prestadores con la efectiva garantía de las prestaciones que ofrecerá el plan mandado de salud. A tal respecto se precisa desarrollar dos instrumentos: la posibilidad de opción para el usuario cuando la garantía de la oportunidad de la prestación no se ha cumplido y el financiamiento de tal opción de salida. Pero tal práctica ya ha sido avanzada en el tratamiento de las listas de espera, de manera que están sentadas las bases para la operación del esquema.

El PGBS, en el contexto de la transición, se plantea como un instrumento para la reforma, puesto que puede ir señalando los derechos que poseen los beneficiarios respecto de los aseguradores y proveedores y, dentro de estos últimos, de aquellos proveedores del sistema público que van transitando hacia la condición de autonomía. Para ello, se propone que el PGBS se conceptualice como un desarrollo en el tiempo, que se inicia con una definición muy amplia y general, con una descripción del tipo de prestaciones que serán consideradas y algunos plazos relativamente largos de garantía. En esta lógica, se sugiere que el primer PGBS que se defina represente más bien la intención de lo que se quiere llegar a obtener.

Un elemento central para el éxito de la reforma es que el PGBS sea reconocido y aceptado por todos los actores del sistema: los prestadores del sector público y privado, los aseguradores, los ciudadanos, las organizaciones sociales de trabajadores, la comunidad, los gremios de la salud, el Congreso, entre otros actores relevantes, como forma de avanzar hacia definiciones de amplio consenso que vayan legitimando el proceso. Tal vez, lo más práctico para el inicio de la experiencia es explicitar el actual plan de beneficios de Fonasa como PGBS e ir mejorándolo sistemáticamente en el tiempo conforme a la disponibilidad de mayores recursos económicos, sobre la base de una lógica de costo-efectividad que permita maximizar el impacto de agregar nuevas coberturas médicas en las condiciones de salud de la población.

En este sentido, cabe destacar que el Fonasa ha establecido recientemente una Carta de Compromisos con los usuarios donde se define el conjunto de derechos y obligaciones entre el Seguro Público de Salud y sus beneficiarios, compromisos que se han visto concretados en iniciativas como el Programa de Oportunidad de la Atención (POA) para garantizar una rápida solución de los casos que requieren atención hospitalaria y el Programa de Prestaciones Complejas que protege a los beneficiarios frente a eventos catastróficos de salud. Así, el POA establece el compromiso del Fonasa para resolver dentro de un plazo prudente aquellas patologías que requieren de internación e intervención quirúrgica, buscando posibilidades de solución dentro del propio espacio público de prestadores o, en su defecto, procediendo a contratar estos servicios con el sector privado bajo la modalidad de Pagos Asociados a Diagnósticos (PAD). Por su parte, el Programa de Prestaciones Complejas entrega soluciones

integrales a patologías de costosa resolución, como el cáncer, los trasplantes de órganos incluyendo las drogas inmunosupresoras, las cirugías cardio-vasculares, etc., y Fonasa se compromete también a brindar la atención en los establecimientos públicos o bajo su modalidad de convenios PAD con el sector privado. En el caso de la Atención Primaria, hay un gran avance con la definición y costeo de la canasta del Plan de Salud Familiar, la cual puede constituir el punto de partida para la definición del nivel primario del PGBS.

#### **IV. Manejo del riesgo en el financiamiento del Plan Garantizado de Beneficios de Salud**

Todo los sistemas de salud del mundo contienen arreglos para financiar los gastos de salud de la población. El carácter distintivo de la salud respecto a otro tipo de gastos radica en la naturaleza muchas veces aleatoria de los eventos de salud, el alto costo que pueden asumir los gastos de salud, y la naturaleza de necesidad básica del servicio. Estas características tornan necesaria la solución a dos tipos de problemas: (a) cómo se financia la salud de las personas de bajos ingresos; (b) cómo se financian los gastos elevados por tratamientos de salud.

Los problemas citados son conceptualmente diferentes, aun cuando en ocasiones son tratados con un mismo instrumento. Este es el caso de los sistemas de seguridad tradicionales que se financian con una cotización proporcional al ingreso para financiar los gastos de salud de la población a través de planes relativamente homogéneos de acceso a los servicios de salud. En este caso se redistribuyen recursos desde las personas de altos ingresos a aquellas de bajos ingresos, y desde quienes tienen un buen estado de salud hacia aquellos que experimentan problemas en la materia.

En el otro extremo, un sistema de seguros privados competitivos que cobre una prima en función de los gastos esperados de salud cumple una función pura de seguros, transfiriendo en forma ex-post recursos desde quienes no experimentaron problemas de salud hacia quienes sí los tuvieron. En este sistema, el financiamiento de la salud de los más pobres debe ser atendido con otro tipo de instrumento, como subsidios públicos para que las personas adquieran seguros en las compañías privadas o a través de entidades públicas que atiendan a la población de menores recursos. Nótese también que las transferencias ocurren entre personas pertenecientes a grupos con similar riesgo ex-ante de salud; en cambio, personas con distintos riesgos ex-ante (por ejemplo, jóvenes versus viejos) serán agrupados en grupos diferentes y se producirán transferencias de recursos al interior de estos grupos, pero no entre estos grupos.

La propuesta de reforma postula un sistema de manejo del riesgo que extrae los mejores elementos de cada uno de los sistemas citados. Por una parte, asegura a cada persona acceso al PGBS a través de un pago que no discrimina por el estado de salud de la persona ni por su nivel de ingreso. Por otra parte, posibilita que las administradoras del PGBS operen en forma competitiva, recibiendo una compensación de mercado que reconoce el riesgo de salud de cada afiliado.

El precio de acceso al PGBS sólo depende del número de dependientes, no del riesgo de salud de cada cual. Las personas de menores ingresos reciben un subsidio fiscal para financiar su compra del PGBS. Los administradores del PGBS reciben un pago por persona afiliada que ha sido ajustado por el riesgo ex-ante de salud, según las variables género, edad y otras a determinar. Una fracción del precio del PGBS se

destina a una reserva que financia los eventos catastróficos, definidos como los gastos que una persona efectuó en salud por sobre un determinado límite.

La propuesta introduce una prima pareja para los afiliados al PGBS, lo cual puede ser justificado tanto por criterios de equidad como de eficiencia. El concepto utilizado se denomina prima comunitaria, puesto que su valor cubre el riesgo de salud promedio de la población antes que el de grupos o individuos específicos. La propuesta implica un gran cambio respecto a la actual práctica en el mercado de seguros de las Isapres, donde la prima del seguro está asociada al riesgo médico del asegurado.

Desde un inicio es preciso establecer dos importantes calificaciones para evitar malos entendidos con la modalidad que se propone. Primero, la cotización requerida para el PGBS tiene como tope el valor de la citada prima comunitaria. Esta, por tanto, no intenta redistribuir ingresos entre distintos grupos socioeconómicos como acontece en la mayor parte de los sistemas tradicionales de seguridad social que utilizan algún concepto de prima comunitaria (incluyendo el actual caso del Fonasa).

Segundo, la operación de una prima comunitaria en un marco de seguros competitivos requiere que las compañías aseguradoras reciban un pago ajustado por el riesgo de cada afiliado. Así, las personas pagan una prima homogénea, pero las compañías reciben un pago ajustado por el riesgo sistemático de cada quién.

La principal justificación de un pago del PGBS que no discrimine por el riesgo de salud de las personas estriba en el evidente sentido de equidad de tal precepto. En efecto, el estado de salud forma parte intrínseca de la calidad de vida de las personas y, la más de las veces, escapa largamente a su control. Al ser así es difícil justificar un régimen que permite que el pago por acceder a la salud se encarezca con el nivel del riesgo o, dicho en forma más coloquial, que se "castigue a los enfermos" por la condición de serlo (esto es, un doble castigo).

Cobrar más caro a los más necesitados puede ser justificado desde una lógica económica estrecha. Sin embargo, es un concepto que es rechazado por la mayor parte de la población desde una perspectiva ética intuitiva. Este juicio es formalizado en aquellas propuestas de ética social donde los arreglos institucionales "justos" se deciden sobre la base de una elección hipotética por parte de los miembros de la sociedad cuando éstos no conocen la posición social que cada uno ocupará en la práctica, así como su género, estado de salud, habilidades, etc. ("velo de la ignorancia"). Es claro que bajo tal condición de incertidumbre las personas preferirán aquellos arreglos que provean prácticas que socialicen los riesgos de aquellos eventos no controlables, como son la mayor parte de los estados de salud de los individuos.

Por otra parte, no existen razones evidentes de eficiencia que recomienden el cobro de primas proporcionales al riesgo de salud de las personas. Nuevamente, si el estado de salud de las personas está mayoritariamente al margen del control de las mismas, entonces no hay espacios para que los precios cumplan su papel tradicional de inducir comportamientos eficientes en el sentido de castigar las acciones que conduzcan a enfermedades y demás riesgos de salud. En el caso extremo, si los eventos de salud son completamente exógenos al individuo, no hay ninguna razón de eficiencia que aconseje el cobro de primas discriminatorias según riesgo.

Por lo demás, la práctica de cobro según riesgo médico en sí misma contiene costos de eficiencia puesto que se deben destinar recursos para evaluar tal nivel de riesgo en un

contexto de fuertes asimetrías de información entre la población a asegurar y las compañías aseguradoras.

Los problemas de eficiencia asociados a un cobro parejo a los usuarios surgen en la presencia de riesgos endógenos o bajo control del individuo. Un ejemplo clásico son las conductas conocidamente riesgosas para la salud, como el hábito de fumar. ¿Deberían enfrentar un mayor pago las personas que a sabiendas deciden mantener tal hábito? ¿Sería más eficiente tal política para desalentar la conducta perniciosa? La respuesta conceptual a ambas preguntas es afirmativa; sin embargo, resulta dudosa la eficacia práctica de la prima diferenciada puesto que los fumadores tendrán incentivos para negar tal hábito. Al respecto constituye una mejor práctica castigar el hábito de fumar a través de una tasa de impuesto de tipo específico sobre la venta de cigarrillos (y canalizar parte de la recaudación hacia el sistema de salud).

Por otra parte, la utilización de la prima comunitaria es funcional a establecer seguros de largo plazo. En efecto, tal práctica tiene como implicancia intertemporal el que el individuo enfrentará un precio relativamente constante a lo largo de su vida para efectos del seguro de salud. Si bien es cierto que la prima (precio del PGBS) estará afectada a cambios que reflejen las variaciones generales en la demanda y oferta por prestaciones de salud, tales variaciones serán relativamente menores que las hoy día vigentes en el sistema de seguros privados, donde la diferencia de prima entre personas de distinta edad puede ser más que significativa.

Existen tres tipos de objeciones importantes que pueden levantarse contra la aplicación de una prima de tipo comunitaria: (a) que incentiva la selección de riesgos; (b) que implica una redistribución de la cotización entre los afiliados al PGBS; (c) que sería preferible cobrar el riesgo médico y establecer subsidios en los casos que no puedan financiar los afectados.

La primera de las objeciones es materia del tratamiento del ajuste por riesgo del pago que reciben las aseguradoras y es revisada en la próxima propuesta.

La segunda objeción, la redistribución forzosa de la cotización que la prima comunitaria implicaría para los afiliados al PGBS, descansa sobre una base equivocada. En efecto, la prima comunitaria representa un precio actuarial justo para un individuo, puesto que cubre sus gastos esperados para las prestaciones del PGBS a lo largo del ciclo de vida. Al respecto, es ilustrativa la estructura de gastos efectivos realizados por las Isapres abiertas para grupos de personas agrupados según edad y género. La prima comunitaria indizada a un valor de 100 se calcula sobre la base del gasto promedio para la población mayor de 18 años, ponderado por el tamaño relativo de cada uno de los segmentos considerados. Nótese que el ejercicio tiene sólo un fin ilustrativo en la medida en que la estructura de gastos de salud de las Isapres no corresponde necesariamente a los totales del país, sobre los cuales se calcularía la prima del PGBS.

**Cuadro 4**  
**Estructura relativa de primas según riesgo médico**

(Prima comunitaria adultos: 100)

	<b>0-1</b>	<b>2-17</b>	<b>18-44</b>	<b>45-59</b>	<b>60 y más</b>
<b>Hombre</b>	97,3	32,9	42,5	84,7	214,6
<b>Mujer</b>	82,9	33,8	92,5	130,6	242,8
<b>Promedio</b>	Prima menores: 37,2		Prima Comunitaria Adultos : 100		

Fuente: Sobre la base de gasto en Isapres abiertas y censo de 1992.

Así, de no mediar cambios en las condiciones globales de oferta y demanda, cada persona cancelaría durante cada período de su vida adulta una prima de 100. En el caso de las personas de ingresos bajos, el gobierno subsidiaría la diferencia entre este monto y la capacidad de pago. De tal manera, cada individuo suscribiría un contrato actuarial justo, puesto que espera recibir a lo largo de su vida un conjunto de beneficios de salud equivalentes al pago efectuado. No existe en este esquema una "confiscación" de la cotización, ni nada que se le parezca.

La tercera objeción postula que los individuos podrían pagar una prima que considere su riesgo médico (sistemático) y que el Estado podría establecer los subsidios del caso cuando ello no fuese así. Tal arreglo sería relativamente equivalente a la prima comunitaria puesto que en términos del Cuadro 4 la persona paga en cada etapa de su vida la prima que le corresponde (42,5 para los hombres jóvenes, 214,6 para hombres adultos mayores, etc.).

El principal problema con esta argumentación es que traslada al Estado parte de la responsabilidad individual que contiene la propuesta de la prima comunitaria. En efecto, en la propuesta alternativa, la mayor parte de los individuos jóvenes podría pagar sin necesidad de subsidios la prima que les corresponde a esa edad. Y una fracción considerable de estos mismos individuos recurriría al subsidio público en la edad más avanzada, en caso que sus ingresos futuros sean insuficientes para cubrir la cotización correspondiente a tal edad. Ello para individuos que en promedio podrían pagar la prima comunitaria a lo largo de su ciclo de vida sin mediar subsidios públicos. En otras palabras, la tercera objeción falla en la medida en que tiende a replicar el actual caso donde la mayor parte de los jóvenes pagan una prima correspondiente a su riesgo individual de salud (en las Isapres) y la mayor parte de los viejos accede al subsidio público para financiar sus gastos de salud (en Fonasa).

### **El tratamiento de las cargas familiares**

El precio del PGBS está expresado en términos individuales. ¿Significa esto que una familia integrada por 6 personas debe pagar 6 veces más por el PGBS que una compuesta por una persona? Nótese que en el caso actual de las Isapres se tarifica de acuerdo al riesgo esperado de cada cual de manera que los menores tienen una prima asociada que es más baja que los adultos, los hombres adultos más baja que las mujeres, etc. Así, el costo del plan del grupo familiar depende del tamaño y composición del mismo. En cambio, el sistema Fonasa actúa con un criterio de prima comunitaria tomando como unidad representativa al grupo familiar (la cotización no depende del tipo de familia).

Al respecto, la propuesta para el PGBS consiste en cargar la misma prima a todas las personas del grupo familiar, exceptuando el caso de los menores en cuyo caso se pagaría una fracción de la anterior. La justificación es no discriminar contra las familias con hijos. En efecto, como se desprende del Cuadro 4, el gasto promedio de los menores de 18 años ascendía a un 37,2% del gasto promedio de los adultos. Si se pagase la prima comunitaria promedio por cada integrante del grupo familiar, que asciende a 75 (promedio ponderado entre gasto adulto y menores), se castigaría a aquellas familias con mayor número de hijos, las cuales terminarían pagando un precio por el PGBS que está por encima de aquel justo en términos actuariales.

En el caso del ejemplo, la prima del PGBS por los menores -justa en términos actuariales- equivale a un 37,2% de la prima por persona adulta. Para garantizar la existencia de un mercado del PGBS, se necesita compensar financieramente a las administradoras que tendrán la obligación de proveer el seguro básico contra el pago de una prima que es independiente del riesgo individual de salud. La propuesta consiste aquí en ajustar las primas que reciban las administradoras del PGBS de acuerdo al riesgo ex-ante de salud de la población afiliada de manera que reflejen en forma más adecuada el gasto esperado de cada persona adscrita al PGBS.

Si el ajuste de las primas por el riesgo ex-ante de cada participante del sistema de seguridad en salud se efectúa correctamente, y logra compensar de manera fidedigna las diferencias en riesgo de los distintos segmentos de la población, entonces a la administradora le sería indiferente vender un PGBS a personas pertenecientes a clases de riesgo disímil. De esa manera, desaparecen los incentivos para realizar prácticas de selección de riesgos, las cuales discriminan contra las personas con mayores necesidades de salud.

Es materia de un estudio de detalle la especificación de los factores que considerar en el tratamiento del riesgo ex-ante. Entre los candidatos naturales están las variables de edad, sexo, lugar de residencia del afiliado y niveles de pobreza.

Así, el sexo del afiliado corresponde a un factor de riesgo ex-ante importante, puesto que las mujeres en edad fértil tienen un costo esperado en salud mayor asociado a la maternidad. La edad es otra característica importante que afecta el costo esperado en salud, puesto que a medida que avanza la edad crece la probabilidad de enfrentar gastos en salud más elevados.

El lugar de residencia del afiliado y sus cargas también incide en el costo esperado del seguro de salud ya que las condiciones de oferta de los servicios médicos, y por lo tanto el costo de los mismos, difieren dependiendo de cuán competitivo y extenso sea el mercado proveedor de estos servicios. Asimismo, el nivel de pobreza afecta el costo esperado de un seguro de salud ya que las condiciones socioeconómicas son un factor determinante del riesgo epidemiológico de la población.

La brecha entre el precio pagado por la población beneficiaria y el precio ajustado por riesgo que debe recibir la administradora necesita una instancia que haga las veces de caja de compensación entre las cotizaciones pagadas y aquellas recibidas.

Una alternativa sería constituir una entidad central recaudadora que posteriormente proceda a distribuir los pagos que corresponden efectivamente a cada aseguradora. Sin embargo, la propuesta postula como primera opción un arreglo alternativo. Así, se propone que sean las propias administradoras del PGBS las recaudadoras de las

cotizaciones de sus afiliados, y que se proceda a un ajuste posterior de carácter interno entre estas entidades, de manera que cada cierto tiempo (por ejemplo mensualmente) las administradoras determinen su saldo a favor o en contra de acuerdo a las cotizaciones recibidas del público y al monto que le corresponde por primas ajustadas por riesgo de su cartera de clientes, procediéndose a una compensación entre ellas que requiere sólo de su coordinación privada.

Aun cuando las especificidades del proceso son materia de estudios de detalle, la propuesta descrita -que puede ser denominada Fondo de Ajuste Virtual- tiene dos importantes ventajas: primero, torna más eficiente el proceso de recolección de las cotizaciones al depositar tal labor en las entidades que poseen mayores incentivos en la materia; segundo, ahorra la necesidad de crear un organismo ad-hoc para realizar el ajuste de las primas.

Por último, se precisa determinar la estructura relativa las primas ajustadas por el riesgo ex-ante para los principales grupos poblacionales. Se trata de un problema de resolución simple puesto que la alternativa natural es fijarlas en función del gasto per cápita observado (el año anterior) de las prestaciones de salud cubiertas por el PGBS según los grupos a considerar. De tal modo, las primas ajustadas por riesgo representan una estructura basada en precios actuariales justos. En términos del Cuadro 4, las referidas primas ajustadas por riesgo serían 2,17 veces para las mujeres de 18-44 años respecto de los hombres de igual edad; 5,1 veces para los hombres adultos mayores respecto de los jóvenes, etc.

### **La transición o puesta en marcha del sistema**

Una de las características del nuevo sistema de salud previsional es que las personas pagan una cotización que refleja el costo esperado de sus gastos en salud durante un perfil temporal que abarca toda su vida. Dado que normalmente los gastos en salud son crecientes en el tiempo, se genera una suerte de transferencia intertemporal en la cual los aportes durante los primeros años de la vida adulta son en promedio superior a los gastos médicos que se generan, al contrario de lo que ocurre en etapas más avanzadas de la vida.

Cuando se inicia la reforma, acceden al PGBS distintas cohortes de individuos y se genera una transferencia de riqueza desde las generaciones jóvenes a las de edad más avanzada. Estas últimas accederán a beneficios de salud por arriba de la prima promedio que se pagará por el PGBS.

Sin embargo, las generaciones jóvenes que financian esta transferencia se verán favorecidas en el futuro cuando la generación que les sigue realice contribuciones al sistema de salud que estarán por arriba de los gastos corrientes.

La prima comunitaria actúa como un sistema previsional de reparto, el cual puede partir con financiamiento completo a pesar de que las generaciones más viejas contribuyan menos que sus gastos esperados. De esta manera, el subsidio intergeneracional que reciben estas cohortes al inicio del PGBS puede ser simplemente aceptado como parte de las propiedades dinámicas de funcionamiento de los esquemas de reparto.

Cabe agregar que el esquema de reparto que implica la prima comunitaria está exento de los problemas típicos de los sistemas tradicionales de seguridad social que

funcionan sobre la base de un monopolio público afecto a problemas de equidad y de financiamiento. La propuesta de la reforma establece un sistema de reparto en un contexto de mercado que provee la transparencia y eficiencia de las que adolecen los esquemas tradicionales.

### **Tratamiento de los eventos catastróficos**

Para ilustrar la primera materia, consideremos que si la población se distribuyera aleatoriamente entre las administradoras del PGBS, el esquema de ajuste del riesgo ex-ante aseguraría la solvencia financiera de cada cual. Sin embargo, podría ocurrir que una compañía enfrentase una sobrerrepresentación de malos riesgos al interior de alguno de los grupos de población. Por ejemplo, la administradora A recibe todas las "mujeres, 18-44 años" que quedarán embarazadas, mientras la administradora B recibe el resto de este grupo. En este caso se podría requerir un mecanismo de compensación entre las compañías A y B, de manera de conciliar los objetivos de solvencia financiera y de no exclusión a la población beneficiaria. La compensación estaría financiada a nivel de sistema, puesto que el precio del PGBS se ha determinado sobre la base del riesgo del grupo tomado en conjunto.

La necesidad de un mecanismo de compensación depende del tamaño promedio de las administradoras del PGBS. Así, mientras más alta sea la cobertura de una administradora, mayor será la difusión de los riesgos al interior de su cartera. En el caso extremo, si operase una única firma en el mercado, desaparece la necesidad de un mecanismo de compensación, puesto que la firma enfrenta el riesgo poblacional (que está financiado con la prima del PGBS).

A pesar de que pueda haber consideraciones de solvencia financiera que aconsejen introducir requerimientos de tamaño mínimo para las administradoras del PGBS, las bondades de la competencia requieren un conjunto mínimo de firmas en el mercado. De esta manera no es conveniente forzar en demasía el tamaño de las administradoras.

En este caso, el camino más adecuado para tratar el riesgo ex-post sería su transferencia a terceros, como es el caso de compañías reaseguradoras. Bajo este esquema, las administradoras del PGBS podrían contratar un reaseguro para su cartera de afiliados. En cualquier caso, la compensación debe ser parcial para no eliminar los incentivos al manejo eficiente y contenedor de costos que cada compañía debe mantener. Como siempre, un seguro introduce una cuota de riesgo moral que desaconseja que se otorguen seguros completos.

Una potencial limitante de esta alternativa es que exista efectivamente un mercado de reaseguros para este tipo de riesgo. Si la determinación de los montos compensatorios es difícil de llevar a cabo por problemas de información y monitoreo, es posible que no se genere una oferta de reaseguros. En tal caso sería necesario evaluar la operación de un seguro de segundo piso de iniciativa pública, que haga las veces de reaseguro para las administradoras del PGBS.

Al respecto, el diseño del PGBS posibilita establecer una estructura de seguro de segundo piso con relativa facilidad. Para tal efecto se precisa destinar una fracción del precio del PGBS de manera de formar una reserva destinada a financiar los eventos catastróficos que enfrenten las administradoras del PGBS. Esta reserva podría ser administrada por entidades de seguro que compitieran por los fondos disponibles. Sin



embargo, una alternativa de seguro de segundo piso de carácter único puede cumplir también con el objetivo del reaseguro.

El parámetro clave en este diseño es la combinación entre dos elementos: (a) la fracción del precio del PGBS destinada a financiar el fondo de reaseguro y (b) la cobertura que tendría esta reserva. Resulta obvio que debe haber una correspondencia entre ambas variables de manera que el reaseguro esté financiado. De esta manera, una de estas variables asume un carácter dependiente del valor determinado para la otra.

El modo operativo para definir la cobertura del reaseguro es a través de gastos por encima de un monto máximo que por beneficiario cubrirán las administradoras del PGBS dentro de un período (un año). Esto es, el reaseguro opera cuando el gasto en financiar prestaciones cubiertas por el PGBS exceda el citado techo. Mientras más elevado sea el techo de la cobertura del PGBS que cubre la administradora, mayor es la fracción del riesgo que asumen estas entidades. Por cierto que el manejo del riesgo es su giro principal, de modo que el techo en cuestión debe ser alto. Pero un límite excesivamente alto puede ser elevar innecesariamente las primas del PGBS puesto que las firmas se cubrirán de los riesgos catastróficos a través de políticas conservadoras de precio. Asimismo, el traspaso de los riesgos financieros más elevados reduce las prácticas de selección de riesgos que las entidades que administren el PGBS pudieran (creativamente) establecer.

El problema puede ser conceptualizado como parte de la decisión sobre contenido y financiamiento del PGBS. En efecto, una vez definido el PGBS, procede establecer qué porcentaje de su cobertura será administrado en un mercado competitivo por parte de las firmas oferentes del PGBS y, por complemento, cuál será manejado en forma centralizada por el seguro de segundo piso.

No existen ventajas evidentes respecto de establecer un esquema competitivo en cuanto al seguro de segundo piso. Este puede entenderse como un esquema que redistribuye recursos desde las administradoras del PGBS que han estado sujetas a un bajo nivel de eventos catastróficos hacia aquellas que han experimentado riesgos por sobre el promedio esperado. Al respecto el reaseguro es una extensión del mecanismo de compensación de primas capitadas según riesgo ex-ante (edad, género y localidad) hacia eventos relacionados con el riesgo ex-post.

La entidad que administre los fondos del reaseguro debe tener capacidad para monitorear las acciones de las administradoras del PGBS. Ello, puesto que podría ser natural que algunas administradoras del PGBS establecieran prácticas ambiguas de modo de reembolsar fondos del segundo piso. La propia Superintendencia de Administradoras del PGBS, o bien una asociación de estas entidades, puede ser la entidad que administre el seguro de segundo piso. En el último caso, se puede establecer un mecanismo de incentivo financiero de modo de inducir el correcto manejo del fondo del reaseguro. Así, las eventuales pérdidas del fondo podrían ser financiadas entre las administradoras del PGBS de acuerdo con alguna regla pre-establecida (como cobertura relativa de mercado). Análogamente, los eventuales excedentes del fondo serían distribuidos entre las mismas administradoras. ¿Quién defiende a los usuarios de prácticas abusivas que intenten acrecentar indebidamente los excedentes? El mismo contrato que garantiza, en primer lugar, que el usuario adquiere derechos que la entidad administradora se compromete a cumplir.

La determinación de la cobertura y precio del reaseguro puede estar basada en la misma institucionalidad que determina el PGBS. En primer lugar, la Comisión de la Reforma establece como parte del PGBS cuál será el monto máximo que cubrirán las administradoras. Tal decisión debe estar basada en criterios técnicos que consideren las ventajas de la competencia a nivel de las administradoras versus las ganancias provenientes del manejo centralizado de los riesgos más elevados. Una primera estimación de la fracción del precio del PGBS que debe financiar el reaseguro puede provenir de las estadísticas históricas de los gastos del sector en el sector de Isapres. El precio de referencia que se utiliza para determinar los subsidios públicos puede servir también como referente del reaseguro. Así, el aporte por beneficiario al fondo de reaseguro se calcula como un monto fijo, proveniente de multiplicar el citado precio de referencia por la fracción de gastos del PGBS que cubrirá en forma estimativa el reaseguro. Este monto es recaudado directamente por las administradoras, que cobran un precio del PGBS que contiene dos partes: la prima que financiará el PGBS que ofrece la propia entidad, y el monto fijo que por beneficiario debe depositar en el fondo de reaseguro.

### **Las enfermedades pre-existentes**

El segundo tipo de problemas que hay que resolver se refiere a la existencia de algún mecanismo por medio del cual se le otorgue movilidad al afiliado que presente enfermedades pre-existentes para cambiar de asegurador con el fin de preservar la competitividad en el mercado asegurador. El problema surge en la medida en que la movilidad del afiliado no puede lograrse a cambio de un incremento en el valor de su prima previamente pactada, lo cual ocurriría en un contexto de primas libres.

El análisis que sigue es pertinente para el estado estacionario, donde las personas ya se encuentran cubiertas por el PGBS. El tratamiento de la transición referido a la puesta en marcha del nuevo sistema requiere un trato particular que se detalla al final de la sección.

Compatibilizar los objetivos de seguridad de largo plazo y de movilidad tiene una solución teórica. Esta consiste en que, en caso de que un afiliado decida cambiar de asegurador, exista algún mecanismo de compensación entre la entidad aseguradora que recibe al afiliado y la entidad aseguradora que ve terminado su contrato de PGBS. Si el afiliado que decide cambiarse de asegurador resulta ser una persona que ha experimentado un siniestro que implica un costo en salud mayor al riesgo promedio reflejado en la prima, la entidad aseguradora que recibe a este afiliado no sube la prima sino que es compensada por la aseguradora que ve terminado su contrato. La compensación corresponde al valor presente de los costos asociados al siniestro médico que experimentó la persona.

Por otra parte, si el afiliado que decide cambiar de asegurador corresponde a una persona que ha resultado sana hasta el momento, y que por lo tanto su costo de salud es menor al promedio reflejado en su prima, el nuevo asegurador debe indemnizar a la compañía que ve terminado su contrato por el valor presente de la caída en el valor de la prima producto de que la persona tuvo menor riesgo que el promedio.

El esquema de compensaciones descrito presenta desafíos de implementación. El principal problema es la determinación del monto a compensar cada vez que un afiliado decide cambiar de asegurador, puesto que es preciso determinar el valor presente de los costos de una enfermedad por sobre el costo promedio de la cartera

cuando un afiliado enfermo abandona un contrato de PGBS, así como la diferencia entre el costo promedio de la cartera y el de una persona sana cuando éste abandona la firma. La determinación del monto de las compensaciones requiere así de información en relación a la evolución de los costos de los tratamientos médicos asociados a una determinada patología, conocer las tablas de morbilidad futura de los que inician una enfermedad de largo plazo, y el efecto que tiene una patología sobre la probabilidad de ocurrencia de otro tipo de enfermedad.

Cabe hacer notar que el citado sistema de compensaciones entre aseguradores sólo se requiere si se quiere dar movilidad o libertad de elección de contratar el PGBS a las personas que hayan sufrido un siniestro que signifique un incremento en su patrón de gastos en salud. Si se acepta que la movilidad de estas personas no es de vital importancia para el funcionamiento eficiente del sistema de seguridad en salud, entonces no es necesario implementar este sistema de compensaciones y sólo bastaría con cláusulas que limiten la posibilidad de los aseguradores de poner término en forma unilateral a los contratos de PGBS, junto a los esquemas de regulación que garanticen que el paciente obtenga la atención de salud que su condición amerita.

Existe sin embargo una alternativa intermedia que provee movilidad parcial de los afiliados siniestrados en cuanto a su elección de proveedor de servicios médicos. Esta alternativa contempla que el contrato de PGBS ofrecido por cada uno de los aseguradores contemple en forma explícita uno o más proveedores que se harían cargo de prestar los servicios médicos asociados a una enfermedad que incrementa el perfil de gastos del asegurado por sobre el costo promedio de la cartera. Bajo este esquema, si un afiliado sufre una enfermedad que implica un perfil de gastos muy superior al costo promedio de la cartera promedio, el primer asegurador tiene la obligación de ofrecer los servicios médicos requeridos de manera indefinida mientras la enfermedad persista con el conjunto de proveedores definidos de antemano. De esta manera, existe la posibilidad de que la persona pueda cambiar de asegurador dado que el mayor costo asociado a la enfermedad no es asumido por el nuevo oferente de PGBS sino por la compañía a la cual pertenecía antes de sufrir la enfermedad.

El hecho de que se definan los proveedores a los cuales el asegurado puede acudir en caso de sufrir una enfermedad de alto costo constituye una dimensión más de competencia en el mercado asegurador. Las personas que evalúen qué PGBS contratar deberán considerar la lista de proveedores cerrados que se ofrecen para esta eventualidad. Ello incentiva a que se ofrezcan buenas alternativas de atención a aquellos que no tienen la opción de cambiar de proveedor después de que han sufrido una enfermedad de alto costo.

Una limitante de esta alternativa es que la ocurrencia de una enfermedad no es independiente del actual estado de salud de un individuo. En otras palabras, la probabilidad de que una persona adquiera una enfermedad dado que presenta una dolencia es mayor que la probabilidad de que la adquiera si es que se encuentra sana. Esta interdependencia genera un problema para disociar el costo de una enfermedad que debe ser responsabilidad del primer oferente del PGBS.

¿Cómo se incorporan las personas con enfermedades pre-existentes cuando se inicia la reforma? Una alternativa contempla la instauración de un subsidio directo del Estado a las personas con enfermedades pre-existentes y limitada capacidad de pago. En este caso cada persona que se incorpora al sistema tiene derecho a un "bono de reconocimiento", financiado por el Estado, equivalente al valor presente de los costos médicos asociados a su enfermedad pre-existente. Con este bono de reconocimiento,

la persona puede contratar directamente los servicios de un proveedor competitivo en el mercado para el tratamiento de su enfermedad y acudir a un asegurador por un PGBS que le cubra los riesgos financieros asociados a otras patologías que potencialmente pueda contraer. Alternativamente, el bono puede ser utilizado para pagar un monto de suma alzada al oferente del PGBS y que le compense por el valor presente de la mayor prima que le significa un afiliado con una enfermedad pre-existente.

Esta alternativa plantea problemas de implementación al tener que determinar el valor presente del costo médico por tipo de patologías. Si este valor es difícil de estimar, y por lo tanto el subsidio difícil de definir, una variante sería que el Estado se comprometiera con un proveedor preferido a financiar los gastos de estas personas en cuanto a sus enfermedades pre-existente.

Otro tipo de enfoque es asignar en forma aleatoria a estas personas entre las administradoras del PGBS, controlando por el tamaño de cada firma. La lógica de este procedimiento es bastante obvia. En la medida en que la prima comunitaria del PGBS incorpora el riesgo global de la población, incluyendo los eventos más caros, el sistema tiene la capacidad de financiar el tratamiento de las personas con riesgos ya declarados. El problema se limita a cómo asignar a estas personas a las distintas administradoras. Al respecto, cualquier método de distribución que sea utilizado debe repartir en forma equitativa el mayor costo que significa la atención de estas personas. Por ello, un procedimiento que considere el tamaño de cada firma resulta más conveniente en la medida en que el costo relativo al volumen de operación se mantiene relativamente constante entre administradoras.

## **V. Necesidades de financiamiento**

Esta sección presenta una estimación de los requerimientos de financiamiento que se derivarán de la propuesta de salud. La metodología se basa en establecer el PGBS sobre la base de la actual canasta de prestaciones del sector público, cerrando las brechas de atención allí presentes y adicionando el grupo de beneficiarios que tendrían planes inferiores en el actual sistema de Isapres.

### **La actual canasta de prestaciones del sector público**

El sector público de salud proporciona un número de prestaciones a sus beneficiarios en la modalidad de atención institucional en tres niveles de atención: el primario, que comprende los consultorios de atención primaria municipalizados y no municipalizados y se encarga principalmente de las actividades de prevención y promoción de salud; el secundario, que comprende aquellas actividades de consulta de especialidades y resolución a nivel ambulatorio de determinadas intervenciones quirúrgicas, y el terciario, en el cual se resuelven todas aquellas patologías que por su complejidad requieren un nivel de atención más sofisticado.

Paralelamente, la modalidad de libre elección ofrece una alternativa a los beneficiarios que puede comprender desde los niveles de atención primario hasta los terciarios. Cabe destacar que los copagos establecidos en esta modalidad de atención hacen accesibles los niveles terciarios solamente a un número determinado de beneficiarios, dado que se deben soportar altísimos aportes directos (copagos).

En el Cuadro 5 se presenta la canasta de prestaciones ofrecida en las distintas modalidades de atención por glosa de prestaciones (prestaciones agrupadas en grandes ítems bajo un común denominador). Además, para la modalidad de atención institucional se presenta clasificada por niveles de atención<sup>54</sup>.

Se puede apreciar del Cuadro 5, que el sector público de salud proporciona alrededor de 128.000.000 de prestaciones anuales, de las cuales el 85% se otorga en la modalidad de atención institucional y el 15% restante en la modalidad libre elección.

**Cuadro 5**

**NÚMERO DE PRESTACIONES SECTOR PÚBLICO DE SALUD  
MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y LIBRE ELECCIÓN. AÑO 1997**

Glosa de Prestación	NIVELES DE ATENCIÓN			SUBTOTAL MAI	SUBTOTAL MLE	TOTAL
	Primario	Secundario	Terciario			
Atenciones Abiertas	30.458.803	5.270.201	12.329.605	48.058.609	5.963.126	54.021.735
Exámenes de Diagnóstico	3.084.108	525.366	32.736.525	36.345.999	6.963.079	43.309.078
Procedimientos de Apoyo Clínico	151.164	13.653	601.589	766.406	-	766.406
Proc. Diagnóstico y Terapeutico	-	39.278	571.668	610.946	3.773.586	4.384.532
Intervenciones Quirúrgicas	251.291	13.152	709.434	973.877	97.111	1.070.988
Partos	-	-	127.321	127.321	4.216	131.537
Atención Odontológica	3.788.376	4.028	215.544	4.007.948	-	4.007.948
Hospitalización	-	276	6.700.591	6.700.867	725.374	7.426.241
Resto de Prestaciones	8.267.230	49.178	5.340.655	13.657.063	52.968	13.710.031
<b>TOTAL</b>	<b>46.000.972</b>	<b>5.915.132</b>	<b>59.332.932</b>	<b>111.249.036</b>	<b>17.579.460</b>	<b>128.828.496</b>

Fuente:

- Fondo Nacional de Salud, 1998.

Notas:

1. Intervenciones Quirúrgicas de nivel primario MAI solo considera "Tegumentos".
2. Hospitalización en nivel secundario MAI considera solamente "Camilla de Observación".
3. Para MLE se ha anotado todas las prestaciones en Proc. Diagnósticos y Terapeuticos debido a su clasificación en el Arancel de prestaciones. No obstante, una parte corresponde a Proc. de Apoyo Clínico.

Como es de esperar, para ambas modalidades de atención y en todos los niveles de atención de la modalidad institucional, las atenciones abiertas constituyen un gran porcentaje de las atenciones totales que en promedio representan más del 40%, con su máxima expresión en la atención secundaria de la MAI con un 89%, seguido de la atención primaria con un 66%, un 34% en la modalidad libre elección y solamente un 21% en la atención terciaria, lo cual no es difícil de explicar dado que su orientación es exclusivamente a resolver problemas de alta complejidad.

Así también, las intervenciones quirúrgicas ostentan una representación porcentual mayor en la atención terciaria de la modalidad institucional que en los otros niveles o modalidad. Por efecto directo, los días camas (hospitalización) también deben tener un

<sup>54</sup> Debido a la administración actual de los consultorios de atención primaria, una parte de ellos se ubica en la salud municipalizada mientras que el resto depende del SNSS. Desde la perspectiva de los registros, los primeros tienen un sistema denominado Fapem, mientras que los segundos son considerados en los registros generales del SNSS, sin poder distinguir claramente las prestaciones de nivel primario otorgadas en el SNSS. Además, existen Centros de Referencia de Salud (CRS) que proporcionan las atenciones secundarias cuyos registros son individualizados. Sin embargo, se tiene la existencia de Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) que proporcionan atenciones de nivel secundario y que, por los sistemas de registros actuales, presentan la misma dificultad que la atención primaria no municipalizada. En el Anexo 1 se presenta la metodología de separación de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria en el SNSS.

comportamiento similar al enunciado anteriormente, lo cual se reafirma con los datos del cuadro en cuestión.

Finalmente, la modalidad libre elección tiene un comportamiento similar a su homóloga a nivel agregado, con porcentajes por cada ítem de prestación parecidos, que debido a inexistencia de algunos ítems (prestaciones odontológicas) y/o forma de presentación (procedimiento de apoyo clínico) alteran un poco los resultados.

Otro tipo de beneficio que proporciona el sistema público de salud corresponde al subsidio de incapacidad laboral (SIL), el cual permite cubrir la remuneración del cotizante afectado por alguna enfermedad. Cabe destacar que Fonasa financia las licencias de sus cotizantes activos dependiendo si éstos se encuentran o no afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF). Si están afiliados, el pago se realiza por las CCAF; en caso contrario, se efectúa por los servicios de salud. Como se muestra en el Cuadro 6, Fonasa financió durante 1997 un total de 662.676 licencias que corresponden a 8 millones de días, con un costo total de 41.537 millones de pesos. De este total, las licencias otorgadas en las CCAF representan un 55% del total de licencias, con un promedio de días por licencia de 13,1. Por otro lado, las licencias financiadas a través del SNSS representan alrededor del 45%, con menos días promedio de licencia, cuyo guarismo llega a 10,8 días.

**Cuadro 6**  
**SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD LABORAL**  
**SNSS Y CCAF. AÑO 1997**

Tipo de Subsidio	Número de Licencias	Número de Días de Lic.	Núm. Prom. de Días
Curativa	284.414	3.050.687	10,7
Preventiva	450	13.652	30,3
Maternal Suplementario	16.604	195.643	11,8
Enfermedad (*)	361.208	4.748.133	13,1
<b>TOTAL</b>	<b>662.676</b>	<b>8.008.115</b>	<b>12,1</b>

\* Licencias otorgadas por las CCAF no distinguen por Curativa, Preventiva o Maternal Suplementario.

### **Población a ser financiada por el Estado**

A partir de la información que proporcionan los módulos operacionales de Fonasa, junto a los boletines estadísticos de la Superintendencia de Isapre y el Instituto Nacional de Estadística, es posible realizar un análisis respecto de cuál es la población a la cuál el Estado debiera financiar en sus gastos de salud.

Para estos efectos, la población se ha dividido de acuerdo a los tipos de bienes de salud que acceden. Para los bienes de salud pública se considera el conjunto de la población del país, toda vez que este tipo de bienes no hace ninguna distinción respecto de la adscripción previsional de las personas (por ejemplo, la entrega de leche del programa de alimentación complementaria PNAC).

Como se puede apreciar en el cuadro 7, la población total del país durante 1997 alcanzaba a 14,6 millones de chilenos, de los cuales alrededor de 8,5 se encontraban adscritos al sistema público de salud, lo cual representaba un 59% de la población del país, en tanto un 27% casi 3,9 millones de personas, estaba en el sistema privado de salud cubierto por las Isapres y más de dos millones de personas no tenían ningún sistema previsional, o pertenecían a algún otro tal como Fuerzas Armadas o bien mantenían seguros privados<sup>55</sup>.

**Cuadro 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR SISTEMA DE SALUD**  
**AÑO 1997**

POBLACION	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL PAIS	14.622.354	100%
TOTAL ISAPRE	3.887.784	27%
TOTAL FONASA	8.574.300	59%
TOTAL OTROS	2.160.270	15%

Fuentes: Módulos FONASA, boletines SISP, INE

Respecto de aquella población que demanda bienes asegurables de salud en el sistema público de salud, es posible señalar que los 8,6 millones de personas de Fonasa se distribuyen de acuerdo a las rentas que presentan los cotizantes de este sistema y se clasifican así en los llamados Grupos de Salud: los grupos A, B, C y D. Los clasificados como A son las personas que no efectúan cotizaciones para salud puesto que no tendrían de recursos, los B son personas en que el jefe de familia o afiliado gana una renta entre 0 y \$81.400 pesos, y los clasificados como grupo C son personas cuyas rentas van entre \$81.500 y \$104.000 y finalmente las personas del grupo D presentan un ingreso superior a los \$104.000. Cabe agregar que estas cifras pueden estar sujetas a problemas de subdeclaración, puesto que el acceso a la mayor parte de las prestaciones de salud en el sistema público no está relacionado con el monto de la cotización realizada. Más aún, el nivel de renta determina la necesidad del copago en la modalidad de atención institucional, incrementando los incentivos para la subdeclaración de ingresos (Cuadro 8-A).

<sup>55</sup> Cabe señalar que esta última cifra puede estar sobreestimada si consideramos que dentro de las personas clasificadas como "otros" existen algunos que no tienen seguro de salud y probablemente se están atendiendo como personas carentes de recursos en el sistema público de salud.

**Cuadro 8-A**  
**COTIZANTES FONASA SEGÚN INGRESO**  
**AÑO 1997**

<b>TRAMOS DE RENTA</b>	<b>NUMERO</b>
0-40000	384.091
40001-100000	1.731.568
100001-150000	495.396
150001-200000	242.812
200001-250000	125.037
250001-300000	66.520
300001-350000	40.070
350001-400000	25.361
400001-450000	15.307
450001-500000	9.236
500001-6000000	10.226
600001-+	11.185
<b>TOTAL</b>	<b>3.156.809</b>

Fuente: Módulos FONASA

**CUADRO 8-B**  
**BENEFICIARIOS FONASA SEGÚN EDAD**  
**AÑO 1997**

<b>EDAD</b>	<b>NUMERO</b>
0-19	2.733.692
20-24	568.530
25-29	578.014
30-34	626.568
35-39	619.349
40-44	517.010
45-49	418.688
50-54	373.771
55-59	332.611
60-64	296.026
65 Y +	954.093
S/ESPEC.	555.948
<b>TOTAL</b>	<b>8.574.300</b>

Fuente: Módulos FONASA.

En cuanto a la distribución de la población beneficiaria de Fonasa por edad, se observa que prácticamente el 15% de la población tiene más de 60 años y el 12% más de 65 años, concentrando a gran parte de la población adulta mayor del país. Asimismo, las personas jóvenes menores de 19 años representan alrededor del 34% del total de los beneficiarios del Fondo (Cuadro 8-B).

Si se analiza la distribución de los cotizantes de Fonasa se aprecia que ellos se concentran los 60 y 65 años, grupo que representa aproximadamente a un 26% del



total de cotizantes de Fonasa. La explicación para este hecho reside en que se trata de pensionados adscritos al Fonasa cuya renta es directamente controlada por el INP. Esto es, se trata de un grupo que posee un alto riesgo de salud (lo cual hace racional su adscripción al sistema público) y que no tiene la posibilidad de subdeclarar sus ingresos en comparación con otros grupos beneficiarios del Fonasa.

Cuando se realiza el mismo análisis de la población adscrita al sistema de Isapres (Cuadro 9), se observa que los beneficiarios de las Isapres se encuentran mayoritariamente en el rango de edad de los 0 a 30 años y que representan aproximadamente un 67% de la población de las Isapre, mientras que las personas mayores de 60 años sólo representan un 3,5% del total de la población.

**Cuadro 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS ISAPRES SEGÚN EDAD Y SEXO**

TRAMO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
0-19	737.784	698.002	1.435.786	36,93%
20-24	207.778	166.065	373.843	9,62%
25-29	223.145	196.895	420.040	10,80%
30-34	213.858	195.401	409.259	10,53%
35-39	178.738	174.638	353.376	9,09%
40-44	135.220	139.089	274.309	7,06%
45-49	102.662	106.337	208.999	5,38%
50-54	81.068	82.175	163.243	4,20%
55-59	55.405	55.245	110.650	2,85%
60-64	32.188	30.577	62.765	1,61%
65-69	18.429	18.994	37.423	0,96%
70-74	8.657	10.055	18.712	0,48%
75-79	3.829	5.413	9.242	0,24%
80-84	1.710	3.216	4.926	0,13%
84+	1.814	3.397	5.211	0,13%
<b>TOTAL</b>	<b>2.002.285</b>	<b>1.885.499</b>	<b>3.887.784</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Superintendencia de Isapres.

Al realizar un análisis de los cotizantes del sistema de Isapres (cuadros 10 y 11), se puede observar que prácticamente un 75% de la población de este sistema se encuentra en un rango de edad entre los 0 y 45 años y corresponde mayoritariamente a personas de altos niveles de ingreso. Cerca de un 40% se encuentra en un rango de rentas que van desde los \$500.000 a más de \$800.000.

**Cuadro 10****DISTRIBUCIÓN DE COTIZANTES ISAPRES SEGÚN EDAD Y SEXO**

TRAMO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
0-19	17.692	5.196	22.888	1,32%
20-24	134.982	60.553	195.535	11,32%
25-29	207.007	107.353	314.360	18,19%
30-34	210.825	95.561	306.386	17,73%
35-39	176.718	78.982	255.700	14,80%
40-44	133.563	64.850	198.413	11,48%
45-49	101.119	49.125	150.244	8,70%
50-54	79.440	35.796	115.236	6,67%
55-59	53.965	23.470	77.435	4,48%
60-64	31.164	13.529	44.693	2,59%
65-69	17.497	8.066	25.563	1,48%
70-74	7.889	3.927	11.816	0,68%
75-79	3.311	1.905	5.216	0,30%
80-84	1.379	1.106	2.485	0,14%
84+	905	869	1.774	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>1.177.456</b>	<b>550.288</b>	<b>1.727.744</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Boletines SISF

**Cuadro 11****COTIZANTES ISAPRE SEGÚN TRAMO DE INGRESO**

TRAMO DE RENTA	NÚMERO	PORCENTAJE
0-40000	12.599	0,73%
41000-100000	80.611	4,67%
101000-150000	166.332	9,63%
151000-200000	198.989	11,52%
200001-250000	180.105	10,42%
251000-300000	151.216	8,75%
301000-350000	128.330	7,43%
351000-400000	107.095	6,20%
401000-500000	154.027	8,91%
501000-600000	107.901	6,25%
601000-700000	75.172	4,35%
701000-800000	59.191	3,43%
801000-+	250.290	14,49%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.671.857</b>	<b>96,77%</b>
PENSIONADOS	55.887	3,23%
<b>TOTAL</b>	<b>1.727.744</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Boletines SISF

A partir de la información anterior, uno puede realizar una serie de supuestos que permitan calcular la población potencialmente beneficiaria de Fonasa en caso de que ocurra un traslado de personas desde las Isapres, ya sea por su avanzada edad o bien a raíz de las bajas rentas que tienen. En este sentido, al hacer un ejercicio de simulación respecto de que todas las personas mayores de 60 años para el caso de las mujeres y 65 de los hombres que actualmente se encuentran en el sistema de Isapres se trasladaran a Fonasa, la población potencialmente beneficiaria del sistema público alcanzaría a 8,6 millones de personas, trasladándose 106.000 personas.

Por otra parte, al hacer el mismo ejercicio de simulación para el caso de las rentas bajas de las personas de las Isapres, suponiendo que potencialmente se trasladaran todas las personas cuyas rentas son inferiores a \$200.000 y que actualmente se encuentran recibiendo el subsidio del 2% de cotización adicional, el número de potenciales beneficiarios de Fonasa producto de este traslado alcanzaría a 9.093 millones de personas, producto de un traslado de alrededor de 500.000 beneficiarios desde las Isapres, siendo 192 mil los cotizantes que se trasladan. Al hacer el mismo ejercicio anterior, pero suponiendo que se trasladan sólo aquellos cotizantes que perciben una renta inferior a los \$200.000 y que tienen al menos una carga, los beneficiarios potenciales de Fonasa alcanzarían a 9.015 millones de personas, ocurriendo un traslado de aproximadamente 440 mil beneficiarios y 114 mil cotizantes.

### **Valorización de las canastas de prestaciones del sector**

Los ítems de prestaciones señalados en el Cuadro 5 se valorizaron de acuerdo a los precios establecidos para cada una de las prestaciones de salud otorgadas y la modalidad de atención. En el Cuadro 12 se presentan los resultados, los cuales muestran que el total de atenciones médicas durante el año 1997 otorgadas por el sistema público de salud, asciende a la suma de 609.137 millones de pesos.

**Cuadro 12**  
**VALOR DE LAS PRESTACIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y LIBRE ELECCIÓN. AÑO 1997**

Glosa de Prestación	NIVELES DE ATENCIÓN			SUBTOTAL MAI	SUBTOTAL MLE	TOTAL
	Primario	Secundario	Terciario			
Atenciones Abiertas	49.915.895	15.988.105	56.582.941	122.486.941	34.167.145	156.654.086
Exámenes de Diagnóstico	5.856.791	1.124.107	66.188.566	73.169.464	26.249.603	99.419.067
Procedimientos de Apoyo Clínico	1.253.477	52.551	9.333.998	10.640.025	-	10.640.025
Proc. Diagnóstico y Terapéutico	-	223.958	6.495.490	6.719.448	26.450.914	33.170.362
Intervenciones Quirúrgicas	4.926.444	261.738	55.327.351	60.515.533	11.415.347	71.930.880
Partos	-	-	11.996.096	11.996.096	792.112	12.788.208
Atención Odontológica	10.948.156	184.982	13.897.421	25.030.558	-	25.030.558
Hospitalización	-	869	169.377.395	169.378.265	2.391.123	171.769.388
Resto de Prestaciones	7.514.236	44.743	19.052.038	26.611.017	1.123.460	27.734.477
<b>TOTAL</b>	<b>80.414.998</b>	<b>17.881.053</b>	<b>408.251.296</b>	<b>506.547.347</b>	<b>102.589.704</b>	<b>609.137.051</b>

Fuente:

- Fondo Nacional de Salud, 1998.

Notas:

1. Intervenciones Quirúrgicas de nivel primario MAI solo considera "Tegumentos".
2. Hospitalización en nivel secundario MAI considera solamente "Camilla de Observación".
3. Para MLE se ha anotado todas las prestaciones en Proc. Diagnósticos y Terapéuticos debido a su clasificación en el Arancel de prestaciones. No obstante, una parte corresponde a Proc. de Apoyo Clínico.

De este total, el 83% es gastado en la modalidad de atención institucional, dejando solamente el 17% restante a la modalidad libre elección. En la modalidad institucional, como es de esperar, la mayor participación la tiene la atención terciaria con un 81% de ésta modalidad.

Por su parte, el costo de los subsidios de incapacidad laboral durante el año 1997 representaron para Fonasa un desembolso de 41.538 millones de pesos. El Cuadro 13 presenta los costos del subsidio. En este cuadro se puede apreciar que el 65% del

gasto del subsidio se encuentra en las CCAF, con un costo promedio por día de licencia de \$5.819.

Finalmente, en el Cuadro 14, se presenta el costo de los bienes de salud pública otorgados durante el año 1997. Estos bienes representaron un gasto de 95.907 millones de pesos, dentro de los cuales las licencias pre y post natales (fondo único de prestaciones familiares) representan alrededor del 51% del total. Le sigue en importancia el programa nacional de alimentación complementaria (PNAC) con un 29%. Muchos de estos bienes no contemplan registro de cantidades, dado que corresponden a procedimientos tales como control de marea roja o centros de alcoholismo, con lo cual se presentan solamente los montos asignados.

**Cuadro 13**  
**COSTOS DEL SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD LABORAL**  
**SNSS Y CCAF. AÑO 1997**

Tipo de Subsidio	Número de Días de Lic.	Costo del Subsidio (MM\$)	Costo Promedio (\$)
Curativa	3.050.687	13.163	4.315
Preventiva	13.652	62	4.541
Maternal Suplementario	195.643	684	3.496
Enfermedad (*)	4.748.133	27.629	5.819
<b>TOTAL</b>	<b>8.008.115</b>	<b>41.538</b>	<b>5.187</b>

\* Licencias otorgadas por las CCAF no distinguen por Curativa, Preventiva o Maternal Suplementario.

**Cuadro 14**  
**BIENES DE SALUD PÚBLICA**  
**AÑO 1997**

<b>NOMBRE</b>	<b>MONTO (M\$)</b>
Programa Nacional de alimentación Complementaria	27.335.538
Vacunaciones	2.554.768
Subsidios Maternales (F.U.P.F.)	49.328.000
Atenciones Sobre el Medio Ambiente	9.000.933
SIDA	2.488.968
Centros de Alcoholismo	111.946
Campañas Sanitarias*	4.156.684
Bienes de Financiamiento Público	930.045
<b>TOTAL</b>	<b>95.906.882</b>

\* Comprende Abuso de Drogas, Control de Anopheles (malaria), Control de Marea Rojas, entre otros.

El gasto de administración corresponde a aquellas erogaciones necesarias para que el seguro público de salud pueda operar en forma normal. Este gasto corresponde a los desembolsos que debe realizar el Fondo Nacional de Salud, pero en lo que se denomina Gasto Casa, que para el año 1997 alcanza a MM\$ 9.925<sup>56</sup>. Cabe destacar que se ha optado por presentar los gastos de administración en forma separada del resto de los ítems de gastos, con la finalidad de establecer cuál es el peso de la administración del seguro. Otra alternativa posible, por ejemplo, es incorporar el citado gasto en los precios de las modalidades de atención.

Dados los niveles de gastos del sistema público de salud en sus atenciones médicas pecuniarias y no pecuniarias y dadas las poblaciones relevantes para cada tipo de modalidad de atención y beneficio entregado, se presentan en el Cuadro 15 los valores per cápita para cada ítem de gasto.

**Cuadro 15**  
**GASTOS PERCÁPITA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**POR TIPO DE GASTO. AÑO 1997**

Tipo de Gasto	Número de Beneficiarios	Gasto Total (MM\$)	Gasto Per-Cápita (\$)
Modalidad de Atención Institucional	8.574.300	506.547	59.077
Modalidad Libre Elección	5.744.685	102.590	17.858
Subsidio de Incapacidad Laboral	1.928.290	41.538	21.541
Bienes de Salud Pública	14.622.354	95.907	6.559
Gasto de Administración	8.574.300	9.925	1.158
Beneficiario FONASA	8.574.300	716.838	83.603

Fuente: Elaborado en base a cuadros anteriores.

Valores en moneda de 1997.

Del Cuadro 15, se aprecia que, por modalidad de atención institucional, cada beneficiario gasta \$59.077, y que este tipo de gasto es el mayor per cápita. Le siguen los subsidios de incapacidad laboral y la modalidad libre elección. Finalmente, el menor beneficio lo percibe por los bienes de salud pública con sólo \$6.696. Procediendo a considerar los distintos divisores de cada ítem de gasto, se puede concluir que un beneficiario Fonasa significa un gasto anual de \$83.740.

### ***Canasta de prestaciones según regiones***

Una vez determinada la canasta de prestaciones a nivel nacional, se procede a inferir la canasta a nivel regional. La distribución de las prestaciones fue estimada en base a los registros de prestaciones de los servicios de salud y la encuesta Casen 1996 para la

<sup>56</sup> Corresponde a los gastos en remuneraciones, bienes y servicios de consumo, inversión real y otras pequeñas erogaciones.

distribución por sexo, cuya metodología se presenta en los anexos. Los resultados regionales por modalidad de atención se exhiben en el Cuadro 16.

**Cuadro 16**  
**PRESTACIONES SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**POR REGIÓN Y MODALIDAD DE ATENCIÓN. AÑO 1997**

REGIÓN	NIVELES DE ATENCIÓN			SUBTOTAL MAI	SUBTOTAL MLE	TOTAL
	Primario	Secundario	Terciario			
I	975.227	132.871	2.144.246	3.252.344	351.084	3.603.428
II	1.180.196	128.715	1.746.498	3.055.409	571.885	3.627.295
III	833.075	100.704	959.913	1.893.692	165.156	2.058.847
IV	1.783.426	176.392	1.844.996	3.804.814	590.302	4.395.115
V	4.745.816	603.251	6.464.946	11.814.013	2.239.179	14.053.192
VI	2.488.289	216.067	2.352.425	5.056.781	980.951	6.037.733
VII	3.352.260	315.501	2.204.866	5.872.626	706.321	6.578.947
VIII	7.462.980	697.696	8.248.319	16.408.996	1.691.236	18.100.232
IX	3.500.958	291.458	2.706.657	6.499.073	427.586	6.926.659
X	4.712.559	395.079	4.498.901	9.606.539	499.871	10.106.409
XI	193.945	47.061	890.724	1.131.730	14.602	1.146.333
XII	373.764	64.431	1.444.436	1.882.631	69.534	1.952.165
XIII	14.398.477	2.745.906	23.826.005	40.970.388	9.271.753	50.242.140
TOTAL	46.000.972	5.915.132	59.332.932	111.249.036	17.579.460	128.828.496

Fuente:

- Fondo Nacional de Salud, 1997.
- Encuesta CASEN 1996, MIDEPLAN.

Como es de esperar, las regiones que tienen una mayor población tienen también una mayor cantidad de prestaciones, pero sí se puede desprender la participación porcentual que poseen las modalidades de atención en cada una de las regiones. Para realizar una comparación con base homogénea entre regiones, las tasas de uso per cápita se constituyen en el mejor indicador (Cuadro 17).

**Cuadro 17**  
**TASAS DE USO DE PRESTACIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**POR REGIÓN Y MODALIDAD DE ATENCIÓN. AÑO 1997**

REGIÓN	NIVELES DE ATENCIÓN			TOTAL MAI	TOTAL MLE
	Primario	Secundario	Terciario		
I	4,6	0,6	10,1	15,3	2,5
II	5,8	0,6	8,6	15,0	3,6
III	5,6	0,7	6,4	12,6	1,5
IV	4,7	0,5	4,9	10,1	2,3
V	5,1	0,6	6,9	12,6	3,2
VI	5,1	0,4	4,8	10,4	2,7
VII	5,9	0,6	3,9	10,3	1,8
VIII	5,8	0,5	6,4	12,7	2,1
IX	5,9	0,5	4,6	11,0	1,5
X	6,9	0,6	6,6	14,1	1,4
XI	4,1	1,0	18,9	24,0	0,4
XII	4,6	0,8	17,8	23,2	1,2
XIII	4,9	0,9	8,1	13,9	4,4
TOTAL	5,36	0,69	6,92	12,97	3,1

Fuente:

- Fondo Nacional de Salud, 1997.
- Encuesta CASEN 1996, MIDEPLAN.

Para la modalidad de atención institucional, se observa que las tasas de atención primaria de salud son relativamente estables entre las regiones. La atención secundaria se escapa un poco al promedio nacional en la Undécima Región seguida de la Región Metropolitana. Las demás regiones presentan un comportamiento relativamente estable en torno al promedio nacional. Para la atención terciaria, los datos demuestran que las mayores tasas de uso se dan hacia los extremos del país, con las mayores tasas en las regiones Duodécima, Undécima y Primera. A nivel consolidado para la modalidad de atención institucional, lo señalado anteriormente se mantiene.

El Cuadro 18 presenta la distribución de las prestaciones en salud por sexo y modalidad de atención. Se puede observar que de la totalidad de las prestaciones, el 65% son otorgadas a las mujeres, y el 35% restante son percibidas por los varones. A nivel regional, la Duodécima Región tiene la situación de mayor equilibrio, con un 57% de participación de las mujeres, en contraste con la Segunda Región en donde ellas llegan a representar el 77% del número de prestaciones de su región.

**Cuadro 18**  
**DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PRESTACIONES SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**POR REGIÓN Y MODALIDAD DE ATENCIÓN. AÑO 1997**

REGIÓN	INSTITUCIONAL		LIBRE ELECCIÓN		TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
I	30,0%	70,0%	26,3%	73,7%	29,7%	70,3%
II	24,2%	75,8%	12,4%	87,6%	22,4%	77,6%
III	38,5%	61,5%	27,9%	72,1%	37,7%	62,3%
IV	37,3%	62,7%	30,7%	69,3%	36,4%	63,6%
V	35,5%	64,5%	32,5%	67,5%	35,0%	65,0%
VI	41,6%	58,4%	33,9%	66,1%	40,3%	59,7%
VII	43,2%	56,8%	26,3%	73,7%	41,2%	58,8%
VIII	38,2%	61,8%	31,9%	68,1%	37,6%	62,4%
IX	37,7%	62,3%	22,2%	77,8%	36,7%	63,3%
X	37,9%	62,1%	46,4%	53,6%	38,4%	61,6%
XI	34,5%	65,5%	16,4%	83,6%	34,3%	65,7%
XII	43,2%	56,8%	40,4%	59,6%	43,1%	56,9%
XIII	32,8%	67,2%	31,3%	68,7%	32,5%	67,5%
TOTAL	35,6%	64,4%	30,9%	69,1%	34,9%	65,1%

Fuente:

- Fondo Nacional de Salud, 1997.
- Encuesta CASEN 1996, MIDEPLAN.

### **Gasto en prestaciones según región**

Una vez que se han determinado las canastas por regiones, se procede a multiplicarlas por los precios nacionales ajustados, de tal forma de obtener los gastos por modalidad de atención.

Un tema que debe ser considerado son las derivaciones existente entre los distintos servicios de salud. En este contexto, los servicios de salud más complejos se convierten en receptores netos (principalmente ubicados en la Región Metropolitana y las ciudades de Valparaíso y Concepción). El resto de los servicios de salud se convierten en derivadores netos. Para realizar los cálculos de derivaciones entre servicios de salud, se procedió a valorizar los egresos hospitalarios del año 1993 (último año disponible, sin embargo la estructura no ha variado en el último quinquenio) a precios 1997 bajo la metodología de canastas de prestaciones<sup>57</sup>.

El Cuadro 19 presenta las erogaciones por prestaciones no pecuniarias (MAI y MLE), pecuniarias (SIL) y gastos de administración para el año 1997 por región. Se puede observar que los gastos efectuados en la modalidad de atención institucional representan el 77% del gasto total del sector público de salud, seguidos de un 15% del gasto que se origina en la compra a prestadores privados -92% del gasto total del sector público de salud-, de un 6% que representan los subsidios de incapacidad laboral y finalmente del gasto de administración solamente llega a representar un 1,5% de las erogaciones del seguro público de salud.

A nivel regional, la Región Metropolitana representa el 42% del gasto total, seguida de la Octava Región, con un 13%. Las menores gastos porcentuales se presentan en las regiones Undécima y Duodécima con un 1% y 1,3% respectivamente.

<sup>57</sup> Ver metodología "Equidad en el financiamiento del sistema Público de salud", Bitrán y Asociados, 1996.



**Cuadro 19**  
**GASTO EN PRESTACIONES SECTOR PÚBLICO DE SALUD**  
**POR REGIÓN Y MODALIDAD DE ATENCIÓN. AÑO 1997**

REGION	ATENCIONES DE SALUD		Subsidios de Inc. Laboral	Bienes de Salud Publica	Gasto de Admin	Derivaciones Netas	TOTAL
	MAI	MLE					
I	14.650.472	1.908.697	1.254.616	2.493.779	205.134	-348.341	20.164.357
II	13.250.869	3.160.733	1.285.088	2.950.498	296.550	-21.972	20.921.766
III	8.333.683	1.267.179	631.179	1.706.675	130.730	-357.581	11.711.865
IV	17.444.486	3.388.174	1.064.742	3.631.367	330.587	-765.481	25.093.875
V	55.675.669	13.549.628	3.784.025	9.879.715	1.266.847	-464.634	83.691.250
VI	19.347.031	5.559.025	1.765.837	4.973.855	506.055	-930.105	31.221.698
VII	26.988.785	4.523.366	1.577.357	5.827.650	455.846	-815.458	38.557.546
VIII	68.946.349	10.428.321	4.944.042	12.281.289	1.077.277	-309.889	97.367.388
IX	30.311.824	2.606.606	1.345.974	5.544.117	320.520	-218.821	39.910.220
X	41.637.041	2.854.888	1.961.670	6.737.237	384.115	-310.586	53.264.364
XI	6.482.711	93.520	173.974	595.842	32.641	-81.222	7.297.466
XII	7.788.207	391.521	492.936	1.008.057	60.821	-173.324	9.568.218
XIII	195.690.221	52.858.048	21.256.560	38.276.799	4.857.791	4.797.414	317.736.833
TOTAL	506.547.347	102.589.704	41.538.000	95.906.882	9.924.914	0	756.506.847

Fuente: En base a cuadros anteriores y balances del FONASA 1997.

Notas:

- 1) Gasto de Administración corresponde al gasto "Casa" FONASA distribuido en un 80% en base al gasto de la MLE y el 20% en base al gasto MAI.
- 2) Valores en miles de pesos de 1997.

### Estimación de brechas

Varios estudios demuestran que el número de prestaciones otorgadas en el sistema público de salud son insuficientes para cubrir las necesidades por atenciones médicas de sus beneficiarios. Sin embargo, no se tienen datos exactos que dimensionen el exceso de demanda en todos los niveles de atención. No obstante, se tiene una cuantificación de las listas de espera diagnosticadas, es decir, de aquellas personas que habiendo concurrido a un establecimiento hospitalario se encuentran registradas para una atención futura. Las personas que, necesitando atención, no alcanzaron un cupo para ser atendidas simplemente no están contabilizadas en estas listas de espera. Los datos disponibles están por región y tipo de patologías. Al respecto, se debió inferir de acuerdo a las patologías las listas de espera por prestaciones médicas. Además, se asume que las listas de espera, por la naturaleza de la oferta disponible, están solamente presentes para la modalidad de atención institucional. El Cuadro 20 presenta las brechas por región e ítems de prestaciones.

**Cuadro 20**  
**ESTIMACIÓN DE BRECHAS EN MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL**  
**(Porcentajes)**

ÍTEMES DE PRESTACIONES	REGIONES													PAIS
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	
Atenciones Abiertas	0,07	0,14	0,40	0,11	0,17	0,23	0,21	0,17	0,00	0,33	0,11	0,01	0,17	0,15
Exámenes Diagnóstico	0,94	1,27	4,94	4,83	8,97	7,56	9,39	8,97	0,67	11,26	0,30	5,69	8,97	6,03
Proc. de Apoyo Clínico	0,94	1,27	4,94	4,83	8,97	7,56	9,39	8,97	0,67	11,26	0,30	5,69	8,97	6,03
Proc. Diag. y Terap.	0,94	1,27	4,94	4,83	8,97	7,56	9,39	8,97	0,67	11,26	0,30	5,69	8,97	6,03
Interven. Quirúrgicas	1,15	0,68	1,54	2,75	2,64	2,80	1,69	2,64	12,90	3,98	1,42	1,83	2,64	2,60
Partos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención Odontológica	0,07	0,14	0,40	0,11	0,17	0,23	0,21	0,17	0,00	0,33	0,11	0,01	0,17	0,15
Hospitalización	1,15	0,68	1,54	2,75	2,64	2,80	1,69	2,64	12,90	3,98	1,42	1,83	2,64	2,60
Resto de Prestaciones	0,94	1,27	4,94	4,83	8,97	7,56	9,39	8,97	0,67	11,26	0,30	5,69	8,97	6,03
<b>TOTAL</b>	<b>0,46</b>	<b>0,66</b>	<b>1,81</b>	<b>1,74</b>	<b>4,72</b>	<b>4,10</b>	<b>3,51</b>	<b>4,94</b>	<b>1,45</b>	<b>7,31</b>	<b>0,36</b>	<b>3,64</b>	<b>4,51</b>	<b>3,04</b>

Obsérvese que las mayores listas de espera (en %) se ubican en la Décima Región con un 7,31%, le sigue la Octava Región con un 4,94%. Las menores listas de espera se presentan en las regiones Primera y Segunda con 0,46% y 0,66% respectivamente. A nivel nacional, las listas de espera representan un 3,04% de las prestaciones actualmente otorgadas. Al multiplicar estos porcentajes por el número de prestaciones de cada una de las regiones y luego por los precios, se obtienen la brechas valorizadas. Dado que las listas de espera sólo dicen relación con las personas diagnósticas, pero no registran los rechazos, se ha procedido a simular dos escenarios, aceptando que las listas de espera representan un 5% y un 10% parejo para todas las prestaciones (excepto partos).

Los resultados finales se presentan en el Cuadro 21. Los valores de las brechas diagnosticadas ascienden a MM\$ 17.111, mientras que las simulaciones al 5% y 10% arrojan resultados de MM\$ 25.327 y MM\$ 50.655 respectivamente.

**Cuadro 21**  
**LISTAS DE ESPERA VALORIZADAS DEL**  
**SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**  
**POR REGIÓN. AÑO 1997**

REGION	BRECHAS		
	MAI	5%	10%
I	95.793	732.524	1.465.047
II	83.729	662.543	1.325.087
III	143.355	416.684	833.368
IV	364.296	872.224	1.744.449
V	1.821.165	2.783.783	5.567.567
VI	593.578	967.352	1.934.703
VII	624.398	1.349.439	2.698.879
VIII	2.309.322	3.447.317	6.894.635
IX	1.975.551	1.515.591	3.031.182
X	1.991.625	2.081.852	4.163.704
XI	56.068	324.136	648.271
XII	203.749	389.410	778.821
XIII	6.848.112	9.784.511	19.569.022
TOTAL	17.110.741	25.327.367	50.654.735

Fuente: Elaboración en base a cuadros anteriores.  
MAI: En base a estudio MINSAL.

### **Análisis de sensibilidad**

La proyección del gasto del sector público de salud considera la consolidación de los siguientes gastos y supuestos:

- Gasto de beneficiarios del Fonasa obtenido a través del actual gasto per cápita multiplicado por la población beneficiaria del sector público estimada para cada año<sup>58</sup>.
- Gasto de los bienes de salud destinados al resto de la población (no Fonasa) a través de multiplicar el gasto per cápita por la población no Fonasa para cada año.
- Cierre de las brechas (listas de espera) en los ocho años de la proyección del gasto en forma lineal, es decir, un octavo de este gasto por año. Se contemplan los tres escenarios alternativos para estos gastos, es decir, brechas diagnosticadas y brechas estimadas al 5 y 10%.
- No se contempla un cambio en el perfil epidemiológico de la población que pueda alterar significativamente los componentes del gasto<sup>59</sup>.
- No contempla un cambio en la composición étnica de la población tal que los gastos se vean afectados significativamente.

<sup>58</sup> Este gasto per cápita considera todas las erogaciones, incluidas aquellas por bienes de salud pública.

<sup>59</sup> Este supuesto es bastante realista, ya que considera el cambio en el perfil epidemiológico que está ocurriendo en el país desde hace varias décadas desde enfermedades infectocontagiosas a enfermedades crónicas, las cuales ya están presentes en el país. Además, estos cambios consideran un periodo largo de tiempo, motivo por el cual para el periodo de proyección no se deben experimentar cambios significativos.

- La población del sistema de Isapres que se vea obligada a cambiarse al sistema público de salud por insuficiencia del plan adoptará las tasas de consumo del Sistema Público<sup>60</sup>.

El Cuadro 22 presenta la proyección del gasto público en salud entre los años 1998 y 2005, considerando la situación basal en que no ocurrirá cambios de población entre sistemas. La estimación plantea que el gasto se verá incrementado para el período analizado en un 10,3%, lo que representa un mayor desembolso por MM\$ 78.317. Las tasas de crecimiento anual serán del orden del 1,3% para los primeros años para luego ir decreciendo hasta llegar a tasas de 1,1%. Si a esta proyección se le adiciona el cierre de las brechas, el porcentaje de incremento para todo el periodo se verá elevado a 10,6%, 10,8% ó 11,2% dependiendo del escenario de brechas considerado.

**Cuadro 22**

**PROYECCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO  
SITUACIÓN BASE 1998 - 2005**

AÑO	Población Beneficiaria (Nº)	Gasto Proyectado (MM\$)	Gasto con Cierre de brecha		
			MAI (MM\$)	5% (MM\$)	10% (MM\$)
1997*	8.574.300	756.507	756.507	756.507	756.507
1998	8.691.201	766.821	768.960	769.987	773.153
1999	8.806.159	776.964	779.103	780.130	783.296
2000	8.919.653	786.977	789.116	790.143	793.309
2001	9.031.443	796.840	798.979	800.006	803.172
2002	9.141.211	806.525	808.664	809.691	812.857
2003	9.249.315	816.063	818.202	819.229	822.395
2004	9.356.111	825.486	827.625	828.652	831.818
2005	9.461.957	834.824	836.963	837.990	841.156

Fuente: En base a cuadros anteriores.

Gasto expresado en pesos de 1997.

***Escenario con traslado de población***

Al considerar el traslado de la población del sistema de Isapres hacia el sector público de salud para rentas por debajo de \$ 200.000, se deriva una proyección de incremento del gasto en MM\$ 126.189, un 16,7% del nivel actual. El primer año de la proyección presentará la mayor tasa de crecimiento del gasto en relación al año base, la que llegará a 7,2%. Desde el segundo año, la tasa de crecimiento anual se estabilizará en torno al 1,3% para llegar hacia los últimos años a 1,1%.

<sup>60</sup> Este supuesto debe ser valedero para las atenciones que se proporcionan en los establecimientos hospitalarios públicos (modalidad de atención institucional), toda vez que se tiene un déficit de oferta. Para la Modalidad Libre Elección debería ocurrir una homologación hacia las tasas actuales de esta modalidad ya que los copagos a efectuar serán superiores a los realizados en una Isapre, esto último según el estudio "Bonificación en Isapre, hasta 7 veces mayor que en Fonasa", Universidad de Chile.

### Cuadro 23

#### PROYECCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO SITUACIÓN TRASLADO POR RENTAS BAJAS, ESCENARIO N° 1. 1998 -

AÑO	Población Beneficiaria (N°)	Gasto Proyectado (MM\$)	Gasto con Cierre de brecha		
			MAI (MM\$)	5% (MM\$)	10% (MM\$)
1997*	8.574.300	756.507	756.507	756.507	756.507
1998	9.217.167	810.793	812.932	813.959	817.125
1999	9.339.082	821.518	823.657	824.684	827.850
2000	9.459.443	832.105	834.244	835.271	838.437
2001	9.577.999	842.534	844.673	845.700	848.866
2002	9.694.410	852.774	854.913	855.940	859.106
2003	9.809.056	862.859	864.998	866.025	869.191
2004	9.922.315	872.822	874.961	875.988	879.154
2005	10.034.566	882.696	884.835	885.862	889.028

Fuente: En base a cuadros anteriores.  
Gasto expresado en pesos de 1997.

Este incremento del 7,2% para el primer año de proyección implicará un esfuerzo sustantivo para el sector público, que si bien se debería financiar íntegramente con los aportes adicionales por cotizaciones de las personas que deban trasladarse de sistema, las restricciones al marco de gasto al que se ve sometido el sector público pueden ser un factor gravitante para no aceptar un crecimiento tan desmesurado<sup>61</sup>.

Al adicionar los cierres de brecha, la tasa acumulada de crecimiento para el período de proyección se ubicará en el rango 17% y 17,5%. El segundo escenario de traslados de las personas es más moderado, motivo por el cual la tasa de crecimiento del primer año de proyección sólo llega a 6,3%, que si bien es menor a la del punto anterior, aún sigue siendo bastante elevada.

<sup>61</sup> Las cifras demuestran que un cotizante Isapre realiza mayores aportes en relación a los gastos efectuados. Además, las tasas de consumo del sector privado son superiores a las del sistema público motivo por el cual el gasto de estas personas deberá estar íntegramente financiado. Respecto a los marcos de gastos del sector público, la tendencia ha sido a disminuir la participación del gasto público en el gasto total de la nación, motivo por el cual se podría tener algún inconveniente al considerar un incremento tan brusco.

## Cuadro 24

### PROYECCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO SITUACIÓN TRASLADO POR RENTAS BAJAS, ESCENARIO N° 2. 1998 -

AÑO	Población Beneficiaria (N°)	Gasto Proyectado (MM\$)	Gasto con Cierre de brecha		
			MAI (MM\$)	5% (MM\$)	10% (MM\$)
1997*	8.574.300	756.507	756.507	756.507	756.507
1998	9.138.103	804.183	806.322	807.349	810.515
1999	9.258.972	814.820	816.959	817.986	821.152
2000	9.378.301	825.322	827.460	828.488	831.653
2001	9.495.840	835.665	837.804	838.831	841.997
2002	9.611.252	845.822	847.961	848.988	852.154
2003	9.724.914	855.825	857.964	858.991	862.157
2004	9.837.202	865.706	867.845	868.872	872.038
2005	9.948.490	875.500	877.639	878.666	881.832

Fuente: En base a cuadros anteriores.  
Gasto expresado en pesos de 1997.

Con todo, la tasa de crecimiento del gasto para el período completo de proyección será de 15,7%. Al incorporar los cierres de brechas esta tasa deberá ubicarse entre 16,0% y 16,6% dependiendo del escenario de brecha que se considere.

### Alternativa de cálculo de las necesidades de financiamiento

Las necesidades de financiamiento para la salud dependerán en última instancia de la definición del Plan Garantizado de Beneficios de Salud. Ello, puesto que la especificación del PGBS equivale a definir el tipo y volumen de prestaciones de salud que el Estado garantizará al conjunto de la población, de lo cual se desprenden las necesidades de financiamiento base del sector. En este sentido, es evidente que existirá una tensión entre las necesidades y las posibilidades, puesto que la extensión de los beneficios del PGBS deben tener correspondencia en la disponibilidad de recursos que posea el país, esto es, con el nivel de desarrollo económico alcanzado. Para abordar el problema de financiamiento desde esta perspectiva, se presenta el costo de la actual estructura de prestaciones de Fonasa distribuida en términos per cápita. El costo promedio de la canasta Fonasa se construye de acuerdo a la estructura de gasto en tramos género/edad de las prestaciones entregadas a los usuarios Fonasa según la encuesta Casen 1996, valoradas por los aranceles utilizados en el sistema público. Posteriormente, estos datos se calibran de modo que sean consistentes con el gasto agregado de las prestaciones del sector y se dividen por el total ampliado de beneficiarios para cada tramo género/edad<sup>62</sup>. Ver resultados en Cuadro 25 donde se aprecia que el costo promedio de la canasta Fonasa es \$ 5.338 en pesos de 1977 (0,40 UF).

Un componente de los requerimientos adicionales de gasto en el caso de las personas que tengan planes de Isapres por debajo del costo de la canasta Fonasa, puesto que

<sup>62</sup> Sobre la base de los personas adscritas a Fonasa más una fracción de quienes dicen buscar atención particular de salud. Ver capítulo 5.

estos se trasladarían al nuevo plan de salud y requerirían de subsidio público para tal efecto. Un 28,5% de los hogares adscritos a una Isapre tiene un costo a nivel de hogar del plan de salud a precios de Fonasa por sobre el 7% de su ingreso familiar, requiriendo un subsidio promedio de \$ 8.410 mensuales. Si se considera que el costo mínimo de un plan adecuado de salud bordearía 0,5 UF<sup>63</sup>, el porcentaje de hogares adscritos a Isapres que requeriría un subsidio para adquirir el plan referencial subiría a 38,9%, a la vez que el monto promedio del subsidio subiría a \$12.424. Las necesidades de financiamiento deben también incluir el caso de los beneficiarios de Fonasa, resultando en un mayor costo del plan expandido en el citado porcentaje de 20%. Las necesidades globales de financiamiento resultan de multiplicar el costo fiscal promedio por el número de hogares que se benefician de la medida en cada caso. Los resultados muestran que en caso de destinar al PGBS el actual costo promedio de la canasta Fonasa las necesidades adicionales de gasto público representarían el 3,2% del actual costo de la canasta Fonasa. En cambio, con una canasta expandida en un 20% respecto de su nivel, actual las necesidades adicionales de financiamiento fiscal ascienden a MM\$ 165 o un 21,81% del gasto actual en prestaciones pagadas por Fonasa.

**Cuadro 25**  
**Estimación del costo promedio de la canasta Fonasa**

<b>Grupos edad/género</b>	<b>Beneficiarios (miles)</b>	<b>Beneficiarios (% total)</b>	<b>Costo mensual promedio, 1997</b>
Todos 0-1 años	491,4	5,20	10.788
Todos 2-5	752,1	7,96	5.473
Todos 6-15	1.654,5	17,52	3.000
Hombres 15-44	1.992,7	21,10	2.409
Hombres 45-54	404,4	4,28	3.942
Hombres 55-64	310,2	3,28	5.845
Hombres 65-74	218,1	2,31	7.864
Mujeres 15-19	427,8	4,53	4.948
Mujeres 20-34	1.141,7	12,09	6.363
Mujeres 35-44	624,4	6,61	5.410
Mujeres 45-54	459,3	4,86	7.010
Mujeres 55-64	382,3	4,05	7.580
Mujeres 65-74	293,6	3,11	9.045
Todos 75-84	226,3	2,40	9.465
Todos 85 y más	66,1	0,70	7.755
<b>Total</b>	<b>9445479</b>	<b>100,0</b>	<b>5.338</b>

<sup>63</sup> Ver documento "Diagnóstico compartido de la salud".

**Cuadro 26**  
**Ejemplo de necesidades de financiamiento adicional**  
**(si el costo PGBS fuese 0.5 UF per cápita)**

	Hogares	Costo fiscal adicional promedio (mes)	Costo fiscal adicional total año (MM\$)	Porcentaje sobre costo prestaciones Fonasa
<b>Canasta base</b> Traslado de Isapres	239.880	8.410	24,2	3,20
<b>Canasta expandida</b> Traslado de Isapres Usuarios Fonasa	326.938 2.396.100	12.424 4.047	48,7 116,3	
Total			165,0	21,81

Nota: Supone que la capacidad de pago es un 7% del ingreso familiar en caso de traslado de planes de Isapres.



## ANEXO ESTADÍSTICO

### Anexo nº 1

#### **Metodología de identificación de las atenciones médicas otorgadas en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria del sistema público de salud**

El sistema público de salud proporciona las atenciones médicas a sus beneficiarios en tres niveles de atención:

Nivel Primario	Consultorios Primarios Municipalizados y No Municipalizados
Nivel Secundario	Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE)
Nivel Terciario	Hospitales

Dados los sistemas de registros de las prestaciones, se tienen registros independientes para la atención primaria municipalizada (Fapem), atención secundaria en CRS y CDT (RMC0) y SNSS que registra toda la actividad de los consultorios no municipalizados, CAE y hospitales sin que se puedan identificar claramente los tres niveles dado que el registro es un consolidado.

Debido a los inconvenientes anteriores, la metodología tiene los siguientes pasos:

#### **1. Determinación del gasto en la atención primaria municipalizada.**

Por el mecanismo de asignación de recursos que tiene la atención primaria municipalizada desde 1994, en base a un per cápita, los precios de transferencia de cada una de las prestaciones son abandonados en el año 1993, motivo por el cual para el año 1997 no existe un arancel de transferencias para estos establecimientos.

Sin embargo, si aceptamos que la estructura relativa de precios de 1993 es correcta, podemos proceder a asignar el gasto total por prestaciones de acuerdo a lo siguiente:

- Multiplicar las cantidades de cada una de las prestaciones realizadas en 1997 por los precios vigentes a 1993. Esto permite obtener un gasto por prestación a precios del año 1993.
- Distribuir proporcionalmente el gasto 1997 en base al gasto del año 1993 calculado de acuerdo al punto anterior.

#### **2. Identificación de las atenciones primarias registradas en el RMC0 general (SNSS).**

Dado que el RMC0 identifica el número de atenciones primarias otorgadas en los consultorios no municipalizados, es posible la identificación del resto de las prestaciones en base a la información del Fapem. La operatoria es la siguiente:

Para los registros del Fapem, expresar en términos de consultas primarias los demás ítems de prestaciones de acuerdo al número y representación del gasto. De esta forma se obtiene un factor por ítem de prestación.

Como es posible identificar el número de prestaciones de nivel primario otorgadas en los consultorios no municipalizados, se procede a multiplicar los restantes ítems de prestaciones del RMC0 del SNSS por los factores obtenidos en el punto anterior. De esta forma se obtienen las cantidades de prestaciones de los distintos ítems asignables a la atención primaria no municipalizada.

Dado que se tiene el gasto por atenciones primarias no municipalizadas, se procede a calcular este factor para los niveles de gastos del Fapem y multiplicarlos por los gastos de cada ítem del RMC0. De esta forma se obtienen los del resto de las atenciones asignables a la atención primaria no municipalizada.

### **3. Identificación de las atenciones secundarias registradas en el RMC0 general (SNSS)**

Se procede de la misma forma que lo señalado en el punto 2, utilizando las consultas de especialidades emanadas de los registros de los CRS y CDT.

### **4. Identificación de la atenciones primarias, secundarias y terciarias totales**

Una vez identificadas las prestaciones asignables a los niveles primario y secundario contenidas en el RMC0, se procede a sumar los datos obtenidos en el punto 1 y 2 para obtener la atención primaria total (municipalizada y no municipalizada). Los resultados del punto 3 se adicionan a los registros de los CRS y CDT y así se obtienen las atenciones secundarias totales.

Finalmente, al RMC0 general se le restan los resultados de los puntos 2 y 3 y así se obtienen las atenciones terciarias.

**Anexo n° 2**  
**Criterios de selección de los bienes de salud pública**

**BIENES DE SALUD PÚBLICA AÑO 1997**

NOMBRE	CRITERIOS				MONTO (M\$)
	Beneficiar a toda la población	Generar altas externalidades	Acciones de Regulación	Bienes Meritorios	
PNAC	✓			✓	27.335.538
Vacunaciones	✓	✓			2.554.768
Subsidios Maternales (F.U.P.F.)	✓			✓	49.328.000
Atenciones Sobre el Medio Ambiente	✓	✓	✓		9.000.933
SIDA	✓	✓			2.488.968
Centros de Alcoholismo	✓			✓	111.946
<b>Campañas Sanitarias</b>					<b>4.156.684</b>
1) Abuso de Drogas	✓			✓	180.505
2) Analgesia Obstétrica				✓	55.418
3) Campaña de Invierno	✓	✓			395.845
4) Campaña Invierno Adulto Mayor	✓	✓			299.258
5) Control Anopheles (Malaria)	✓	✓			39.584
6) Control de Res. Biol. y Quim.			✓		47.501
7) Control Marea Roja	✓	✓			130.629
8) Desarrollo Psicosocial niño reg pobre	✓			✓	98.961
9) Difusión ley de transplante	✓			✓	197.922
10) Difusión prev. accidente de tránsito	✓			✓	316.676
11) Difusión prev. cáncer cerv. uterino	✓			✓	197.922
12) Enf. Crónica no transmisibles	✓				45.918
13) Enjuagatorios fluorados	✓			✓	59.377
14) Erradicación enfermedad de chagas	✓				168.630
15) Fenilketonuria e hipotiroidismo	✓				30.084
16) Floururos	✓				27.709
17) Marea roja zona centro norte	✓	✓			79.169
18) Mejoram. en la calidad de la atención	✓				31.668
19) Pesquisa cáncer de mama	✓			✓	142.504
20) Prev y control salud adolescente	✓			✓	138.546
21) Prevención y control rabia	✓	✓			95.003
22) Prog. fort. salud ambiental	✓		✓		67.294
23) Programa hemofilia	✓			✓	74.735
24) Promoción de la Salud	✓	✓			139.337
25) Rehabilitación Comunitaria	✓				87.086
26) Red Nac vig epidemiología (RENAVE)	✓	✓			40.614
27) Salud con la gente	✓				197.922
28) Salud Ocupacional	✓				81.544
29) Salud Social	✓				88.273
30) TBC en zonas pobres	✓			✓	23.751
31) Uso racional de medicamentos	✓		✓		29.292
32) Vacuna influenza	✓	✓			354.043
33) Vigilancia IRA adulto mayor	✓	✓			39.584
34) Violencia Intrafamiliar	✓			✓	154.379
<b>Bienes de Financiamiento Público</b>					<b>930.045</b>
<b>TOTAL</b>					<b>95.906.882</b>

## Anexo nº 3

### Metodología para el cálculo de prestaciones por región y sexo

1. Sólo se utilizó la descomposición de sexo y región para establecer la canasta de prestaciones de cada zona geográfica, dado que las tasas de uso de prestaciones fueron obtenidas de la encuesta Casen 1996, donde obviamente se pierde toda significancia estadística al tratar de hacer una desagregación en términos de sexo, edad, región y nivel de atención o modalidad (institucional y libre elección).
2. Dado lo anterior, se priorizó en lo que se piensa que es más diferenciador, como es la región y el sexo de las personas.
3. El cálculo de las canastas de prestaciones actuales por región y sexo supuso realizar los siguientes pasos metodológicos:
  - Calcular para los niveles de primario, secundario y terciario de la modalidad institucional las tasas de uso de prestaciones por género del beneficiario y por región, usando la encuesta Casen 1996, donde a este respecto se pueden verificar algunos tipos de prestaciones tales como: consultas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y partos.

Dado lo anterior, y como no se tenía un nivel de desagregación en grupos de prestaciones como los utilizados a nivel agregado, se supuso que el comportamiento de ciertos grupos de prestaciones era similar a otros en que sí había información, por ejemplo, los exámenes y procedimientos, etc.

Junto con lo anterior, dado que habían algunas regiones para las cuales los beneficiarios de algún género no habían hecho uso de prestaciones, se supuso que en ese caso su tasa era igual al promedio nacional, o en el caso de regiones extremas, igual a las tasas de la región colindante.

Un proceso similar se llevó a cabo en lo que es la modalidad de libre elección.

- A partir de las tasas de uso y del número de beneficiarios apropiado para cada modalidad (para la Libre Elección sólo los cotizantes y sus cargas), se obtuvo la distribución por región de prestaciones, con lo cual se pudo establecer un porcentaje de prestaciones que se realizan en cada región, tanto a nivel global inicialmente como por grupo de prestaciones. Estos porcentajes son aplicados a los volúmenes efectivos de prestaciones del nivel nacional para tener la distribución y composición de las canastas regionales.
4. Para el cálculo de la canasta objetivo de prestaciones, se utilizó como información de listas de espera lo reportado por los servicios de salud en el año 1996, porcentajes que dada su escasa confiabilidad son sólo referenciales y deben concebirse como el mínimo de listas de espera existentes.

En esta etapa, al igual que en la anterior, dada la falta de información, se utiliza la disponible respecto de listas de espera quirúrgica, de consultas y exámenes como guías asimilando los otros grupos de prestaciones a algunos de éstos en términos porcentuales respecto de la actual oferta de servicios (por ejemplo, las intervenciones quirúrgicas con las hospitalizaciones).

A partir de esta información, se simularon distintas brechas de prestaciones, incrementando parejo el porcentaje de brecha en cada grupo de prestaciones. Esto, debido a que tal como se señaló inicialmente, los resultados derivados de listas de espera son sólo referenciales.

Además, como es lógico, se supuso que sólo existe lista de espera en la Modalidad Institucional (incluyendo consultorios), ya que en la modalidad de libre elección esto está regulado a través de los precios.

5. Finalmente, las simulaciones de brechas de prestaciones fueron abiertas por género de los beneficiarios.

## **Avance en planes básicos y priorización en Chile**

### **Canasta básica de APS**

El Ministerio de Salud ha definido las necesidades de salud primaria de la población beneficiaria del sistema público, a partir de los criterios de los programas ministeriales: del niño y adolescente; del adulto; materno perinatal; del ambiente y odontológico. Para cada programa se especifica el tipo y número de atenciones y los instrumentos (materiales o de personal) necesarios que debe recibir cada miembro de la población beneficiaria. No consideró un mecanismo de consulta social sobre los contenidos de la canasta.

### **Canasta básica de salud para Chile**

Esta canasta, a diferencia de la anterior, aborda los problemas de atención secundaria y terciaria. Se revisa lo que el sistema de salud público o privado está entregando en sus diferentes niveles de atención. Del universo de prestaciones, más de 2.000 corresponden a prestaciones distintas, las que son tratadas como pares ordenados: "condición médica-tratamiento", los que luego son priorizados y constituirán la base de la canasta. Se ordenan los pares según costo-efectividad en base a la opinión de grupos de expertos (profesionales del Ministerio de Salud; del Colegio Médico; de los servicios de salud y de las Isapres), la que luego será sometida a la validación de voceros institucionales (partidos políticos, Confederación de la Producción y el Comercio, CUT, iglesias, colegios). Aunque no consultan a la ciudadanía, hacen un intento por recoger la preferencia de grupos sociales de opinión.

### **Plan de salud del Ministerio de Salud**

Usan una metodología de priorización llamada "priorización epidemiológica de los problemas de salud". Lo que priorizan son los problemas de salud y sólo secundariamente se refieren a las intervenciones, que son tratadas en las categorías generales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Para resumir y facilitar el proceso de priorización de los problemas de salud, proponen construir un listado único combinando criterios técnicos, políticos y costo-efectividad.

Luego de priorizados los problemas con estos criterios, elaboran una matriz en la cual se ordenan 17 grandes áreas de problemas, con sus problemas específicos también priorizados, le agregan la cobertura actual a ese problema y la brecha de cobertura. Se complementa con una valoración del tipo de intervenciones de salud (promoción, prevención específica, tratamiento y rehabilitación) frente a cada problema.

La propuesta del Ministerio de Salud sugiere que se prioricen también los grupos humanos, tales como: grupos pobres, grupos en situaciones ambientales o laborales de riesgo, madres solteras, trabajadores temporeros, desprotegidos de la ley, madres adolescentes, senescentes, adolescentes, jóvenes desempleados, poblaciones periurbanas o marginales, población rural, población de zonas portuarias, mineros, agricultores, pescadores, obreros industriales. Hasta el momento, no se ha considerado la participación social en el proceso.

### **Estudio de carga de morbilidad del Ministerio de Salud**

Durante 1995, el Ministerio de Salud encargó un estudio de carga de morbilidad en el país con el fin de priorizar los principales problemas de salud. El estudio utilizó la metodología propuesta por el Banco Mundial y se realizaron las adaptaciones y correcciones sugeridas por expertos nacionales y consultores internacionales. El estudio de beneficiarios del sector público, que se describe a continuación se realizó paralelamente al estudio de Carga de Morbilidad y ambos formaron parte de un proyecto mayor: la determinación de las prioridades sectoriales de inversión.

### **El estudio de prioridades en salud de los beneficiarios del sector público chileno**

Como se indicó en el párrafo anterior, durante 1995 se condujo en Chile un estudio para recoger e incorporar la opinión ciudadana en el proceso de priorización. Se parte del supuesto que la priorización será en primer lugar técnico, político y luego social. Así, el proyecto exploró las intervenciones prioritarias en opinión de grupos de beneficiarios de los servicios públicos de salud.

### **Los planes de salud de las Isapres**

Los contratos que realizan los usuarios del sector privado con las instituciones de salud previsual, los llamados planes de salud, no son otra cosa que una canasta de prestaciones de salud explícita y hecha a la medida del presupuesto de salud de cada usuario. Constituye uno de los planes de salud más detallados de los descritos, acompañándose de un arancel en que se especifica cada tipo de prestación. Representa un avance en cuanto a explicitar lo que cubre, en qué condiciones de uso y hasta qué montos. Sin embargo, la forma en que está presentada, la dificultad de acceso a la información y la falta de un patrón de comparación, en la práctica anula la ventaja potencial de este sistema.

El siguiente cuadro resume la experiencia internacional con priorización de prestaciones de salud:

PAIS (año reforma)	ESTRATEGIA	MÉTODO Responsable: criterios priorización
Holanda (1992)	Paquete básico de servicios	Comité y público a. Necesario según la comunidad. b. Efectivo. c. Eficiente. d. No puede ser resuelto por el individuo. e. Nuevas tecnologías se deben evaluar. f. Guías clínicas para asegurar efectividad de intervenciones.

PAIS (año reforma)	ESTRATEGIA	MÉTODO Responsable: criterios priorización
		<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Criterios explícitos para seleccionar pacientes en listas de espera para hospitalización o intervención.</li> <li>h. Exclusiones: Ej: Atención dental de adultos, homeopatía, psicoanálisis, fertilización in vitro, remedios caseros.</li> </ul>
Nueva Zelandia (1992)	Paquetes centrales de servicios (core services)	<p>Comité y público</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Importancia relativa de los tipos de servicios que se proveen.</li> <li>b. Prioridades en cada área.</li> <li>c. Prioridades de pacientes</li> <li>d. Sin exclusiones, sólo se condiciona el uso de la prestación a aquellas situaciones en que hay acuerdo técnico de que el tratamiento es apropiado y efectivo.</li> </ul>
Oregon (1989, 1994)	Paquete básico de servicios	<p>Comisión, Expertos y Público</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Costo-efectividad</li> <li>b. Valores sociales</li> </ul>
Suecia	Principios de priorización	<p>Comité expertos nacional y comités expertos regionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dignidad humana</li> <li>b. Necesidad o solidaridad</li> <li>c. Eficiencia</li> <li>d. Máxima prioridad a condiciones agudas que amenacen la vida.</li> <li>e. Mínima importancia a enfermedades menores, autolimitadas, que puedan ser tratadas con autocuidado.</li> </ul>
Banco Mundial	Paquete Básico de Servicios	<p>Comité nacional y grupos de expertos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Costo-efectividad</li> <li>b. Intervenciones focalizadas a carga de enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidados relacionados con el embarazo</li> <li>2. Planificación familiar</li> <li>3. Control de la TBC</li> <li>4. Control de las ETS</li> <li>5. Atención de las enfermedades comunes de la infancia.</li> <li>6. Atención de infecciones menores y accidentes.</li> <li>7. Enfermedades cardíacas, cáncer cuello uterino y cataratas.</li> </ul> </li> </ul>
Colombia	Paquete Obligatorio de Salud	<p>Comisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de todas las contingencias de salud, hasta las catastróficas.</li> <li>2. Mínimos de hotelería.</li> <li>3. Exclusiones: lentes de contacto, cirugía plástica.</li> <li>4. Límite de tecnología.</li> <li>5. Existe otro plan (Plan de Atención Básica) para actividades preventivas o promocionales</li> </ul>

## **4. FUNDAMENTOS DE LAS PROPUESTAS EN VIVIENDA**

Este capítulo contiene, primero, una reflexión crítica sobre la lógica de localización e infraestructura de la actual política de vivienda. A continuación se incluyen antecedentes sobre la situación habitacional del país y estimaciones respecto de las necesidades de viviendas basadas en la reducción de los déficits y el mejoramiento de los estándares y de la superficie construida.

### **I. Los cambios necesarios en la política de vivienda**

En Chile puede afirmarse que el diseño de los programas de vivienda, los mecanismos de contratación utilizados y los sistemas de selección de los beneficiarios, han sido eficientes y se han focalizado en el ataque al déficit habitacional. Sin embargo, en el marco de un elevado nivel de producción habitacional de la última década, existen efectos laterales negativos.

Entre éstos destaca la concentración espacial de la pobreza, que, teniendo causas de distinto orden, ha sido acentuada por la propia política de vivienda. De esta manera, la lógica de localización de los proyectos de vivienda social y los sistemas de selección de los beneficiarios reúnen (y desarraigan) a los pobres de distintas áreas de la ciudad en determinados lugares de extrema homogeneidad social. Como es sabido, la pobreza concentrada se multiplica.

Por otra parte, el sistema de acceso al suelo urbano también establece un carácter incremental en los proyectos, sin herramientas para una planificación de los conjuntos habitacionales, generando barrios por agregación, con lo que se acentúan los problemas de calidad urbana que se viven en los asentamientos generados por esta política.

De esta manera, además de sufrir los efectos de una localización periférica, con un acceso aún más limitado a la infraestructura urbana y a los servicios (efecto que se reproduce por el peso de la nueva población pobre en los presupuestos municipales), se reducen las oportunidades laborales, se generan ghettos culturales, se estigmatizan socialmente áreas de la ciudad y sus habitantes, etc.

Los efectos de la política habitacional son difícilmente reversibles: lo que se construye permanece por largas décadas y será el escenario en el que se desenvuelva la vida de varias generaciones, especialmente en el caso de las poblaciones populares, ciertamente menos dinámicas en su evolución urbana.

El actual modelo de producción habitacional, con construcción de grandes proyectos, exclusivamente en base a la creación de suelo urbano para nuevas viviendas, soluciones estandarizadas y localizaciones cada vez más periféricas, ha predominado por muchas décadas en el país. Sin embargo, aplicado con mayor focalización y a gran escala como en la última década, sus efectos sociales y urbanos son, al menos, comparables con lo que fue la erradicación de campamentos y la creación de comunas socialmente homogéneas por el gobierno militar en los 80.

Parte importante de los problemas derivados de una localización periférica y homogénea serán inevitables, al menos en una política que implique un elevado nivel de producción habitacional para sectores de escasos recursos. Por eso, la política debe considerar mecanismos poderosos para corregir o atenuar estos efectos, así como



debe desarrollar alternativas que permitan el desarrollo de soluciones habitacionales al interior de la trama urbana, en pequeños proyectos más fácilmente integrables al entorno.

Respecto a lo primero, los mecanismos para corregir o atenuar los efectos de localización, cabe considerar, al menos, los siguientes aspectos:

- **Planificación de los futuros asentamientos.**

Sólo determinando de antemano dónde se construirán los futuros conjuntos habitacionales se puede realizar una adecuada planificación física que no sea la simple suma de poblaciones, así como planear la provisión de servicios escolares, de salud, etc., de manera que éstos estén disponibles al momento de poblar el área. Por lo tanto, es imperioso que se disponga de paños de terreno que permitan planificar con un horizonte de varios años la construcción de proyectos de vivienda (lo que actualmente no sucede, salvo excepciones). Esto implica contar con recursos públicos para constituir "bancos de terreno", como también acudir al aporte privado a través de la licitación de planes habitacionales para desarrollar en varios años (estas licitaciones pueden incluir el aporte de un porcentaje de suelo adicional al requerido para las viviendas ofrecidas).

- **Mayor heterogeneidad.**

Es necesario favorecer un acceso socialmente más heterogéneo a los conjuntos habitacionales (aunque la heterogeneidad que se logre sea limitada). Entre los mecanismos a explorar, está la sustitución de condiciones homogéneas de focalización social por una diferencia en el valor de viviendas de similares características (o sea, la venta de un porcentaje de las viviendas con menores niveles de subsidio a familias con mayores ingresos relativos). Con un objetivo similar, se puede favorecer la coexistencia de conjuntos habitacionales de distintos programas (destinados a diferentes estratos socio-económicos), "premiando" esta heterogeneidad con un mayor nivel de equipamiento para el barrio.

- **Municipios.**

Las comunas que reciben un volumen significativo de nuevas viviendas sociales se enfrentan a un incremento en los gastos municipales sin ingresos adicionales para solventarlos. Esto se traduce en un deterioro generalizado de los servicios municipales o, al menos, en el relativo abandono y deterioro de los nuevos conjuntos habitacionales. Se requiere al respecto establecer un mecanismo de compensación real y oportuno para los municipios receptores de viviendas sociales, de manera que éstos estén en condiciones de brindar los servicios municipales que requiere la nueva población, a través de una forma de incremento automático de su participación en el Fondo Común Municipal. Otra alternativa de compensación, más difícil de implementar, sería la cancelación de una suma por vivienda por parte del agente inmobiliario (a la manera de los pagos que se hacen en EE.UU. por el conjunto de externalidades que incorporan los nuevos habitantes).

Algunas de las medidas que se sugieren no implican necesariamente más costos, pero sí otras, como la adquisición de terrenos con un horizonte de largo plazo, la dotación de mayor equipamiento inicial o la compensación a los municipios receptores. En rigor, no se trata de mayores costos, sino de contar con un presupuesto para solventar gastos que de todas maneras se deberían efectuar en el tiempo (pero que, diferidos, implican enormes costos sociales y urbanos).

Se mencionaba también la necesidad de avanzar paralelamente en el desarrollo de alternativas que permitan producir soluciones habitacionales al interior de la trama urbana. Se trata de actuar tanto densificando en los "intersticios" como en áreas pericentrales (antiguamente periféricas) que "se han quedado atrás" (un caso extremo son las antiguas operaciones sitio). Esto es más complejo y más caro, pues cada operación "rinde" menos viviendas, se requiere unificar lotes etc., razón por la cual el aporte de soluciones de este tipo al volumen total de la producción habitacional será limitado, pero debería ser creciente, absorbiendo los incrementos presupuestarios anuales destinados a la vivienda social.

Este esfuerzo se justifica por los beneficios que implica mejorar el estándar de áreas degradadas, reducir el impacto en la extensión urbana de los grandes conjuntos de la periferia y proveer vivienda social en zonas relativamente más centrales y eventualmente más cercanas a los lugares de origen de los beneficiarios. Así se desarrolla la vivienda social en los países que vivieron y no quieren repetir los costos sociales y urbanos de los grandes conjuntos periféricos.

La principal condición de factibilidad para desarrollar con éxito esta línea de la política habitacional es la voluntad política de llevarla a cabo a pesar de no ofrecer resultados importantes en el corto plazo. No obstante, como condición de eficacia, para lograr el desarrollo de estas operaciones como una política de creciente importancia y no sólo como acciones piloto, se puede visualizar la necesidad de introducir algunos cambios:

Este tipo de operaciones es muy distinto a las prácticas de gestión en que se basa la experiencia y la estructura de los Serviu, de manera que necesita una institucionalidad diferente, más cercana a los ejemplos de las cooperativas abiertas o de la Corporación de Desarrollo de Santiago. Por otro lado, se requiere estudiar mecanismos legales - como la primera opción de compra- que favorezcan el acceso de los entes públicos a este tipo de propiedades, generalmente atomizadas.

Ciertamente, se trata de operaciones más caras que aquellas de carácter masivo en la periferia. Pero, nuevamente, si estas últimas asumen más integralmente su impacto, el costo diferencial de localizar vivienda en áreas pericentrales no será significativamente mayor.

En todo caso, los eventuales mayores costos y el mayor valor de mercado de estas viviendas se traducirían en distorsiones y fuentes de iniquidad en la distribución de los subsidios. Esto lleva a la necesidad de reconsiderar el esquema actual de acceso a la propiedad de la vivienda como el único mecanismo para acceder a ésta. Por lo demás, aunque no existiera el factor mencionado, el subsidio oculto tras la gran cartera vencida de los Serviu exige reflexionar sobre este aspecto. Desde esta perspectiva, es conveniente analizar la aplicación de un sistema del tipo leasing (no necesariamente como mecanismo de financiamiento, sino de acceso a la propiedad).

## **II. Necesidades de viviendas**

### **La situación habitacional de acuerdo a la información censal**

En junio de 1994 se publicó el documento de Joan Mac Donald "¿Cuántas casas faltan? El déficit a nivel nacional y regional", en el que se analizan las cifras censales para determinar el déficit de viviendas.

Según dicho documento, en 1992 existían 3.732.766 unidades requirentes de viviendas, entre las que se distingue un 88% constituidas como hogar y el 22% restante en la forma de núcleos familiares adicionales. A la misma fecha existían 3.120.967 viviendas, distribuidas según su tipo en un 91% como viviendas permanentes y un 9% como semipermanentes. La diferencia entre las cifras presentadas constituiría el déficit compuesto por viviendas requeridas para familias sin casa o allegadas (611.799). A ellas se suman las viviendas necesarias para reposición de casos precarios (276.882), lo cual da un déficit total de 888.681 para el año 1992.

El 23,8% de las familias estaba afectado por una condición deficitaria, a lo que habría que agregar las familias afectadas por déficit cualitativo, es decir necesidades de mejoramiento de la vivienda existente. La evolución de estas cifras desde el censo anterior (1982) se muestra en el Cuadro 1.

En el lapso de 10 años, el déficit aumentó en un 8,2% (67.722 unidades), en tanto que las familias aumentaron en un 28,8%. La tasa anual de aumento de las familias, cercana al 2%, es superior a la tasa de crecimiento de la población debido al proceso de nuclearización (incremento en la proporción de familias nucleares), lo cual implica una caída del tamaño familiar medio.

Por su parte, en el período 1982-92 el stock de viviendas permanentes presentó un incremento superior al número de familias, alcanzando a 766.085 ó 36,9%. Ello como efecto de políticas públicas orientadas hacia la producción de un gran número de soluciones a partir del año 1986 en adelante. Como resultado de esta evolución, el porcentaje de familias afectadas por el déficit se redujo del 28,3% en 1982 al 23,8% en 1992.

### **Cuadro 1 Déficit habitacional**

#### **Comparación entre el censo de 1992 y el censo de 1982**

	<b>1982</b>	<b>1992</b>
<b>Familias</b>	2.899.009	3.732.766
<b>Viviendas permanentes</b>	2.078.000	2.844.085
<b>Viviendas semipermanentes</b>	242.300	276.882
<b>Déficit por allegados</b>	578.709	611.799
<b>Déficit por reemplazo</b>	242.250	276.882
<b>Total déficit</b>	820.959	888.681
<b>Familias afectadas</b>	28,3%	23,8%

Fuente: CPU, Documento de Trabajo Nº 16/94. "¿Cuántas casas faltan? El déficit a nivel nacional y regional", Joan Mac Donald, junio 1994.

### **La situación habitacional según las encuestas Casen**

Un estudio realizado por la División de Política Habitacional del Ministerio de Vivienda y Urbanismo sobre la base de los datos de la encuesta Casen de 1990 entrega los resultados que se presentan en el Cuadro 2.

Las categorías utilizadas en este análisis son:

- Allegamiento externo a sitio, que son los hogares secundarios que comparten el sitio, es decir, grupos familiares que cocinan aparte, viven en viviendas separadas pero ubicadas en el mismo predio. Este concepto podría asimilarse al concepto de condominio, sin embargo, representa una condición deficitaria porque usualmente está asociada a una convivencia no regularizada desde el punto de vista normativo y sanitario. Esta realidad se presenta con frecuencia en poblaciones surgidas de la acción estatal, donde los hijos casados permanecen en el predio de los padres, instalados con una mediagua al fondo, y compartiendo los servicios sanitarios de la vivienda principal o con una solución sanitaria propia, del tipo pozo negro.
- Allegamiento externo a vivienda, que son los hogares secundarios que comparten la vivienda. Cocinan separados, dentro de la misma vivienda.
- Allegamiento interno, que corresponde a núcleos familiares distintos del núcleo principal, integrados al mismo hogar. Estos pueden ser potenciales requirentes de viviendas, en la medida en que su condición de allegamiento no sea funcional. El allegamiento interno es funcional cuando el núcleo allegado no es capaz de sostenerse en forma separada, por ejemplo, madres solteras adolescentes, adultos mayores dependientes, etc.
- Carencias de materialidad y saneamiento, que incluye las viviendas que habitan los hogares principales y que presentan características de materialidad y saneamiento irrecuperables.

Seis años más tarde, la encuesta Casen de 1996 reflejó una caída en el número de hogares allegados, desde 486.545 (suma de allegamientos externo en 1990) a 377.688 (caída de un 22,4%). Nótese que las cifras provenientes de las encuestas Casen son superiores a las censales, las cuales registran 172.812 hogares allegados.

**Cuadro 2**  
**Necesidades habitacionales en 1990**

<b>Allegamiento externo a sitio</b>	292.196
<b>Allegamiento externo a vivienda</b>	194.349
<b>Allegamiento interno</b>	334.333
<b>Total Allegamiento</b>	820.878
<b>Carencias de materialidad y saneamiento</b>	175.172
<b>Total necesidades</b>	996.050

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Diagnóstico situación habitacional año 1990.

**Cuadro 3**  
**Hogares y núcleos**  
**Por quintil de ingreso e indicador de allegados /receptores**

Indicador allegamiento	Quintiles					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
<b>Hogar receptor</b>	51.111	78.416	71.432	76.762	50.439	328.160
<b>Hogar allegado</b>	99.331	109.274	75.546	63.571	29.966	377.688
<b>Núcleo receptor</b>	64.754	82.612	102.779	100.468	86.609	437.222
<b>Núcleo allegado</b>	225.322	118.414	111.600	88.362	50.126	593.824

Fuente: Ministerio de Planificación, Departamento de Información Social, encuesta Casen 1996.

Respecto de los núcleos familiares allegados, que corresponden al concepto de allegamiento interno, la encuesta Casen 1996 entrega una cifra de 593.824 casos. Como se explicaba, no todos ellos expresan déficit o necesidad habitacional. La encuesta Casen ha distinguido los núcleos principales de los secundarios, según tipología de familia, tal como se muestra en el Cuadro 4.

**Cuadro 4**  
**Núcleos por tipo y tipología de familia**

Tipología	Núcleo principal	Núcleo secundario	Total	%
<b>Unipersonal</b>	368.586	135.589	504.175	11,78
<b>Nuclear simple incompleta</b>	376.969	306.482	683.451	15,96
<b>Nuclear simple completa</b>	2.375.877	245.958	2.621.835	61,24
<b>Extensa simple completa</b>	255.802	2.704	258.506	6,04
<b>Extensa simple incompleta</b>	205.698	7.800	213.498	4,99
<b>Total</b>	<b>3.582.932</b>	<b>698.533</b>	<b>4.281.465</b>	

Fuente: Ministerio de Planificación, Departamento de Información Social, Encuesta Casen 1996.

La mayor parte de las familias corresponde al tipo de familia nuclear completa (el 61,24%), integrada por el jefe, su cónyuge, con o sin hijos solteros. Se aprecia también una incidencia importante de las familias de menor tamaño y composición incompleta, como las familias unipersonales (el 11,78%) y las familias de tipo nuclear simple incompleta, que son familias monoparentales (el 15,96%). Con menor incidencia, se presentan las familias de tipo extenso, donde, además de la familia nuclear simple, se encuentran presentes otros parientes.

Como estimación del allegamiento interno, se considerará, para fines de este trabajo, un porcentaje de los hogares secundarios correspondientes a las tipologías de familia nuclear simple completa, y familia extensa simple, completa e incompleta. Para complementar las cifras de allegamiento, se presentan en el Cuadro 5 las cifras de hacinamiento provistas por la encuesta Casen 1996.

**Cuadro 5**  
**Hacinamiento de hogares según quintil de ingreso autónomo per cápita**

	Quintiles					Total	%
	I	II	III	IV	V		
<b>Sin hacinamiento</b>	625.381	640.775	664.167	672.541	689.104	3.291.968	98,04
<b>Con hacinamiento</b>	37.921	19.587	4.531	3.229	484	65.752	1,96
<b>Total</b>	663.302	660.362	668.698	675.770	689.588	3.357.720	100,00
<b>% por quintil con hacinamiento</b>	57,67	29,79	6,89	4,91	0,74	100,00	

Fuente: Ministerio de Planificación. Departamento de Información Social. Encuesta Casen 1996.

De acuerdo a estándares de aceptación común, en la encuesta Casen se considera como hacinamiento la presencia de más de 3 personas por recinto habitable de la vivienda. De esta forma, el hacinamiento es de muy baja ocurrencia -sólo un 1,96% de los hogares presenta esta condición- concentrándose en los dos primeros quintiles de ingreso.

### **Estado de las viviendas**

El Cuadro 6 muestra que casi el 80% de las viviendas está en buen estado, algo más del 13% en estado aceptable y recuperable, y un 7,1% en estado deficitario. Se deduce en 255.000 el déficit asociado a la necesidad de reemplazo de viviendas. Este tipo de déficit afecta mayoritariamente a la población de menores ingresos; el 43,22% de las viviendas deficitarias se encuentra en el primer quintil de ingresos y el 26,48% en el segundo quintil.

**Cuadro 6**  
**Materialidad de viviendas según quintil de ingreso del hogar**

	Quintiles						
	I	II	III	IV	V	TOTAL	%
<b>Viviendas buenas</b>	421.997	520.283	585.584	632.716	688.007	2.848.587	79,45
<b>Viviendas aceptables</b>	104.234	77.112	56.763	34.611	14.487	287.207	8,01
<b>Viviendas recuperables</b>	80.825	52.711	33.821	21.942	5.495	194.794	5,43
<b>Viviendas deficitarias</b>	110.069	67.435	41.057	27.877	8.253	254.691	7,10
<b>TOTAL</b>	717.125	717.541	717.225	717.146	716.242	3.585.279	100,00
<b>% por quintil de viviendas deficitarias</b>	43,22	26,48	16,12	10,95	3,24	100,00	

Fuente: Ministerio de Planificación. Departamento de Información Social. Encuesta Casen 1996

El estudio basado en el censo de 1992 establece que los requerimientos de viviendas por motivos de reemplazo alcanzan a 276.882 unidades, equivalentes al total de las viviendas semipermanentes. En la estimación que surge de la encuesta Casen 1996 se establece una cifra de 254.691. En este caso se han considerado deficitarias las viviendas cuyos muros son malos, ya sea por su materialidad o por su estado de conservación. Si se mantuviera el criterio metodológico utilizado en el estudio del Censo 92 para estimar las necesidades por reemplazo de viviendas, aplicándolo a los resultados de la encuesta Casen 96, se llegaría a un déficit por este concepto de 161.172 unidades.

**Cuadro 7**  
**Saneamiento de viviendas según quintil de ingreso del hogar**

Indicador de saneamiento	Quintiles						
	I	II	III	IV	V	Total	%
<b>Bueno</b>	348.572	467.915	550.622	605.349	660.753	2.633.211	73,45
<b>Aceptable</b>	36.066	40.784	34.287	29.209	26.689	167.035	4,66
<b>Regular</b>	137.815	109.597	61.780	43.488	12.218	364.898	10,18
<b>Menos que regular</b>	48.095	23.036	17.280	7.106	2.542	98.059	2,74
<b>Deficitarias</b>	146.577	76.209	53.256	31.994	14.040	322.076	8,98
<b>Total</b>	717.125	717.541	717.225	717.146	716.242	3.585.279	100,00
<b>% por quintil saneamiento deficitario</b>	45,51	23,66	16,54	9,93	4,36	100,00	

Fuente: Ministerio de Planificación. Departamento de Información Social. Encuesta Casen 1996.

De las 322.076 viviendas deficitarias en cuanto a saneamiento, el 86% se encuentran ubicadas en áreas rurales (277.998 viviendas) y sólo el 14% se encuentra en áreas urbanas. El indicador de saneamiento, al no estar cruzado con la materialidad o el estado de conservación de la vivienda, debe ser considerado como antecedente para estimar las necesidades de mejoramiento de la condición sanitaria de las viviendas antes que como indicador de déficit propiamente tal.

### **Déficit habitacional cuantitativo a diciembre de 1996**

En resumen, para efectos de este estudio, se estima el déficit a diciembre de 1996 sobre la base de los resultados de la encuesta Casen, en los siguientes términos:

• Necesidad de viviendas para hogares allegados:	377.688
• Necesidad de viviendas para núcleos allegados:	128.231
• Total de necesidades por allegamiento:	505.919
• Necesidad de viviendas por reemplazo:	254.691
<b>• Total déficit cuantitativo a diciembre de 1996</b>	<b>760.610</b>

A modo de calibración de la cifra de déficit obtenida, se puede considerar que el crecimiento de los hogares entre 1992 y 1996 se estima en 291.500 y las necesidades para reponer el deterioro del stock de viviendas existentes se puede estimar en unas 91.000 unidades (correspondientes al 0,8% anual del stock de viviendas permanentes). Ambos conceptos totalizan 382.500, que corresponde al incremento de los requerimientos de viviendas entre 1992 y 1996.

Por otra parte, la construcción de viviendas en el período 92-95, de acuerdo a las estadísticas del INE, alcanzó a 490.929 unidades. Por diferencia entre el aumento de las necesidades y lo construido, se puede concluir que el déficit debió haber disminuido en alrededor de 108.500 viviendas, cifra que es razonablemente consistente con los cálculos presentados anteriormente en los que esta disminución alcanza a 128.000 viviendas.

### **Estimación del déficit por estratos al año 2000**

La proyección de hogares entre 1996 y 2000, aplicando la tasa estimada de crecimiento vegetativo de la población para el período estimada por INE-Celade, entrega un incremento de 205.000 hogares en el período. Por su parte, las necesidades de viviendas para reponer el deterioro se estiman en 182.000. En consecuencia, el incremento de necesidades de nuevas viviendas entre el año 1996 y el 2000 llegarían a 387.000 unidades.

Las viviendas construidas en el mismo período alcanzarán a 529.531, de acuerdo a cifras estimadas por la Cámara Chilena de la Construcción, desglosadas en 281.031 viviendas construidas entre 1996 y 1997 y 248.500 proyectadas para 1998-1999. Nuevamente, por diferencia entre el crecimiento estimado de las necesidades y las construcciones proyectadas, se estima el déficit al año 2000 en 618.000 viviendas. Para estratificar este déficit, se supondrá la distribución por quintiles del déficit habitacional a diciembre de 1996, proveniente de la encuesta Casen 1996. Las cifras se muestran en el Cuadro 8.



**Cuadro 8**  
**Déficit habitacional a diciembre de 1996 según quintil de ingreso del hogar**

Quintiles	I	II	III	IV	V	Total
Hogares allegados	99.331	109.274	75.546	63.571	29.966	377.688
Núcleos allegados	48.656	25.570	24.099	19.081	10.824	128.230
Subtotal allegamiento	147.987	134.844	99.645	82.652	40.790	505.918
Reemplazo de viviendas	110.069	67.435	41.057	27.877	8.253	254.691
<b>TOTAL DEFICIT</b>	<b>258.056</b>	<b>202.279</b>	<b>140.702</b>	<b>110.529</b>	<b>49.043</b>	<b>760.609</b>
<b>% distribución por quintiles</b>	<b>33,93</b>	<b>26,59</b>	<b>18,50</b>	<b>14,53</b>	<b>6,45</b>	<b>100</b>

Fuente: Documento base, María de la Luz Nieto.

**Cuadro 9**  
**Déficit estimado año 2000**

Quintiles	Déficit
1º	209.672
2º	164.353
3º	114.321
4º	89.806
5º	39.848
TOTAL	618.000

Fuente: Documento base, María de la Luz Nieto.

### **Estimación de crecimiento de las necesidades de vivienda**

Las necesidades anuales de construcción de viviendas están compuestas por dos conceptos:

- Los nuevos hogares o grupos familiares que requerirán vivienda (en términos netos, es decir, descontando los hogares que dejan de existir como tales y dejan de ocupar o necesitar una vivienda).

Este concepto podría estimarse mediante una proyección de los matrimonios, como una aproximación de la formación de nuevas familias. No se cuenta con estimaciones confiables al respecto.

El método más usado es estimar los nuevos hogares a través de las tasas estimadas para el crecimiento vegetativo de la población, acerca de las cuales se cuenta con estimaciones realizadas por INE-Celade para el período 1995-2050.

**Cuadro 10**  
**Tasa de crecimiento natural según períodos 1980-2025**

<b>Período</b>	<b>Tasa de crecimiento (%)</b>
1900 - 1965	2,5
1980 - 1985	1,7
1990 - 1995	1,6
2000 - 2005	1,2
2010 - 2015	1,0
2020 - 2025	0,8

Fuente: Ministerio de Planificación. Prospectiva y Población. 1998.

Al concepto de crecimiento vegetativo de la población, como aproximación del crecimiento de los hogares, se le agrega la hipótesis acerca de la disminución del tamaño de los hogares. Para los fines del presente trabajo, se proyectarán los hogares aplicando solamente el crecimiento vegetativo de la población, para el período 2000- 2015.

- Las viviendas que se deterioran, destruyen, demuelen o cambian de uso anualmente. Estimaciones generalmente aceptadas en Chile sitúan esta cifra en el 0,8% del stock de viviendas buenas (más precisamente, no malas).

**Cuadro 11**  
**Estimación anual de necesidades de vivienda: 2000 - 2015**

<b>Año</b>	<b>Crecimiento hogares</b>	<b>Reposición deterioro</b>	<b>Total</b>
<b>2000</b>	52.327	29.402	81.729
<b>2001</b>	45.480	29.402	74.882
<b>2002</b>	46.026	29.402	75.428
<b>2003</b>	46.578	29.402	75.980
<b>2004</b>	47.137	29.402	76.539
<b>2005</b>	47.703	29.402	77.105
<b>2006</b>	44.252	29.402	73.654
<b>2007</b>	44.739	29.402	74.141
<b>2008</b>	45.231	29.402	74.633
<b>2009</b>	45.729	29.402	75.131
<b>2010</b>	46.232	29.402	75.634
<b>2011</b>	42.491	29.402	71.893
<b>2012</b>	42.916	29.402	72.318
<b>2013</b>	43.345	29.402	72.747
<b>2014</b>	43.779	29.402	73.181
<b>2015</b>	44.216	29.402	73.618

Fuente: Documento base, María de la Luz Nieto.

### **III. Estándares de vivienda**

#### *Estándares actuales: vivienda progresiva*

En el reglamento del Programa de Viviendas Progresivas se ha definido como tal “el proyecto de vivienda, a emplazarse en el sector urbano o rural, cuya construcción se efectúa en dos etapas, comprendiendo la primera etapa, como mínimo, un sitio urbanizado y una unidad sanitaria compuesta de cocina y baño con W.C., lavatorio y ducha, que corresponda a la infraestructura sanitaria definida en la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones; y la segunda etapa, la ejecución del resto del proyecto aprobado para la vivienda”.

El Programa de Viviendas Progresivas surgió en 1990, como una de las respuestas que el gobierno adoptó para hacer frente a la gran expectativa de la población por soluciones habitacionales que formaban parte de lo que en esa época se denominó “el pago de la deuda social”. La idea básica detrás del programa es que en la práctica, ningún tipo de vivienda permanece inalterado durante su vida; por el contrario, se observa con gran frecuencia, incluso en poblaciones de viviendas sociales cuyos propietarios son familias de escasos ingresos, un proceso de transformaciones, mejoramientos y ampliaciones de las viviendas, en cuanto los proyectos son terminados y entregados a sus destinatarios.

Este programa se planteó con una modalidad Serviu y una modalidad privada. El programa no ha llegado a adquirir un volumen importante, ya que en la modalidad

Serviu ha encontrado escasa capacidad e interés de parte de los oferentes (empresas constructoras); en la modalidad privada se han presentado problemas de factibilidad y de calidad técnica de los proyectos, que han provocado modificaciones en la normativa con el fin de asegurar asistencia técnica. En 1998 las viviendas progresivas contratadas por Serviu se localizaron sólo en ocho regiones, alcanzando una superficie promedio de 14,67 m<sup>2</sup> y un precio de 162,73 UF.

La vivienda progresiva en la modalidad privada presenta una gran dispersión de soluciones. De acuerdo a la "Evaluación de resultados del programa de vivienda progresiva modalidad privada primera etapa"<sup>64</sup>, publicada por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo en diciembre de 1994, la dotación inicial de superficie de los casos analizados en el estudio (en 16 poblaciones ubicadas en diversas regiones) alcanza a un promedio construido de 20 m<sup>2</sup>, fluctuando entre 6,08 y 33,35 m<sup>2</sup>. Los terrenos presentan una superficie promedio de 168,75 m<sup>2</sup>, variando entre 100 y 375 m<sup>2</sup> por lote.

### Estándares en vivienda básica

A partir de 1980 se instauró, dentro de los programas del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, la vivienda básica, definida como la primera etapa de una vivienda social, cuyo valor de tasación no supera las 400 UF.

"En sus inicios este programa contemplaba la ejecución de soluciones habitacionales compuestas por viviendas de una superficie mínima edificada de 24 m<sup>2</sup> y un valor de contrato de entre 160 y 225 UF cada una", dependiendo de la propiedad del terreno. "El programa arquitectónico mínimo constaba de un recinto estar-comedor-cocina, dos dormitorios para acoger una cama matrimonial y dos camas en planta, respectivamente, y un recinto baño que contenía un lavatorio, un W.C. y una ducha"<sup>65</sup>. En 1984, se formuló un nuevo sistema de calificación de ofertas para las propuestas llamadas por los Serviu, denominado Método de Condicionantes Mínimas, que condujo a una modalidad más descentralizada de definir los estándares y evaluar las ofertas de las propuestas. Las superficies promedio obtenidas de las viviendas básicas contratadas a nivel nacional se indican en el Cuadro 12 y en el Gráfico 1.

**Cuadro 12**  
**Superficie de viviendas contratadas por Serviu: 1978-97**

Año	Superficie construida	m <sup>2</sup> por habitante
<b>1978</b>	49,04	10,90
<b>1979</b>	49,44	10,97
<b>1980</b>	35,69	7,93
<b>1981</b>	41,84	9,30
<b>1982</b>	44,95	9,99
<b>1983</b>	31,40	7,85
<b>1984</b>	35,58	7,91
<b>1985</b>	32,58	7,24

<sup>64</sup> Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DITEC "Evaluación de resultados del programa de vivienda progresiva modalidad privada primera etapa", Margarita Greene, María Elena Ducci, Oscar Figueroa. Facultad de Arquitectura y Bellas Artes, Pontificia Universidad Católica de Chile, diciembre 1994.

<sup>65</sup> Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH Departamento de Vivienda, "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo 1998.

<b>1986</b>	35,00	8,75
<b>1987</b>	34,58	8,65
<b>1988</b>	33,65	8,41
<b>1989</b>	33,13	8,28
<b>1990</b>	36,56	8,12
<b>1991</b>	37,67	8,37
<b>1992</b>	39,31	8,74
<b>1993</b>	39,43	8,76
<b>1994</b>	39,76	8,84
<b>1995</b>	40,65	9,03
<b>1996</b>	41,90	9,31
<b>1997</b>	42,61	9,47

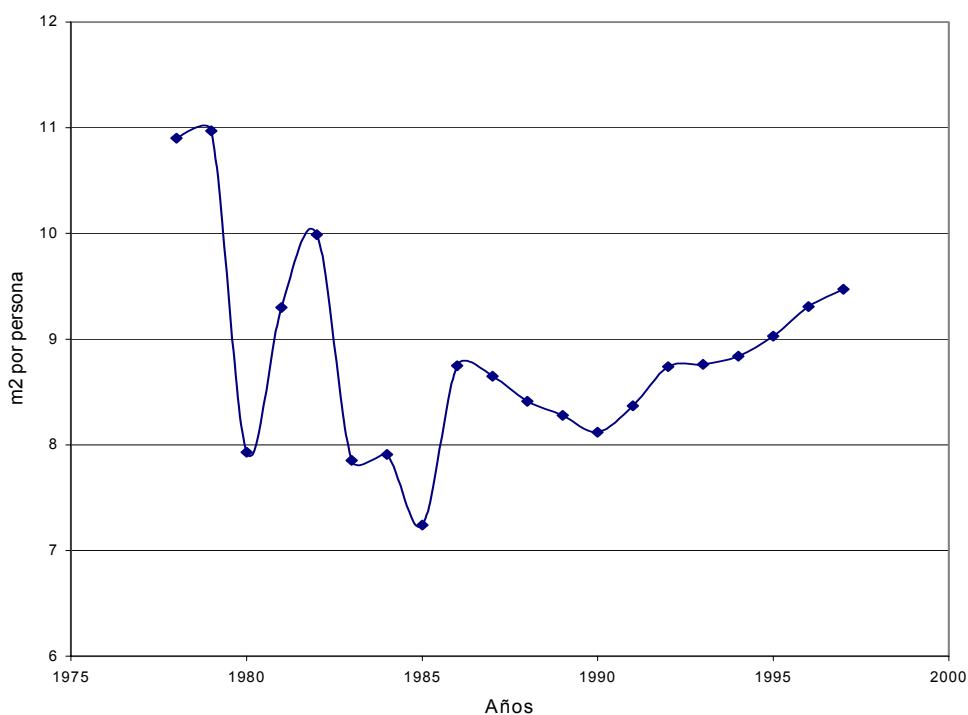
Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH, "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo 1998.

Se puede apreciar que, luego de un período en que las superficies fluctuaron sin marcar una tendencia, se llegó a una superficie mínima, equivalente a 8,12 m<sup>2</sup> por habitante en 1990. Posteriormente se advierte un esfuerzo constante por aumentar la superficie, que llega hasta 9,47 m<sup>2</sup> por habitante en 1997.

De acuerdo con lo planteado por el propio estudio ya citado, los estándares mínimos deberían alcanzar valores superiores, aplicando un mínimo de 10,5 m<sup>2</sup> por habitante y variando hacia arriba dependiendo de la zona climática del país y de la altura de edificación, ya que, en zonas de clima más frío o más lluvioso, es preciso contar con mayor espacio cubierto y, en caso de edificación en altura, está limitada la posibilidad de ampliación posterior de la vivienda.

**Gráfico 1**

**Estándar de superficie de viviendas sociales**



Adicionalmente a los estándares de superficie, es preciso considerar los estándares de materialidad y diseño de las viviendas, así como los de diseño de loteos. En cuanto a materialidad de las viviendas, existe diversidad regional, y los efectos de los temporales de 1997 sobre las viviendas sociales levantaron un cuestionamiento público generalizado acerca de los estándares. Como consecuencia de ello, en cada región han funcionado comisiones técnicas mixtas (sector público-sector privado), que han evacuado informes con recomendaciones acerca de mejoramientos que se proponen introducir a las viviendas sociales. Asimismo, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo cuenta con un estudio denominado "Diagnóstico de deterioros y patologías en la edificación. Viviendas básicas del sector", realizado por la Ditec. Es muy probable que estas recomendaciones representen un desafío para el próximo gobierno, que implicará aumentos de precios en las viviendas acogiendo tanto los aumentos esperados en las superficies mínimas de las viviendas como los mejoramientos de su materialidad.

### **Estándares en subsidios PET, unificado y leasing**

Los estándares en viviendas financiadas a través de los sistemas de subsidio son variables y están más bien determinados por el límite de precio que reglamentariamente se fija para cada sistema.

Las viviendas correspondientes al sistema PET tienen un precio reglamentario fijado por el concepto de vivienda social, es decir hasta 400 UF de valor de tasación municipal. De acuerdo a disposiciones internas del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, el precio de compraventa tampoco debería exceder de las 400 UF. Este límite se cumple con diferentes grados de rigurosidad en las distintas regiones, llegando en ocasiones a 460 ó 470 UF en las que el comprador de la vivienda aporta la diferencia como cuota de contado o a través de un crédito complementario directo.

En el caso del subsidio unificado ocurre algo semejante con las viviendas del primer tramo. El precio límite reglamentario es de 500 UF y las transacciones reales pueden llegar hasta las 580 UF. El límite superior de precio de las viviendas subsidiadas es de 1.500 UF, cualquiera que sea el sistema.

### **Valorización de la vivienda básica estándar**

De acuerdo con la información disponible en el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, los valores en que se han contratado las viviendas básicas en los últimos años son establecidos en el Cuadro 13.

**Cuadro 13**  
**Costo de las vivienda básicas contratadas en 1990-98**

<b>AÑO</b>	<b>Costo por Vivienda</b>	<b>Costo por m<sup>2</sup></b>
<b>1990</b>	210,60	5,76
<b>1991</b>	207,47	5,51
<b>1992</b>	217,04	5,52
<b>1993</b>	231,73	5,88
<b>1994</b>	235,82	5,93
<b>1995</b>	238,15	5,85

<b>1996</b>	257,69	6,15
<b>1997</b>	279,73	6,56
<b>1998</b>	299,78	7,12

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH.

La evolución del costo por vivienda ha sido creciente desde 1995. Este fenómeno refleja un aumento de estándares en superficie y materialidad y adicionalmente refleja un aumento bastante generalizado de precios del suelo. Por ejemplo, entre 1995 y 1996, las viviendas básicas experimentaron en promedio un aumento de superficie del 2,9% y un aumento del costo del 8,2%, en circunstancias que en dichos años no existió un mejoramiento de la materialidad de las viviendas.

### ***Evolución futura de estándares y valorización de incrementos***

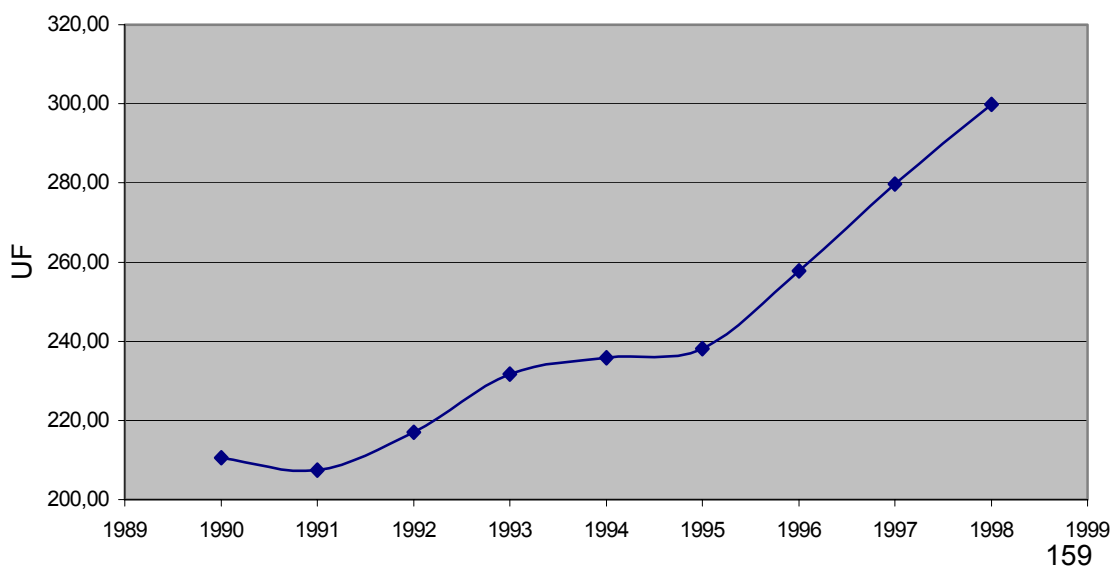
Hasta 1996-1997, la política habitacional en su dimensión social ha privilegiado la cobertura, otorgando a los mejoramientos de estándares una importancia secundaria. Sin embargo, el acento en los temas de calidad (y por ende, estándares) imponen un escenario distinto a partir de 1997.

Por una parte, se plantean mayores exigencias en relación con la superficie de las viviendas. Según el estudio ya citado sobre estándares realizado en el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, por debajo de los 8 m<sup>2</sup> por persona de superficie edificada en la vivienda, se desarrollan conductas patológicas en los habitantes; entre los 8 y los 12 m<sup>2</sup> se encuentra el umbral crítico de disponibilidad de superficie por persona y sobre los 12 m<sup>2</sup> la superficie comienza a ser adecuada.

La realidad actual de la vivienda básica en Chile se encuentra alrededor de los 9,5 m<sup>2</sup> por persona de superficie edificada, en la dotación inicial. Ha sido un prolongado esfuerzo de seis años aumentar en 1 m<sup>2</sup> este estándar (de 8,5 a 9,5). Se advierte, entonces, que el aumento de 9,5 a 12 m<sup>2</sup> es un propósito ambicioso.

**Gráfico 2**

Costo por Vivienda



Una alternativa es considerar la posibilidad de aumento paulatino de superficie a lo largo de la vida de la vivienda; es decir, incorporar el concepto de progresividad a partir de una vivienda básica. Sin embargo, esta idea implica la posibilidad de ampliación de la vivienda, lo que es cada vez más difícil por el aumento de los precios del suelo que inducen a construir en altura. En la Región Metropolitana, más del 90% de las viviendas contratadas por Serviu en los últimos años han sido tipo C, es decir, departamentos en edificios de 3 o más pisos.

Una alternativa intermedia es plantear un estándar de superficie para viviendas en extensión y otro para viviendas en altura. Tal proposición se encuentra formulada en el estudio sobre estándares del Ministerio de Vivienda y Urbanismo. El Cuadro 14 muestra las cifras correspondientes a la zona central. La citada proposición de estándares no refleja la posición del Ministerio en la materia.

**Cuadro 14**  
**Superficies mínimas de vivienda básica**  
**Propuesta para la zona central**

<b>Tipo</b>	<b>Estándar (m<sup>2</sup>/hab)</b>	<b>Nº de camas</b>	<b>Superficie mínima</b>
<b>A</b>	11,0	4	44,0
	11,0	5	55,0
<b>B</b>	11,5	4	46,0
	11,5	5	57,5
<b>C</b>	12,0	4	48,0
	12,0	5	60,0

Nota: La vivienda tipo A es de 1 piso; la tipo B, de 2 pisos, y la tipo C es departamento en edificio de 3 o más pisos.

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH, "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo 1998.

Para fines del presente estudio, se considerará una superficie mínima de 50 m<sup>2</sup> por vivienda, como estándar mínimo promedio. En relación al mejoramiento de la materialidad de las viviendas, es preciso incorporar, a lo menos, aspectos relacionados con mayor protección frente a la lluvia. También es conveniente mejorar la calidad de las instalaciones sanitarias y la aislación térmica con el fin de ahorrar gastos futuros en la operación de las viviendas. En cuanto al loteo, los requerimientos más frecuentes son cierres perimetrales en los condominios y estacionamientos.

Se estima que los mejoramientos de estándares de materialidad de las viviendas y del loteo representarán un incremento del costo por m<sup>2</sup> entre un 5% y un 7%. Teniendo en cuenta la superficie por vivienda de 50 m<sup>2</sup> y el aumento de costo unitario por mejoramientos en la materialidad de las viviendas, se llega a una vivienda mínima cuyo precio sería del orden de 380 UF.

El precio estimado para la vivienda de estándar mínimo no considera aumentos de precios del suelo, no obstante que ésta ha sido una variable de gran incidencia en los precios de las viviendas en los últimos años. Sin embargo, es un precio de muy difícil estimación, ya que contiene elementos especulativos. Al respecto, existe una



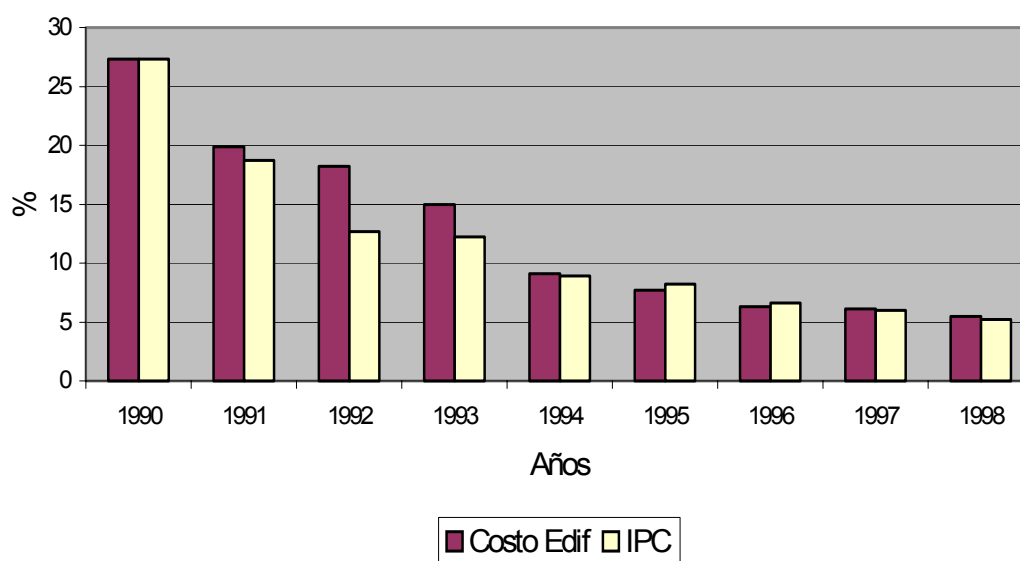
transacción entre el precio del suelo y la calidad urbana de la localización de los proyectos de viviendas sociales, puesto que en localizaciones donde el precio del suelo no es importante se precisan inversiones complementarias para la dotación de los servicios urbanos mínimos: vías de acceso, electrificación, extensión de redes de agua potable y alcantarillado, escuelas, consultorios, etc.

### Costo de la construcción

La Cámara Chilena de la Construcción calcula un índice de costo de la edificación de tipo medio (ICE) que tiene base 1978 = 100. La evolución de este índice ha sido muy parecida a la evolución del IPC en los últimos años, tal como puede apreciarse en el Gráfico 3, que muestra el porcentaje de variación en doce meses de ambos índices a diciembre de cada año (excepto 1998, que considera el dato para agosto).

**Gráfico 3**

### Índice de Costo de Edificación vs IPC

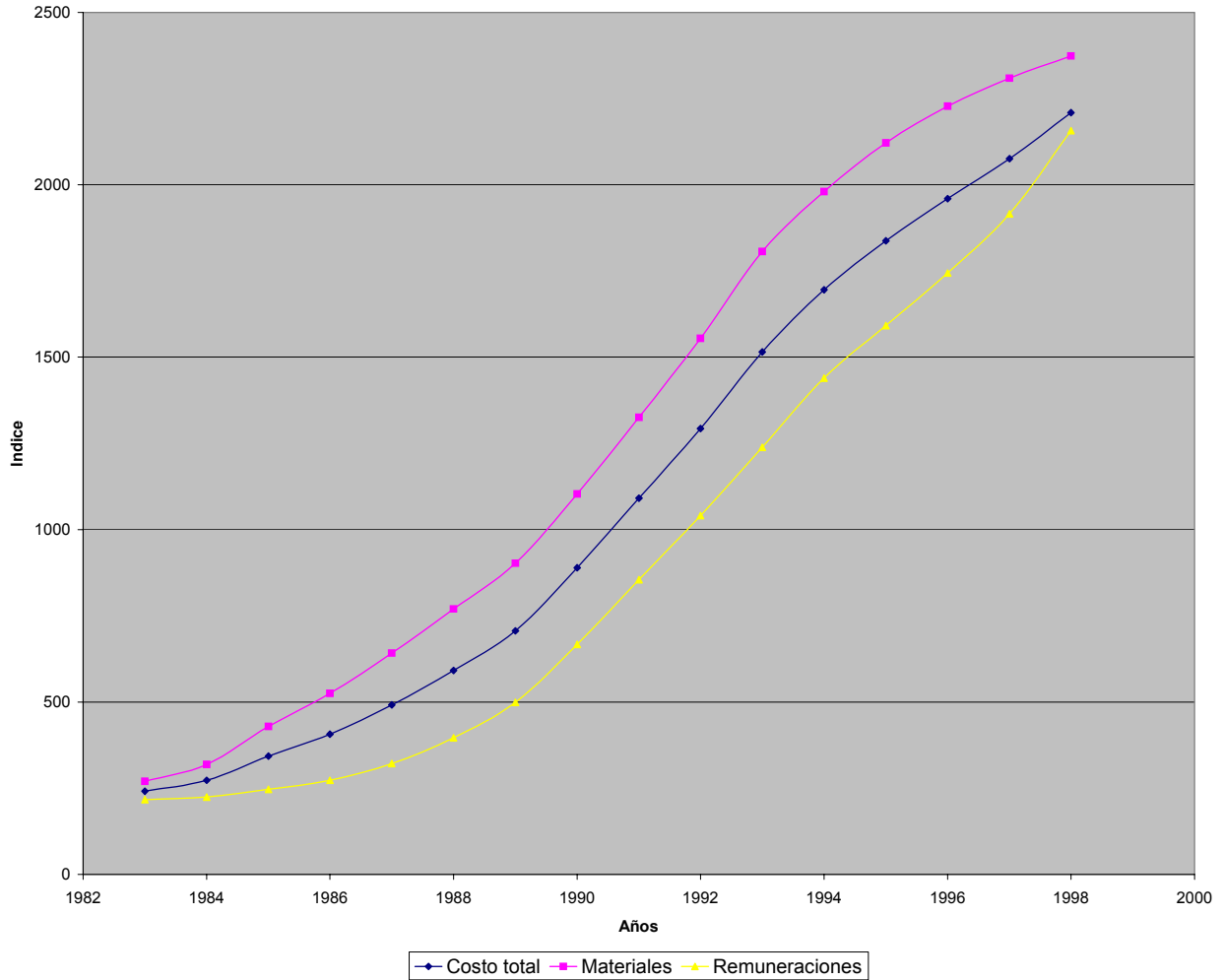


Con excepción de los años 1992 y 1993 en que el IPC subió más que el ICE, los restantes años prácticamente no hay variación. En consecuencia, los costos de la edificación pueden ser proyectados en UF, sin incluir aumentos por otro concepto.

El Índice de Costo de Edificación se desglosa en subíndices que reflejan la evolución de los componentes materiales, sueldos y salarios y misceláneos. La evolución de los subíndices es semejante a la del índice total, aunque en los últimos años la tasa de crecimiento del subíndice materiales se ha frenado, en tanto que la de sueldos y salarios se ha acelerado, lo que indicaría una modificación en la estructura del costo. En agosto de 1998, la importancia relativa de los componentes era de 58,12% materiales, 38,23% sueldos y salarios y 3,65% misceláneos. En los anexos se presentan las cifras correspondientes.

**Gráfico 4**

**Índice de costo de edificación media**



#### **IV. Financiamiento de los programas subsidiados**

Los programas Serviu, es decir las viviendas básicas y progresivas cuya construcción es contratada por Serviu para ser posteriormente asignada a los beneficiarios, son financiados mediante el ahorro de los beneficiarios, un subsidio de 140 UF y un crédito hipotecario por la diferencia.

**Cuadro 15**  
**Valor de venta de las viviendas básicas (en UF)**

<b>Año</b>	<b>Valor vivienda</b>	<b>Subsidio</b>	<b>Crédito</b>	<b>Ahorro</b>
<b>1990</b>	203,49	153,41	29,77	20,31
<b>1991</b>	201,15	151,85	37,10	14,59
<b>1992</b>	202,39	152,19	39,00	12,68
<b>1993</b>	211,46	157,41	41,75	14,20
<b>1994</b>	224,55	148,00	62,87	14,32
<b>1995</b>	231,27	142,97	73,30	16,45
<b>1996</b>	232,30	141,69	74,43	17,12
<b>1997</b>	238,67	142,58	84,01	15,10
<b>1998</b>	260,70	153,75	91,16	17,50

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DITEC. Informativo estadístico N° 233.

El impacto presupuestario de estos programas es del 100% del costo del contrato de construcción, ya que se debe contar en el presupuesto fiscal con el total de los recursos que se comprometen en las contrataciones. Los ahorros de los beneficiarios se computan como ingresos propios de los Serviu bajo el concepto de cuota al contado y los préstamos hipotecarios se reflejan presupuestariamente en la contabilización de los ingresos correspondientes al pago de dividendos.

Los programas de subsidio son:

- Subsidio para vivienda progresiva primera etapa.
- Subsidio para vivienda progresiva segunda etapa.
- Subsidio para vivienda básica.
- Subsidio especial para trabajadores (PET).
- Subsidio rural.
- Subsidio unificado.
- Subsidio para el leasing habitacional.

En todos ellos, el financiamiento de la compra o construcción de la vivienda consta de un subsidio directo, que se carga presupuestariamente como Inversión Real y ahorro del beneficiario, que no se expresa en el presupuesto; además puede existir financiamiento complementario fiscal consistente en un crédito hipotecario otorgado por el Serviu. Los créditos complementarios se reflejan en el presupuesto fiscal como Inversión Financiera.

Alternativamente, el crédito complementario puede ser otorgado por el sistema financiero privado. En caso de crédito privado en letras hipotecarias, hay un subsidio adicional, que financia la diferencia de valor de venta de las letras con respecto a su valor par, que presupuestariamente se refleja como Inversión Financiera. Si el crédito privado es otorgado mediante un mutuo hipotecario, dicho subsidio no existe.

**Cuadro 16**  
**Financiamiento Serviu según sistemas (en UF)**

<b>Sistema</b>	<b>Subsidio directo*</b>	<b>Subsidio implícito**</b>	<b>Crédito Serviu**</b>
<b>Vivienda progresiva 1ª etapa</b>	132		
<b>Vivienda progresiva 1ª y 2ª etapa</b>	150		
<b>Vivienda progresiva 2ª etapa</b>	18		
<b>Vivienda básica</b>	140	80	100
<b>PET</b>	92	80	
<b>Unificado</b>	124	80	
<b>Rural</b>	128		
<b>Leasing</b>	124		

\* Montos promedio reales.

\*\* Montos máximos permitidos por la reglamentación.

Fuentes: Documento base, María de la Luz Nieto en base a  
Ministerio de Vivienda y Urbanismo-Ditec, Informativo estadístico N° 226,  
Reglamentación vigente.

### **Focalización de los programas de subsidio**

Los programas de vivienda progresiva y subsidio rural actualmente están diseñados de modo que el financiamiento de las viviendas está compuesto por ahorro del beneficiario y subsidio. No incluyen crédito hipotecario.

El ahorro de las familias es un esfuerzo económico que no está relacionado con el ingreso, como ocurre con el pago de dividendos por créditos. Los ahorros pueden provenir de ingresos extraordinarios, de donaciones, de cambio en la estructura de patrimonio de las familias, de campañas solidarias o actividades comunitarias para reunir recursos. Por lo tanto, la exigencia de ahorro mínimo en los programas no es contradictoria con la focalización en la población de menores ingresos.

En consecuencia, los programas mencionados pueden ser accesibles a familias que no tengan ingresos, por lo menos en lo que respecta a la adquisición y pago de la vivienda. Para lo que sí se requieren ingresos es para ocupar la vivienda, ya que automáticamente se genera la obligación de pagar por los servicios (agua, luz, gas, etc.), aun cuando no exista la obligación de pagar un préstamo.

En los programas de vivienda básica, se requieren ingresos familiares suficientes para pagar un crédito del orden de 100 UF a 12 años plazo a tasa del 8% anual, si es crédito Serviu. El crédito Serviu corresponde preferentemente a vivienda básica modalidad Serviu y el ingreso familiar correspondiente es de \$80.000. En el caso de crédito bancario, el monto mínimo a prestar es alrededor de 200 UF y la tasa es del 12%. El crédito bancario es aplicable a la modalidad privada y el ingreso familiar es \$150.000.

El programa PET requiere un ingreso familiar de entre \$150.000 y \$200.000 y el subsidio unificado y subsidio leasing se ubican por arriba de los \$200.000.

## Población objetivo de los programas de subsidio

Para asociar los distintos programas a los estratos de población, se consideran los ingresos promedio por quintil de ingreso autónomo del hogar, según la información de la encuesta Casen 1996.

**Cuadro 17**  
**Ingreso medio de hogares por quintiles**  
(En pesos de noviembre de 1996)

Quintiles	Ingreso medio autónomo	Ingreso medio monetario
<b>1</b>	76.451	83.300
<b>2</b>	158.943	164.216
<b>3</b>	233.862	237.769
<b>4</b>	381.661	383.847
<b>5</b>	1.134.846	1.135.611
<b>Total</b>	397.170	400.966

Fuente: Ministerio de Planificación, Departamento de Información Social, Encuesta Casen 1996.

De acuerdo a estas cifras, la población de los distintos quintiles puede acceder a los programas habitacionales existentes, de acuerdo a la siguiente distribución:

- Vivienda progresiva: 1<sup>er</sup> quintil
- Subsidio rural: 1<sup>er</sup> quintil
- Vivienda básica: 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> y 3<sup>er</sup> quintil
- PET: 3<sup>er</sup> quintil
- Subsidio unificado: 3<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> quintil
- Subsidio leasing: 3<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> quintil

La proyección de viviendas según segmentos del mercado habitacional realizada por la División de Estudios Económicos de la Cámara Chilena de la Construcción indica que entre un 35% y un 45% de las viviendas son producidas para el mercado privado, en tanto que entre el 55% y el 65% son adquiridas a través de los distintos sistemas con subsidio estatal.

Asociando los distintos programas y segmentos de mercado a los quintiles de ingreso de la población, se obtienen los resultados que se presentan en el Cuadro 18, utilizando las proyecciones de viviendas realizadas por la Cámara Chilena de la Construcción. Del total de viviendas que se producen anualmente, tanto por iniciativa del sector público como del sector privado, las estimaciones indican que el 17% se dirige al primer quintil; el 13% al segundo quintil; el 12% al tercer quintil; el 31% al cuarto quintil, y el 27% al quinto quintil.

**Cuadro 18**  
**Estimación de viviendas construidas según quintil de ingreso**

Quintiles	1995	1996	1997	1998	1999
<b>1</b>	21.684	20.786	23.801	22.500	23.600
<b>2</b>	18.224	17.514	14.452	18.000	18.000
<b>3</b>	15.698	18.392	14.223	14.700	16.500
<b>4</b>	40.285	46.297	43.538	33.650	42.710
<b>5</b>	39.709	40.834	41.194	25.150	33.690
Total	135.600	143.823	137.208	114.000	134.500

Fuente: Documento base, María de la Luz Nieto.

#### IV. Proyecciones futuras

En concordancia con lo expuesto más arriba respecto de las exigencias que la opinión pública y los sectores políticos han planteado acerca de los mínimos aceptables, se establecerá en el escenario base un estándar mínimo igual a la vivienda básica mejorada, de una superficie mínima de 50 m<sup>2</sup>, con mejoramientos en su materialidad y en el diseño de los loteos, de manera que su precio alcanzará 380 UF. Con este estándar mínimo se calculará el costo del programa orientado a los dos primeros quintiles. Para los quintiles tercero y cuarto se asociará un programa de subsidio, que incluye como costo fiscal solamente el monto del subsidio directo, a un promedio de 120 UF.

En primer lugar, se presentarán las estimaciones de costos de los programas, en términos de gasto fiscal, con el conjunto de supuestos y definiciones que forman el escenario base. Estos son los siguientes:

- Atención del 100% de las necesidades por crecimiento de los hogares y reposición del deterioro.
- Absorción del 5% del déficit de arrastre durante cada año.
- Programas públicos dirigidos a los quintiles de ingreso del 1º al 4º.
- Estándar mínimo: vivienda completa de costo promedio de 380 UF a quintiles 1º y 2º.
- Subsidio, valor promedio 120 UF a los quintiles 3º y 4º.

**Cuadro 19**  
**Costo fiscal de programas públicos**  
(Escenario base, en miles de UF y millones de pesos)

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
<b>Programas directos</b>	17.889,5	16.848,7	16.931,7	17.015,6	17.100,6	17.186,6
<b>Programas de subsidio</b>	4.865,2	4.536,5	4.562,7	4.589,3	4.616,1	4.643,3
<b>Total (m UF)</b>	22.756,7	21.385,2	21.494,4	21.604,8	32.136,9	21.829,9
<b>Total (MM\$)</b>	336,8	316,5	318,1	319,7	321,4	323,1
<b>Metas programa público</b>	87.621	82.144	82.580	83.022	8.3469	83.922

Nota: Supuesto 1 UF = \$14.800.

El costo fiscal resultante del programa de vivienda asciende a un monto promedio de MM\$ 322,5 anuales (Cuadro 19), lo cual representa un incremento de 1,6 veces respecto al presupuesto de 1998 (ascendiente a MM\$ 201.690). La principal determinante en el aumento de costo es la dimensión que adquiriría un programa como el de las viviendas básicas bajo el escenario descrito como base.

A continuación se esbozan algunas alternativas que suponen niveles de gasto fiscal inferiores a los establecidos en la situación base.

- *Escenario 1:* Supone adoptar el nuevo estándar paulatinamente, comenzando en el año 2000 con un costo de los programas directos de 350 UF, para ir aumentando de 10 UF por año hasta alcanzar las 380 UF en el año 2003. El resto de los supuestos son idénticos a los del escenario base. Los resultados en términos de gasto fiscal muestran una disminución inferior al 7% en relación al gasto fiscal del escenario base.

- *Escenario 2:* Una segunda alternativa es restringir los programas de acción directa Serviu solamente al primer quintil, dejando para el segundo quintil un programa de subsidio, con un monto de subsidio equivalente al promedio entre el mayor subsidio vigente para el sector urbano (150 UF) y el mayor subsidio vigente para el sector rural (200 UF). En este caso, el costo fiscal experimenta una rebaja del orden del 20% respecto del escenario base. Sin embargo, postular un subsidio para la población del segundo quintil requiere complementarlo con financiamiento de largo plazo, también de cargo fiscal, ya que es poco probable que el sistema financiero esté en disposición de otorgar créditos hipotecarios a familias cuyos ingresos son del orden de los \$160.000. Al agregar esta cifra, la disminución de gasto fiscal con respecto al escenario base es un 11%.

- *Escenario 3:* Consiste en disminuir la cobertura de los programas públicos de modo de abarcar sólo los tres primeros quintiles, aplicando además los parámetros del escenario 2 respecto de diversificación de programas y mayor focalización. Los resultados en este caso representan un 30% de reducción del gasto fiscal en relación al escenario base. A esto también habría que agregar el financiamiento fiscal de créditos hipotecarios, con lo que la disminución neta en esta alternativa es un 20%.

### **Comentarios sobre las proyecciones**

Al pensar en una redefinición o nuevos planteamientos de las políticas públicas en vivienda, se presenta con fuerza la realidad de un déficit muy relevante en cobertura. Sin embargo, es poco realista pensar en contar con recursos públicos significativamente mayores que las cifras de los años recientes. El sector vivienda, que fue uno de los sectores sociales más demandados a fines de los años 80 y comienzos de los 90, ha salido del discurso público; rara vez es citado cuando los políticos enumeran los componentes del sector social. Se presenta entonces la paradoja que hoy los mayores requerimientos van por el lado del aumento de estándares, en circunstancias que queda aún mucho por avanzar en términos de cobertura.

Frente a esta situación, hay algunas herramientas utilizadas en la experiencia reciente de nuestro país, que es conveniente considerar:

- La diversificación de los programas permite dar atención a tipologías particulares de problemas, acotando los costos. En esta línea, la idea de la progresividad,

probablemente partiendo de un estándar mínimo mayor que el utilizado hoy día, puede ser una alternativa interesante a explorar.

- La coexistencia de programas de acción directa (modalidad Serviu) y programas de subsidios (modalidades privadas). Estos últimos permiten allegar recursos de fuentes externas al presupuesto fiscal para financiar las soluciones.
- Es recomendable diseñar políticas e instrumentos que incentiven al sistema financiero a abrir sus operaciones a segmentos de mercado de ingresos medios y bajos.

Las acciones y programas habitacionales focalizados en la población de menores recursos, insertos en el marco de esfuerzos generales orientados a superar la pobreza deben ser separados del contexto general de los programas habitacionales y tratados en el contexto de la política social. Si se compara la dimensión actual de las acciones que se han dirigido hacia los dos primeros quintiles de ingreso con los requerimientos estimados para esos mismos quintiles, se advierte que se han dedicado insuficientes recursos sectoriales a la población más pobre. Y las necesidades insatisfechas de vivienda de la población más pobre no son sus necesidades más urgentes. Es conveniente explorar la alternativa de definir la política habitacional orientada a la población en situación de extrema pobreza ligada con políticas y acciones externas al sector vivienda, para contribuir desde una perspectiva integral a superar la situación de pobreza.



## ANEXO ESTADÍSTICO

### Anexo nº1 Información del censo 1992

<b>Distribución regional de familias y hogares</b>			
<b>Región</b>	<b>Hogares</b>	<b>Núcleos Adicionales</b>	<b>Total familias</b>
I	82.865	11.192	94.057
II	99.061	13.327	112.388
III	56.989	7.453	64.442
IV	122.210	17.335	139.545
V	363.187	43.403	406.590
VI	169.954	22.190	192.144
VII	202.603	26.807	229.410
VIII	409.383	60.796	470.179
IX	186.342	27.254	213.596
X	228.128	35.206	263.334
XI	19.977	2.474	22.451
XII	38.037	4.097	42.134
METRO	1.315.043	167.454	1.482.497
TOTAL	3.293.779	438.987	3.732.766

Fuente: CPU, Documento de Trabajo Nº 16/94. "¿Cuántas casas faltan? El déficit a nivel nacional y regional", Joan Mac Donald, junio 1994.

<b>El parque habitacional</b>			
<b>Región</b>	<b>Vivienda particular</b>	<b>Permanentes</b>	<b>Semipermanentes</b>
I	75.513	66.922	8.591
II	91.242	85.615	5.627
III	54.255	48.397	5.858
IV	117.220	104.995	12.225
V	350.714	320.530	30.184
VI	159.753	143.722	16.031
VII	191.008	171.972	19.036
VIII	392.313	358.249	34.064
IX	180.376	160.564	19.812
X	218.654	197.732	20.922
XI	19.151	17.501	1.650
XII	36.955	35.557	1.398
METRO	1.233.813	1.132.329	101.484
TOTAL	3.120.967	2.844.085	276.882

Fuente: CPU, Documento de Trabajo Nº 16/94. "¿Cuántas casas faltan? El déficit a nivel nacional y regional", Joan Mac Donald, junio 1994.

## Anexo n°2 Estándares de viviendas

### Materialidad de las viviendas básicas correspondiente al estándar del programa 1996 y mejoramientos incorporados en 1997

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH. "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo de 1998, versión preliminar sujeta a modificaciones.

#### REGION I

Muros perimetrales	Albañilería de bloques de cemento.
Pavimentos	Palmetas de vinilo asbesto.
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento.
Revestimientos	Tipo A: estuco en toda la vivienda. Tipo B: estuco en recinto baño, sobre lavatorio y en nicho de ducha.
Pinturas	Tipo A: toda la vivienda. Tipo B: sobre zonas estucadas del baño.
Instalaciones	Redes de alcantarillado, agua potable y electricidad.
Urbanización	Pavimento asfáltico en calles y pasajes, Urbanización completa.

#### REGIÓN II

Muros perimetrales	Albañilería de bloques de cemento.
Pavimentos	Radier y losa afinada.
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento.
Revestimientos	En cielos: planchas de madera aglomerada. En tabiques: planchas de madera aglomerada. En zonas húmedas: estucos de cemento.
Pinturas	En exteriores: pintura molineteada
Instalaciones	Agua potable: cañería de cobre y PVC. Alcantarillado: cañería de PVC. Electricidad: red interior embutida. Gas: cañería de cobre.
Urbanización	De acuerdo a la OGUC. Pavimentos de asfalto.

#### REGION III

Muros perimetrales	Albañilería de bloques de cemento en 1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> pisos.
Pavimentos	Radier afinado.
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento, onda estándar.
Revestimientos	En baño y cocina: planchas de fibrocemento.
Pinturas	En exteriores: pintura al látex.
Instalaciones	Agua potable: Red interior en cobre. Alcantarillado: Red interior en PVC. Electricidad: Red interior embutida en PVC.
Urbanización	Accesos: pavimentados en asfalto y hormigón. Calles: calzadas de hormigón o asfalto. Aceras y soleras: de hormigón o asfalto. Pasajes: de hormigón.
Cierros exteriores	En antejardín: cierro bajo de madera. En patios: malla de alambre tipo Ursus. En sitios esquina: cierro alto, opaco, de madera.

#### REGIÓN IV

Muros perimetrales	Albañilería de ladrillos hechos a máquina o bloques de cemento en 1 <sup>o</sup> piso En 2 <sup>o</sup> piso, tabiquería de madera con cubrejuntas de madera en uniones de planchas
--------------------	--

	Obligatoriedad de certificación de impermeabilidad de los morteros con hidrófugo incorporado
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento o fierro galvanizado, con caballetes lisos Aleros de 30 cm de ancho sin forros
Revestimientos	En interiores: maderas aglomeradas hidrorresistentes de 10 mm de espesor
Pinturas	En exteriores: pintura al látex vinílica hidrorrepelentes con pigmentación de color con durabilidad certificada Esmalte en puertas exteriores y barniz en puertas interiores
Instalaciones	Agua potable: instalación embutida en cobre Electricidad: red interior embutida
Urbanización	Aceras: hormigón de 7 cm de espesor y 1,20 mt de ancho

## REGION V

Muros perimetrales	Albañilería de ladrillo en 1 <sup>er</sup> piso. Tabiquería de madera y/o albañilería de ladrillo en 2 <sup>o</sup> piso.
Pavimentos	Radier y losa afinada. Palmetas vinílicas en baño.
Cubierta	Planchas de asbesto cemento, onda estándar Alternativa: planchas de zinc-alum de 0,4 cm de espesor. Canales y bajadas en zinc-alum.
Revestimientos	En zonas húmedas: planchas de asbesto. Cemento de 3,5 mm de espesor. En zonas secas: planchas de yeso forradas con cartón de 8 mm de espesor.
Pinturas	En exteriores y sobre estucos de zonas húmedas. En fachadas exteriores y cielos de la vivienda tipo C.
Instalaciones	Agua potable: red interior de PVC a la vista. Alcantarillado: red interior a la vista. Gas: red interior a la vista.
Urbanización	De acuerdo a la OGUC.

## REGIÓN VI

Muros perimetrales	Albañilería de ladrillos hechos a mano o prensados y/o bloques de cemento.
Pavimentos	Palmetas de vinilo asbesto de 1,4 mm de espesor en baño, cocina y loggia. Resto de la vivienda con cubrepiso.
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento y/o planchas de fierro galvanizado ondulado. Canales y bajadas de aguas lluvias.
Revestimientos	Estuco con hidrófugo en albañilerías de ladrillo hecho a mano. Hidrófugo en albañilerías de ladrillos prensados.
Pinturas	En exteriores: pintura a la cal.
Instalaciones	Agua potable: Red interior en cobre.
Urbanización	Calles y pasajes: carpeta de asfalto en caliente. Soleras con zarpa de hormigón de 0,5 m de ancho.

## REGION VII

Muros perimetrales	Albañilería de ladrillos hechos a mano o prensados.
Pavimentos	Vinilo asbesto en toda la vivienda.
Cubierta	Planchas de asbesto cemento, onda estándar o fierro galvanizado. Alternativa: planchas de zinc-alum.
Revestimientos	Estucos interiores y exteriores sobre ladrillos hechos a mano, con hidrófugo incorporado. Estuco exterior con hidrófugo sobre ladrillos prensados.
Pinturas	En exteriores: látex acrílico. En interiores: óleo en baño y cocina.
Instalaciones	Agua potable: red de agua fría y caliente de cobre desde el medidor. Gas: en viviendas tipo C, cañerías de cobre y ducto de salida de humos independiente para cada departamento.
Urbanización	De acuerdo a la OGUC.

## REGIÓN VIII

Muros perimetrales	Hormigón armado, albañilería de ladrillo y/o tabiquerías de madera.
Pavimentos	Pavimento plástico o cubrepisos.
Cubierta	Planchas onduladas de asbesto cemento o fierro galvanizado y caballetes lisos. Aleros mínimos de 30 cm. En viviendas tipo B y C, bajadas y canales. En viviendas tipo C, cubierta en cajas de escala y pasillos de circulación.
Revestimientos	En exteriores: estucos, planchas de zinc-alum, planchas de fibrocemento y/o madera impregnada. En zona de ducha de la vivienda tipo B: linóleo.
Pinturas	En exteriores.
Instalaciones	Agua potable: red en cañería de cobre. Alcantarillado: red de cemento comprimido o PVC. Electricidad: instalación a la vista.
Urbanización	Según OGUC. Exigencia de canalización de aguas lluvias.

## REGIÓN IX

Muros perimetrales	Hormigón armado, albañilería de ladrillo, tabiquería de madera y/o tabiquería metálica.
Pavimentos	Pavimento plástico o cubrepisos.
Cubierta	Planchas de fierro galvanizado con fieltro y caballetes lisos. Canales y bajadas de aguas lluvias.
Revestimientos	Exteriores: estucos en albañilerías, zinc-alum, fibrocemento y/o madera impregnada. Planchas metálicas prepintadas en estructuras metálicas. Linóleo en zona húmeda de baño. Madera aglomerada de 10 mm en interiores vivienda tipo B.
Pinturas	En interiores: en cielos, puertas, guardapolvos y junquillos. En revestimientos de asbesto cemento en viviendas tipo B. Pinturas intumescentes en estructuras metálicas de viviendas tipo C. Pinturas en fachadas laterales en viviendas tipo C.
Instalaciones	Agua potable: red en cañería de cobre. Alcantarillado: red en cemento comprimido o en PVC.
Urbanización	Según OGUC. Evacuación de aguas lluvias. Muros de contención. Estacionamientos en viviendas tipo C
Aislación térmica	Poliestireno expandido o lana mineral de 40 mm de espesor en cielos y tabiques perimetrales.

## REGIÓN X

Muros perimetrales	Madera roja nativa o impregnada.
Pavimentos	Palmetas de vinilo asbesto en toda la vivienda. En zonas secas, alternativa cubrepisos.
Cubierta	Planchas de zinc-alum ondulado o planchas de fibrocemento de alta resistencia.
Revestimientos	Exteriores: zinc-alum., planchas de fibrocemento, madera impregnada traslapada (excepto 1 <sup>er</sup> piso).
Pinturas	Pintura en los revestimientos, excepto plancha zincada. Pintura en tapacanes, ventanas y puertas.
Instalaciones	Agua potable: Red interior de PVC.
Urbanización	Calles: adocretos.

## REGIÓN XI

Muros perimetrales	Tabiquería de madera de 3".
Pavimentos	Radier afinado en 1 <sup>er</sup> piso. Palmetas de vinilo asbesto en 1 <sup>er</sup> piso en viviendas tipo B. En 2 <sup>o</sup> piso madera aglomerada.
Cubierta	Planchas onduladas de fierro galvanizado.

Revestimientos	Exteriores: plancha de zinc tipo 5V y planchas de asbesto cemento en 1º piso. En viviendas tipo B, en 2º piso, planchas de asbesto cemento con cubrejuntas de madera. Interiores: madera aglomerada, Volcanita en medianero, asbesto cemento en muros y cielos de baño y cocina.
Pinturas	En exteriores: en tabiques y tapacanes, aleros frontones, puertas y ventanas En interiores: en baño y cocina.
Instalaciones	Agua potable: red de agua fría y caliente en cañería de plástico. Alcantarillado: red interior en PVC. Electricidad: red interior en Plastoflex a la vista.
Urbanización	Calles ripiadas con soleras tipo A y zarpas de hormigón.

## REGIÓN XII

Muros perimetrales	Estructura de madera de lenga. Muro cortafuego medianero de albañilería de ladrillos.
Pavimentos	Palmetas vinílicas en baño y cocina. Cubrepisos en zonas secas.
Cubierta	Planchas onduladas de zinc-alum de 0,5 mm. Planchas de fibrocemento de alta resistencia prepintadas al esmalte. Planchas de zinc-alum de 0,4 mm.
Revestimientos	Exteriores: planchas de Terzian de 4 mm. Planchas de zinc-alum de 0,4 mm. Planchas de fierro galvanizado en V. Interiores: madera aglomerada de 8 mm en zona seca. Planchas de fibrocemento de 4 mm en zona húmeda.
Pinturas	En exteriores: pintura antióxido en color en cubierta y paramentos verticales. En interiores: aceitado en puertas y ventanas.
Instalaciones	Red interior de agua potable y alcantarillado Instalación eléctrica embutida.
Urbanización	De acuerdo a la OGUC. No se acepta asfalto en pavimentos.
Aislación térmica	40 mm de espesor.

## REGION METROPOLITANA

Muros perimetrales	Albañilería de ladrillos prensados y bloques de cemento en edificios en altura y en 1º piso en viviendas tipo B. Tabiquería revestida en 2º piso de viviendas tipo B. Antepechos de ladrillos.
Pavimentos	Radier y losa de hormigón armado, alisada. Pavimento de vinilo asbesto o de arcilla en toda la vivienda.
Cubierta	Planchas onduladas de fibrocemento. Aleros de 80 cm en los pasillos elevados Canales y bajadas de aguas lluvias.
Revestimientos	Estucos de cemento en la totalidad de la albañilería de baños y parte de la cocina.
Pinturas	En exteriores y sobre estucos de zonas húmedas. En fachadas exteriores y cielos de la vivienda tipo C.
Instalaciones	Agua potable: red interior de PVC a la vista. Alcantarillado: red interior a la vista. Electricidad: red interior a la vista. Gas: red interior a la vista.
Urbanización	De acuerdo a la OGUC.

**Anexo n°3**  
**Proposición de mejoramientos de estándares**

**Nivelación regional del estándar mínimo habitacional**

<b>Partida</b>	<b>Estándar mínimo</b>
Sobrecimiento	Altura mínima 20 cm. Hidrófugo incorporado.
Base de radier	Especificar material y grado de compactación en memoria de cálculo Lámina de polietileno de 0,10 mm de densidad superior a 920 kg/m <sup>3</sup> entre radier y base de relleno, con traslapo mínimo de 30 cm.
Pisos	Desnivel de 3 cm en circulaciones exteriores y loggias y pendiente al exterior de 2%, con cortagotera o canaleta y gárgola.
Pavimentos	Vinílicos en toda la vivienda con remate de junquillo.
Albañilerías	De ladrillo a mano deben incluir estuco con hidrófugo en cara exterior. De ladrillo a máquina tratados con impermeabilizantes de duración garantizada mínima de 5 años.
Morteros de pega para albañilerías	Confeccionados en forma mecánica, de acuerdo a normas del INN. En muros perimetrales incluir aditivo hidrófugo. En muros o tabiques de zonas húmedas incluir aditivo hidrófugo.
Refuerzos de albañilería	Los antepechos de albañilería consultarán escalerillas de fierro para absorber esfuerzos de corte
Tabiques interiores	Su diseño debe evitar deformaciones por efecto de las flechas de losas y entramados. En zonas húmedas deben contemplar, en su contacto con muros y pisos, un sellador impermeable, fungicida, que conserve su elasticidad y adherencia. En zonas húmedas, si son de ladrillo hecho a mano o bloques de cemento, se estucarán por la cara expuesta con estuco con hidrófugo incorporado.
Tabiques exteriores	En su contacto con la estructura, muros u otros tabiques deberán contemplar un sellador impermeable, fungicida, que conserve su elasticidad y adherencia y/o forros y cortagoteras que aseguren la estanqueidad al agua del sistema.
Techumbres	Las circulaciones horizontales y verticales de edificios deberán contemplar cubierta en toda su superficie.
Aislación térmica	Por definir, mediante modificación a la OGUC.
Cubiertas	Las salidas de ductos a través de las cubiertas deberán contemplar embudillos, mantas de fierro galvanizado y sellos elásticos y sus respectivos gorros.
Aleros	Con tapacán y forro interior completo.
Protecciones hídricas	En viviendas de 2 o más pisos, canales y bajadas de agua. Las uniones entre tramos de las canales con remaches y soldadura. En los puntos de entrega al terreno, pozos absorbentes.
Ventanas	Con perfiles de doble contacto o corredera. Canaleta hacia el exterior que recoja las aguas de condensación. Perfiles de aluminio de acuerdo a las normas NCH 523-OF89.

	Perfiles angulares de fierro de espesor mínimo de 1,5 mm. Deben asegurar estanqueidad al agua del sistema.
Antepechos	Asegurar transmitancia térmica a lo menos igual a la de los muros perimetrales.
Alféizares	Con pendiente mínima de 15% al exterior y cortagotera. Si son confeccionados con mortero, deberá llevar hidrófugo.
Impermeabilización de losas	En segundos pisos y superiores se consultará impermeabilización de losas de los baños, cocinas y logias y sellado de las pasadas de ductos por las losas.
Instalación de agua potable	Cañería de cobre a la vista, con fijaciones cada 60 cms. Grifería metálica de primera calidad.
Instalación de gas	Calefón de agua caliente de capacidad mínima de 8 lts en viviendas en edificios de 3 o más pisos.
Instalación eléctrica	Dos circuitos a lo menos: uno para los recintos húmedos y otro para el resto. Cada circuito no debe exceder de 15 A. Protector diferencial (2 x 25 A. 30 mA), además de tierra de protección y servicio.
Artefactos sanitarios	Lavaplatos con taza de 12 lts y secador sobre atril de fierro; con sifón desgrasador metálico. En baños segundos pisos y superiores, tina económica, con sello impermeable y fungicida en sus encuentros con muros y tabiques. En baños primeros pisos puede ser ducha ejecutada in situ, a un nivel de menos 10 cm del piso terminado del recinto, el cual tendrá una pendiente mínima del 2% hacia ella.
Revestimientos de baños	En caso de baños mediterráneos, paramentos verticales revestidos con linóleo o similar aceptado por Serviu.
Pintura de baños	Pintura al óleo.
Ventilaciones	Celosías de tres aspas en ventanas de baños y cocinas. Sistema de ventilaciones cruzadas contemplado en el diseño de las viviendas, para evitar humedad interior. Ventilación cruzada en los entretechos.
Aspectos estructurales	La estructura de viviendas de dos o más pisos se calculará considerando sobrecargas por eventuales terminaciones y/o modificaciones que pueda introducir el usuario. La sobrecarga de losa de piso en viviendas será de 200 kg/m <sup>2</sup> , además de aquellas cargas que corresponden al edificio totalmente terminado; en corredores de edificios la sobrecarga será de 400 kg/m <sup>2</sup> .
Deformaciones de losas	Deberán ajustarse a lo establecido en la Norma ACI 318-95. Su espesor mínimo será de 11 cm.
Canalizaciones	En edificios de 3 o más pisos, antena de TV y conexión individual a cada vivienda.
Escaleras	En edificios de 3 o más pisos deben estar incorporadas al edificio. Una caja de escaleras no podrá servir a más de 8 departamentos duplex o a 4 departamentos de un nivel, por piso.

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH, "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo 1998, versión preliminar sujeta a modificaciones.

### Nivelación regional del estándar mínimo de los loteos

Materia	Estándar mínimo
Agrupación de edificios	Disposición de blocks conformando tramas que definan espacios para el uso adecuado de áreas verdes y de esparcimiento, circulaciones y estacionamientos, de manera que los accesos a estos espacios proporcionen el grado de seguridad necesario para el buen funcionamiento de la comunidad.
Tamaño de copropiedades	Máximo 60 viviendas.
Distanciamiento de edificios	Mínimo 10 m.
Estacionamientos	En copropiedades de viviendas tipo C mínimo 1 estacionamiento cada 5 viviendas. En viviendas tipo A o B de edificación continua, antejardín de a lo menos 5 m o ensanchamientos en la vía para estacionamiento.
Aguas lluvias	Sistema general de evacuación de aguas lluvias para el loteo.
Cierros	Cierro de los deslindes de las copropiedades de viviendas. Plano de cerramiento.
Desniveles del terreno	Todos los desniveles del terreno deben ser resueltos con taludes. Muros de contención en taludes de pendiente igual o superior al 40%. Todos los taludes deben consultar canalizaciones de hormigón para el escurrimiento de las aguas lluvias.
Tratamiento de las basuras	Sistema de recolección de basuras en edificios de 3 o más pisos.

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo-DPH, "Estándares mínimos habitacionales de viviendas básicas", marzo 1998, versión preliminar sujeta a modificaciones.



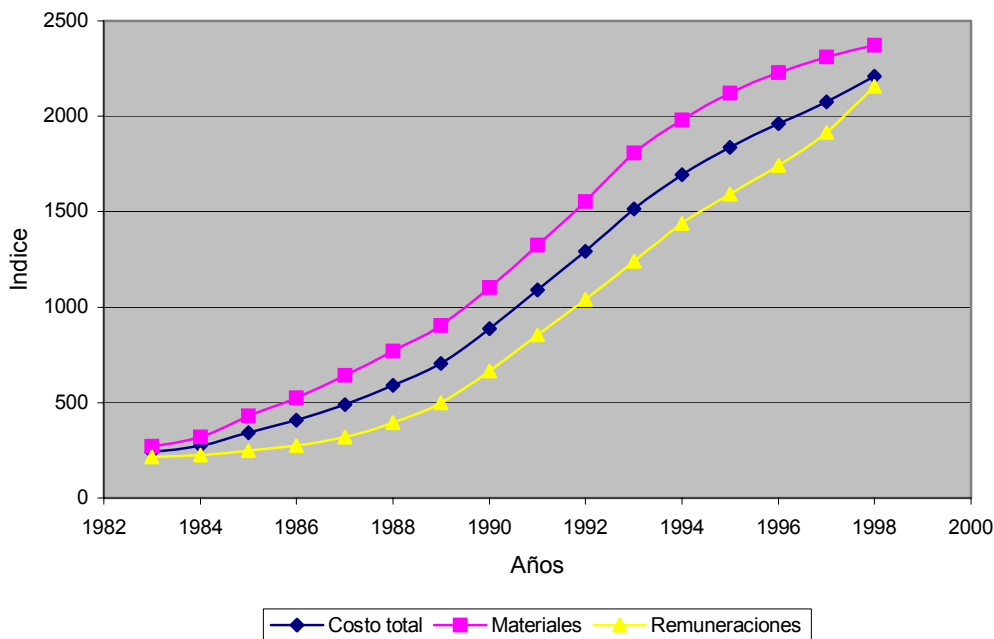
**Anexo nº4**  
**Índice de costo de edificación de tipo medio**

<b>Años</b>	<b>Costo total</b>	<b>Materiales</b>	<b>Ss y Ss</b>	<b>Misceláneos</b>
1983	241,31	269,71	216,72	159,59
1984	272,55	318,59	224,6	187,62
1985	342,9	429,22	246,68	222,7
1986	406,68	525,36	273,15	246,25
1987	490,95	642,02	321,1	286
1988	591,77	769,94	396,03	323,06
1989	706,48	902,61	498,74	365,2
1990	889,05	1.102,95	667,02	490,09
1991	1.090,72	1.325,76	855,14	603,31
1992	1.293,15	1.554,27	1.041,08	694,34
1993	1.514,87	1806,5	1.238,89	813,38
1994	1.695,32	1980,2	1.439,27	930,02
1995	1.837,57	2.121,91	1.591,85	1.015,95
1996	1.960,42	2.228,15	1.744,15	1.097,76
1997	2.075,49	2.309,83	1.916,05	1144,5
1998	2.209,49	2.373,66	2.156,77	1.206,78

Fuente: Cámara Chilena de la Construcción. División Estudios Técnicos

## Anexo n°5

### Índice de costo de edificación media



### Proyección de viviendas según segmentos del mercado habitacional 1995 - 1999

Fuente: Cámara Chilena de la Construcción, División de Estudios Económicos, diciembre 1998.

Segmento de mercado	Estimado			Proyectado	
	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Infraestructuras sanitarias</b>	183	39	72	100	100
<b>Viviendas progresivas</b>	7.887	9.364	11.494	8.900	10.000
<b>Viviendas básicas contratadas</b>	24.299	23.352	19.269	24.000	24.000
<b>Viviendas básicas gestión privada</b>		2.146	2.198	2.600	4.500
<b>Subsidios rurales pagados</b>	7.539	5.545	7.418	7.500	7.500
<b>Viviendas PET contratadas</b>	15.698	16.246	12.025	12.100	12.000
<b>Subsidios unificados pagados</b>	21.430	21.982	19.897	18.000	21.300
<b>Tramo 1</b>	15.054	15.864	13.262	13.000	15.000
<b>Tramo 2</b>	5.064	4.876	5.298	4.000	5.000
<b>Tramo 3</b>	539	603	660	500	600
<b>Tramo 4</b>	773	639	677	500	700
<b>Subsidios leasing</b>			500	1.500	4.000
<b>Tramo 1</b>			330	990	2.640
<b>Tramo 2</b>			145	435	1.160
<b>Tramo 3</b>			25	75	200

<b>Total mercado privado</b>	58.564	65.149	64.335	39.300	51.100
<b>36 m<sup>2</sup> a 70 m<sup>2</sup></b>	25.284	30.910	29.260	20.000	25.000
<b>71 m<sup>2</sup> a 100 m<sup>2</sup></b>	17.896	16.472	16.625	9.300	13.500
<b>101 m<sup>2</sup> a 140 m<sup>2</sup></b>	8.818	10.177	10.832	6.000	7.500
<b>141 m<sup>2</sup> y más</b>	6.566	7.590	7.618	4.000	5.100
<b>Total general</b>	135.600	143.283	137.208	114.000	134.500

## **5. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL: BENEFICIARIOS Y PROYECCIONES**

Este capítulo presenta los antecedentes respecto de la distribución del gasto social en términos de programas y beneficiarios, así como las proyecciones futuras que se derivan de la propuesta de política social formulada en el capítulo 1 de este trabajo.

### **I. Incidencia distributiva del gasto social**

Esta sección presenta la distribución del gasto social en términos de programas y beneficiarios. Para tal efecto se procede a valorar los servicios sociales que la población recibe en forma subsidiada en materia de educación, salud y vivienda. A ellos se suman los subsidios monetarios propiamente tales. También se reporta la incidencia de los pagos previsionales del sistema de cargo fiscal, aun cuando su racionalidad corresponde al caso de una contraprestación antes que un subsidio. El trabajo está basado en una línea de investigación sobre la incidencia del gasto social en actual desarrollo en el Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

#### **Descripción de la metodología**

El enfoque consiste en valorizar los programas sociales orientados a los hogares imputando a nivel de cada uno de sus miembros los subsidios recibidos de acuerdo a la información provista por la encuesta Casen 1996.

La metodología a seguir está sujeta a las siguientes limitaciones:

- El impacto de las políticas sociales estimado no considera los efectos de mediano o largo plazo sobre el bienestar de las personas y los hogares. Así, por ejemplo, en el caso de las subvenciones a la educación, se calcula el monto gastado en el beneficio, no el impacto de la educación recibida sobre las oportunidades de empleo e ingresos de los individuos beneficiarios.
- La estimación supone que \$ 1 gastado por el gobierno en los programas sociales es \$ 1 recibido y así valorado por los beneficiarios. Tal supuesto puede sobreestimar el impacto del gasto social, puesto que el gasto público corresponde al costo de producción de un servicio social, que, en caso de baja productividad, no tiene por qué corresponder a un valor similar en términos del producto generado.

La valorización de los subsidios en salud, educación y vivienda requiere el uso de información adicional a la encuesta Casen, provista por las instituciones que proveen los beneficios sociales. Entre estas fuentes destacan las siguientes: Ministerio de Salud (Minsal), Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Central de Abastecimientos (Cenabast), Superintendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Ministerio de la Vivienda (Minvu), Subsecretaría de Desarrollo Regional del Ministerio del Interior, Ministerio de Educación (Mineduc), Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Juaneb), Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji), Fundación Nacional para el Desarrollo Integral del Menor (Integra) y Contraloría General de la República.

#### a) Subsidios en educación

La estimación de los subsidios en educación, al igual que el resto de subsidios aquí considerados, se realiza a nivel de hogar e individuo. En el área de la educación, se consideran básicamente las siguientes fuentes de subsidios:

- Programa de Alimentación Escolar, consistente en distintas raciones alimentarias distribuidas a estudiantes de establecimientos municipales o particulares subvencionados.
- Subsidios a la educación pre-escolar en establecimientos de Junji e Integra.
- Aportes del Mineduc a Corporaciones de Administración Delegada. Sistema de Subvenciones a Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados, de Educación Básica, Media y Especial.
- Recursos adicionales a establecimientos dependientes del Mineduc: Estatuto Docente, Unidad de Mejoramiento Profesional y aportes municipales, entre otros.
- Programas Especiales: Útiles escolares (Juaneb), textos Escolares (Mineduc), salud oral y salud escolar (Juaneb), becas.

Los subsidios correspondientes son derivados del monto total de recursos destinado a cada uno de los programas durante el año 1996, divididos según el número de beneficiarios identificados en la encuesta Casen del mismo año. El beneficio per cápita así estimado es luego asignado a cada miembro del hogar que declaró ser beneficiario del programa en cuestión. En el caso particular de la subvención escolar, se procede a imputar directamente su monto entre quienes declaran estudiar en un establecimiento subvencionado, distinguiendo según el nivel y tipo de educación recibidos.

#### b) *Subsidios en salud: valorización de las prestaciones*

En el área de la salud, se han incluido las siguientes fuentes de subsidios:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria, que provee suplementos alimentarios a niños, embarazadas y nodrizas en diferente estado nutricional.
- Seguro de Salud para beneficiarios de Fonasa.
- Cotización adicional del 2% en Instituciones de Salud Previsional (Isapre).
- Subsidios de reposo maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año.

Para los adscritos a Fonasa, se estima como beneficio el gasto promedio incurrido en individuos de iguales características de edad, género y región. El concepto clave es visualizar la adscripción al sistema de salud y disponer de un seguro cuyo costo iguale al gasto per cápita en que incurre el sistema, el cual varía según las características citadas de riesgo de salud (edad y género) y costo de provisión de las prestaciones (región). El beneficio otorgado es equivalente en términos conceptuales a que las personas reciban estos recursos y los destinen a pagar la prima del seguro de salud que les posibilite el acceso a prestaciones de salud en caso necesario.

Los resultados establecen que los miembros de un hogar con mayor propensión al uso del sistema de salud son los niños y los adultos mayores. En efecto, independientemente del género de la persona, niños con edad inferior a los seis años y adultos mayores de 55 años presentan un índice de gasto superior al promedio, siendo más importante el impacto de niños que de adultos. Por otra parte, el menor gasto en salud se concentra en el rango de 7 a 45 años.

El procedimiento descuenta del valor del seguro las cotizaciones previsionales de salud y los copagos que debieron efectuar los distintos miembros de los hogares por las prestaciones que efectivamente recibieron. Para esto, se consideran los precios y los porcentajes de copago correspondientes a los distintos tipos de prestación y a los diferentes grupos previsionales de Fonasa, vigentes en cada período de análisis. Además, se controla esta estimación de copagos según el autorreporte, es decir, por la declaración de pago realizada en las mismas encuestas.

Para estimar las cotizaciones de salud de los trabajadores o pensionados de los diferentes sistemas previsionales, se consideraron los descuentos legales vigentes en octubre del año de interés (mes en que se contabilizan los ingresos de los hogares). A partir del ingreso de la ocupación principal reportado por las personas (ajustados luego por Cepal, de acuerdo a las Cuentas Nacionales) se calculó el ingreso imponible y la respectiva cotización previsional de salud (7% de ingreso imponible), consideraron sólo aquellos casos de afiliados a Fonasa en los grupos previsionales donde la cotización es obligatoria (no indigentes, es decir, grupos B, C y D).

Por otra parte, se valorizaron los subsidios que percibieron los beneficiarios del 2% de cotización adicional, destinado a contratar un seguro privado de salud. Para esto, se identificaron todos aquellos cotizantes del sistema de Isapre que tenían ingresos laborales que les permitían acceder al subsidio, de acuerdo con la norma vigente (que considera el monto de ingresos laborales y el número de cargas del cotizante) y se les imputó como subsidio el correspondiente 2% de sus ingresos imposables.

Por último, se estimó el monto de subsidios recibido por mujeres cotizantes con hijos menores de un año, por concepto de licencias de reposo maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año.

#### d) Subsidios en vivienda

Los beneficios provenientes del gasto social en vivienda se incorporan como otra fuente de subsidios para los miembros de los hogares. En particular, se han considerado los subsidios originados en los programas de vivienda social administrados por:

- Ministerio de la Vivienda y Urbanismo: Viviendas Básicas y Progresivas, Programa Especial de Trabajadores, Subsidio Unificado y Subsidio Rural.
- Ministerio del Interior: Programa de Mejoramiento de Barrios (Lotes con servicios).

Para valorizar los subsidios de vivienda, se ha considerado el flujo de servicios que reporta la casa propia, ya sea total o parcialmente pagada. Tal flujo se calcula identificando en la encuesta Casen 1996 los hogares cuya vivienda fue adquirida a través de un programa de vivienda subsidiado. La citada encuesta permite captar el conjunto de viviendas en tal situación, independiente del año en que se concedió el

beneficio. De tal manera, se cuenta con datos para el stock existente de viviendas entregadas a través de los programas existentes en el sector.

La valoración del subsidio se realiza sobre la base del concepto de renta. Esto es, se procede a distribuir el monto del subsidio a través de los años de vida útil de la vivienda, utilizando una tasa de arriendo del 9% sobre el valor de la vivienda. Para tal efecto se utiliza información sobre el valor promedio de la vivienda y el monto de subsidio asociado durante cada año del período 1980-96.

El método descrito para la valorización de los subsidios en vivienda no considera una serie de subsidios implícitos que caracterizó a la política habitacional chilena desde sus inicios. En particular, se pueden mencionar las compensaciones estatales a eventuales pérdidas en la venta de letras hipotecarias de viviendas subsidiadas, otras garantías como el seguro ante remate judicial de algunas de estas viviendas y otros subsidios del pasado, como el acceso a créditos con tasas de interés no reajustables por inflación.

Sin embargo, existen también costos privados asociados a los programas de vivienda social que no han sido incluidos en el análisis debido a la falta de información. Entre ellos destaca el aumento en los costos monetarios y en tiempo del transporte hacia el lugar del trabajo, característico de los programas de erradicación.

#### *e) Subsidios monetarios y pensiones*

El caso de los subsidios monetarios y de las pensiones pagadas por el gobierno es considerablemente más sencillo. En efecto, en estos casos se trata de imputar directamente el monto de dinero recibido, no siendo necesario valorizar los beneficios recibidos en la forma de bienes o servicios.

En el caso de los subsidios monetarios se consideran la Pensión Asistencial (Pasis), el Subsidio Unico Familiar (SUF), la Asignación Familiar y el subsidio al consumo de agua potable. En el caso de las pensiones se contabilizan el conjunto de beneficios entregados por el Instituto de Normalización Previsional.

### **Resultados**

El Cuadro 1 presenta una estimación de la incidencia del gasto social, esto es, cómo se distribuye a través de los hogares ordenados según ingreso per cápita, de acuerdo a la metodología descrita en la sección anterior. El resultado muestra que los gastos en subsidios monetarios, educación y salud están focalizados en los estratos medios y bajos de ingresos (deciles primero a sexto), mientras que el gasto en pensiones tiende a ser proporcional al nivel de ingreso del hogar. Por su parte, el gasto en vivienda posee una distribución más bien plana entre los distintos deciles de ingreso. El resultado final (última columna) muestra que el gasto social per cápita tiende a crecer levemente con el nivel de ingreso del hogar, reflejando el impacto del gasto en pensiones que más que compensa la tendencia hacia la focalización de los demás ítems del gasto social.

El Cuadro 2 presenta la incidencia del gasto social sobre la distribución de ingreso de los hogares. En esta oportunidad se aprecia que el impacto del gasto social *en relación* al ingreso del hogar es claramente redistributivo. Para el grupo de ingresos más bajos, los servicios sociales entregados por parte del gobierno representan un 72% del ingreso autónomo del hogar. La proporción descrita desciende con el nivel de ingreso, representando un 36% del segundo decil, alrededor del 20% de los dos deciles

siguientes, hasta representar sólo el 0,41% en el caso del decil más rico de los hogares. De esta manera, la política social es el principal instrumento para redistribuir recursos en la sociedad chilena y puede provocar un cambio de importancia fundamental en la condición de vida de las familias de bajos recursos.

### Cuadro 1

#### **Incidencia del gasto social per cápita, \$ mensuales 1996**

(Según deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita)

Decil	Pensiones INP	Vivienda	Subsidios monetarios	Educación	Salud	Total
1	621	603	1.287	6.224	4.328	13.062
2	1.425	731	1.553	5.524	4.064	13.297
3	2.421	775	1.474	5.076	3.622	13.369
4	3.688	776	1.581	4.737	3.446	14.229
5	5.560	860	1.257	4.096	3.237	15.010
6	8.043	841	1.165	3.470	3.051	16.569
7	8.658	1.000	1.115	3.218	2.784	16.774
8	10.154	780	752	3.023	1.945	16.654
9	12.847	758	403	2.004	1.422	17.434
10	18.730	464	187	1.471	858	21.709

### Cuadro 2

#### **Incidencia del gasto social sobre la distribución de ingresos, \$ mensuales 1996**

(Según deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita)

Decil de ingreso p/c	Número de Hogares	Ingreso p/c sin política social	Ingreso p/c con política social	Incidencia % del gasto social
1	358.825	14.600	25.184	72,49
2	359.774	26.742	36.336	35,88
3	357.913	36.597	45.303	23,79
4	359.215	47.241	55.430	17,34
5	358.112	59.208	66.547	12,40
6	358.860	75.389	81.914	8,66
7	359.396	96.820	102.822	6,20
8	358.157	131.100	136.068	3,79
9	358.803	197.389	200.815	1,74
10	358.517	573.056	575.385	0,41

¿Quiénes y en cuánto se benefician del gasto social?

A continuación se examina en forma detallada la incidencia del gasto social, identificando para cada componente de gasto la proporción de hogares que efectivamente se beneficia del programa social, así como el monto promedio del beneficio recibido.

De esta manera, el Cuadro 3 presenta el caso de las pensiones pagadas por el INP a las personas que reciben pagos del antiguo sistema de seguridad social. El porcentaje de hogares que recibe una pensión fluctúa entre un 6,21% en el decil primero y un 23,7% en el decil séptimo. En términos generales, los hogares ubicados en los deciles medios (cuarto a noveno) tienen una mayor representación en el pago de las



pesniones, con tasas cercanas al 20%. La otra variable de interés es el monto promedio de la pensión recibida, al interior de los hogares que reciben efectivamente el beneficio. En este caso, el monto promedio recibido en materia de pago de pensiones, expresado en términos per cápita para cada hogar, oscila entre alrededor de \$ 10.000 en el decil primero (esto es, dentro del 6,2% de hogares que reciben pensiones en este decil hasta cerca de \$ 135.000 en el decil décimo.

**Cuadro 3**  
**¿Quién se beneficia del gasto en pensiones (INP)?**

Decil	Nº de hogares con beneficio	% sobre total hogares decil	Monto del beneficio per cápita (nov. 1996)
1	22.292	6.21	9.992
2	39.038	10.85	13.136
3	52.765	14.74	16.424
4	64.925	18.07	20.405
5	75.114	20.98	26.508
6	82.447	22.97	35.008
7	85.218	23.71	36.513
8	75.198	21.00	48.360
9	68.088	18.98	67.702
10	49.939	13.93	134.464

La cercana asociación que existe entre el monto de la pensión y el decil de ingreso per cápita obedece a dos tipos de causas. Primero, la pensión está en línea con otros ingresos del hogar, puesto que es una proporción de los ingresos generados durante la vida laboral de la persona que generó el beneficio. Segundo, en los casos donde la pensión es el principal ingreso del hogar existe una relación evidente entre el monto percibido y el total de los ingresos.

La información aquí presentada debe diferenciarse de la entregada en los cuadros anteriores, que decía relación con el beneficio promedio cuando se considera el *total* de hogares en cada decil, incluyendo a aquellos que no reciben beneficios.

En el Cuadro 4 se reportan los resultados de la estimación de los beneficios de los programas de vivienda. Este es el caso sujeto a mayores problemas dada la naturaleza del servicio de vivienda, el cual corresponde al flujo que se deriva de un activo de larga vida útil. En tal sentido, se precisa identificar los beneficiarios que accedieron a una vivienda subsidiada a través de los diversos programas que han existido en el país. Tal procedimiento puede estar sujeto a un grado considerable de error, puesto que se pregunta por una situación que puede tener larga data y respecto de programas de vivienda que no tienen por qué ser correctamente identificados por el entrevistado.

Los resultados muestran que entre el 20 y 25% de los hogares pertenecientes a los deciles primero a noveno de la distribución de ingresos han sido favorecidos por programas de vivienda. La amplia oferta de programas para acceder a viviendas subsidiadas se refleja en la extensión de los beneficios a lo largo de toda la escala de ingresos, con la excepción del decil más rico donde la tasa de beneficiarios desciende a la mitad respecto de la presentada por el resto de la población. Por otra parte, el monto promedio del beneficio calculado sobre la fracción subsidiada del costo de la vivienda aparece también distribuida en forma homogénea entre los diversos tipos de beneficiarios. Ello refleja la acción de dos variables que tienden a compensarse: la

provisión de vivienda de estándares diferentes para los diversos grupos de ingreso y la reducción del subsidio como fracción del costo a medida que aumenta el estándar.

**Cuadro 4**  
**¿Quién se beneficia del gasto público en vivienda?**

Decil	Nº de hogares con beneficio	% sobre total hogares decil	Monto del beneficio per cápita (nov. 1996)
1	69.084	19.25	3.130
2	81.194	22.57	3.238
3	85.984	24.02	3.227
4	85.715	23.86	3.253
5	91.453	25.54	3.368
6	85.185	23.74	3.541
7	91.110	25.35	3.944
8	72.249	20.17	3.867
9	68.442	19.08	3.972
10	42.082	11.74	3.953

El Cuadro 5 examina la situación de los subsidios monetarios. Estos incluyen beneficios que son estrictamente focalizados, como es el caso de la pensión asistencial (Pasis), el subsidio único familiar (SUF) y el subsidio por agua potable. El otro caso importante es la asignación familiar, que se clasifica como un subsidio en el sentido de que es provista por el Estado y que tiene un grado medio de focalización en la medida en que su monto se determina según tramos de la renta percibida.

De esta manera, la tasa de incidencia del beneficio está marcadamente relacionada con la situación de ingresos del hogar. Entre un 54% y 68% de los hogares pertenecientes a los deciles primero a sexto reciben algún subsidio monetario, por un monto promedio de alrededor de \$ 2.200 en términos per cápita. La situación para los deciles superiores se caracteriza por un descenso en la tasa de beneficiarios, de 45% en el decil séptimo a 13% en el décimo, reduciéndose también el monto promedio del subsidio.

Dos comentarios sobre la situación de los subsidios monetarios. Primero, se trata de montos muy bajos, que prueban que la política social en Chile consiste fundamentalmente en la entrega de servicios antes que dinero. Segundo, la focalización es inadecuada, puesto que se esperaría una concentración mucho mayor en los deciles más bajos (primero y segundo) respecto de las cifras indicadas. Al respecto hay que considerar que si el conjunto de estos subsidios se focalizara en el 20% de hogares más pobres, el monto promedio allí recibido se multiplicaría por un factor de aproximadamente tres. Ello provocaría un cambio más sustantivo en su condición de vida, sin costos apreciables para los hogares que dejarían de recibir estos beneficios.

**Cuadro 5**  
**¿Quién se beneficia del gasto público en subsidios monetarios?**

<b>Decil</b>	<b>Nº de hogares con beneficio</b>	<b>% sobre total hogares decil</b>	<b>Monto del beneficio per cápita (nov. 1996)</b>
<b>1</b>	221.803	61.81	2.082
<b>2</b>	244.056	67.84	2.289
<b>3</b>	241.524	67.48	2.184
<b>4</b>	228.750	63.68	2.483
<b>5</b>	204.459	57.09	2.202
<b>6</b>	194.842	54.29	2.145
<b>7</b>	163.572	45.51	2.449
<b>8</b>	135.593	37.86	1.988
<b>9</b>	97.771	27.25	1.477
<b>10</b>	46.898	13.08	1.427

El análisis de la incidencia del gasto en educación tiene como base la utilización de los servicios de educación subsidiados que el Estado provee a través de los establecimientos de administración municipal y particular subvencionado. A ello se suman los beneficios de carácter más específico que son provistos a través de los programas de alimentación escolar, textos escolares y demás programas de refuerzo escolar.

En el Cuadro 6 se presentan los resultados del procedimiento. La tasa de hogares beneficiarios del servicio de educación fluctúa entre el 50% y 73% en los deciles de ingresos medios y bajos (uno al sexto). Esta cifra puede asimilarse a la fracción de hogares que tienen niños en edad escolar, puesto que, cuando así ocurre, ellos asistirán con casi certeza a establecimientos subsidiados. Por otra parte, el descenso que muestra la tasa de hogares beneficiarios al interior de este segmento reflejaría la correlación existente entre pobreza y número de niños en el hogar. Esto es, los hogares pobres tienen mayor presencia de menores de edad, y por tanto aparecen más frecuentemente como beneficiarios de la política de educación (teniendo en cuenta que la cobertura escolar es prácticamente universal).

El monto del beneficio obtenido es parejo a lo largo de la distribución de ingreso, lo cual refleja que la subvención escolar no hace diferencias según la situación de ingresos de los niños que asisten a la educación públicamente financiada. La focalización que presentan los recursos para la educación (Cuadro 6) es causada por la práctica de selección que las familias de altos ingresos realizan respecto de establecimientos particulares pagados.

**Cuadro 6**  
**¿Quién se beneficia del gasto público en educación?**

<b>Decil</b>	<b>Nº de hogares con beneficio</b>	<b>% sobre total hogares decil</b>	<b>Monto del beneficio per cápita (nov. 1996)</b>
<b>1</b>	262.509	73.16	8.508
<b>2</b>	251.511	69.91	7.901
<b>3</b>	242.579	67.78	7.490
<b>4</b>	217.851	60.65	7.812
<b>5</b>	194.696	54.37	7.535
<b>6</b>	176.370	49.15	7.060
<b>7</b>	159.113	44.27	7.269
<b>8</b>	139.432	38.93	7.764
<b>9</b>	100.136	27.91	7.181
<b>10</b>	50.323	14.04	10.478

Finalmente está el caso de los servicios de salud. En esta ocasión se obtiene una elevada tasa de incidencia de los hogares que reciben el beneficio -sobre el 90% para los tres primeros deciles, entre 80% y 90% para los dos deciles siguientes- como efecto de la práctica de asimilar el beneficio a la cobertura del seguro de salud provisto por el Estado a la población beneficiaria. Esto es, a la certeza de poder recurrir a prestaciones de salud en el caso necesario. Por su parte, el descenso de la tasa de beneficiarios cuando aumenta el ingreso del hogar refleja la mayor probabilidad de pertenencia al sistema privado que ocurre en estos casos.

El monto del beneficio se mantiene relativamente constante a lo largo de la mayor parte de la distribución, reflejando la metodología utilizada en su estimación. La brusca elevación del monto del beneficio en el decil superior se explica por la concurrencia de personas de tercera edad de ingresos altos al sistema público de salud. Tiene que ser por tanto el caso de hogares donde viven una o dos personas de tercera edad, que están adscritas a Fonasa, y que tienen una renta per cápita relativamente alta.

**Cuadro 7**  
**¿Quién se beneficia del gasto público en salud?**

Decil	Nº de hogares con beneficio	% sobre total hogares decil	Monto del beneficio per cápita (nov. 1996)
1	337.880	94.16	4.600
2	340.140	94.54	4.314
3	323.840	90.48	4.050
4	312.960	87.12	4.035
5	294.703	82.29	4.074
6	267.006	74.40	4.346
7	249.164	69.33	4.354
8	206.853	57.75	4.133
9	160.272	44.67	5.113
10	82.025	22.88	8.803

## II. Financiamiento de la propuesta de política social

**Esta sección tiene por objetivo presentar las necesidades de financiamiento de la propuesta de política social y discutir las alternativas existentes en la materia. La primera sección establece el marco de finanzas públicas relevante; la segunda sección presenta las necesidades de financiamiento que emergen de la propuesta; la sección tercera discute las alternativas que existen para su financiamiento.**

### ***El marco de las finanzas públicas***

Uno de los pilares macroeconómicos que sustenta el modelo de crecimiento económico en Chile es la situación de las finanzas públicas. Estas han mostrado un continuo superávit desde mediados de la década del 80, situando al país en una situación de excepción respecto del resto de la región.

Al respecto, el Cuadro 8 presenta la situación de ingresos y gastos públicos durante la presente década, expresados en forma relativa al tamaño de la economía (PIB). Específicamente, los datos presentados se refieren al gobierno central, e incluyen la totalidad de los gastos e ingresos de las instituciones del gobierno más los excedentes (o pérdidas) de los demás organismos del sector público (Banco Central, empresas y municipios) y que son transferidos al gobierno central.

Durante la década se presenta una relativa estabilidad de los ingresos públicos, en torno a 23-24% del PIB, al igual que los gastos públicos, que fluctúan entre 21% y 22% del PIB. La diferencia entre ambas partidas es el superávit fiscal, el cual ha alcanzado un promedio de alrededor de 2% del PIB durante los años 90.

Tres son los principales comentarios que se derivan de la situación de las finanzas públicas. En primer término, las cifras reflejan un marco estable detrás de la política fiscal. En particular la estructura de ingresos públicos responde a un esquema consolidado de impuestos, que no ha experimentado mayores modificaciones después de la reforma del año 1990 cuando se incrementaron las tasas y se amplió la base de los principales tributos de modo de financiar el aumento de gasto social que caracterizaría a los gobiernos de la transición a la democracia. La principal fuente de inestabilidad que poseen los ingresos del Estado proviene de las fluctuaciones en el precio del cobre, condición que ha sido adecuadamente tratada con el fondo de estabilización cuya función es aminorar los efectos de la inestabilidad sobre la disponibilidad de recursos fiscales.

Segundo, la continua presencia de superávit en las cuentas fiscales refleja la disciplina que en la materia han seguido los gobiernos de la época. Efectivamente, en un período caracterizado por las crecientes demandas sobre los recursos públicos, los gobiernos han conseguido mantener los gastos en línea con los ingresos, destinando los excedentes a la amortización de la deuda pública (tanto interna como externa). Ello es conducente a la mayor libertad de la política fiscal, incluyendo la opción de endeudarse en el futuro en caso necesario, y representa una sana opción de política pública. En cambio, la superación de los ingresos por parte de los gastos induce al déficit fiscal y su necesario financiamiento a través de la emisión de deuda o de dinero, procesos que a la larga inducen a la pérdida del control de la política fiscal y a la inestabilidad macroeconómica, con serias consecuencias sobre el crecimiento de la economía.

Tercero, la estabilidad de las finanzas públicas en un contexto de crecimiento económico implica la elevación continua de los gastos e ingresos fiscales, en forma armónica con la disponibilidad de bienes y servicios en el país. Al respecto, el Cuadro 9 presenta la evolución de ingresos y gastos públicos, expresados en términos reales y en forma de índice sobre una base igual a 100 el año 1990. De esta forma, en el transcurso de los ocho años que median entre 1990 y 1997 se produce un crecimiento de 71,5% en los ingresos del gobierno (de 100 a 171,5), mientras que los gastos aumentan en dicho período en un 63,3%.

Una conclusión general que emerge de las estadísticas presentadas para las finanzas públicas es el pago que tiene la disciplina fiscal sobre las propias disponibilidad de recursos públicos. En efecto, sólo en una economía de alto crecimiento el gobierno puede ver incrementado sus ingresos en más de dos terceras partes en un lapso de ocho años, lo cual le entrega un importante potencial de avance en las funciones públicas, incluido el gasto social. Por su parte, el logro del crecimiento económico es posible, entre otros factores, por la disciplina en las finanzas públicas que conduce a la estabilidad de la macroeconomía. En cambio, la elevación irresponsable de los gastos

por arriba de los ingresos públicos puede rendir beneficios en el corto plazo, pero a la larga es una política que termina asfixiando la labor del Estado a través de su efecto negativo sobre el crecimiento y la futura generación de recursos públicos.

**Cuadro 8**  
**Ingresos y gastos del gobierno central: 1990-97**  
(Como % del PIB)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Ingresos totales</b>	21,82	23,19	23,89	24,00	23,26	22,93	23,81	23,32
<b>Gastos totales</b>	21,01	21,65	21,61	22,02	21,57	20,35	21,51	21,39
<b>Superávit</b>	0,80	1,54	2,28	1,98	1,69	2,58	2,31	1,93

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

**Cuadro 9**  
**Ingresos y gastos públicos: 1990-97**  
(Índice 1990 = 100)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Ingresos totales</b>	100,0	114,2	128,0	135,0	139,7	153,9	164,2	171,5
<b>Gastos totales</b>	100,0	110,7	120,2	128,6	134,5	141,8	154,0	163,3

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

La situación del gasto social es presentada en el Cuadro 10, donde se estipula el porcentaje del gasto público que es destinado al componente social y la composición porcentual de sus diversos elementos. De esta manera, el gasto social ha alcanzado a alrededor de dos tercios del gasto público y ha presentado un continuo incremento desde el nivel de 60% de principios de la década. El gasto en previsión es el componente más importante: representa algo más del 40% del gasto social total (disminuyó de un nivel de 50% en 1990). El segundo ítem en importancia es el gasto en educación, que llega a casi un 24% a fines del período, seguido por el gasto en salud, que logra un nivel cercano al 18%. Más atrás se sitúa el gasto en vivienda, alrededor del 8% del gasto social total, y un ítem denominado otros gastos, el cual incluye los subsidios monetarios, los programas de apoyo productivo y de apoyo a los grupos vulnerables.

Cabe agregar que el gasto en previsión social responde principalmente al concepto de una transferencia que se hace a las personas que realizaron cotizaciones en el antiguo sistema de seguridad social, razón por la cual no sigue un criterio redistributivo (salvo el caso de las pensiones mínimas). En este sentido, la cifra de 66% de incidencia del componente social en el gasto público sobreestima el contenido de redistribución de ingresos de la política fiscal.

**Cuadro 10**  
**Gasto público social: 1990-97**  
(Como % del total)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Salud</b>	15,3	16,4	17,4	17,8	18,5	17,9	17,7	17,8
<b>Educación</b>	19,5	19,9	20,7	20,6	21,1	21,9	22,6	23,6
<b>Vivienda</b>	8,1	8,8	8,7	8,6	8,6	8,4	8,5	7,7
<b>Otros</b>	8,2	8,3	8,5	8,8	8,7	9,4	9,6	9,6
<b>Previsión</b>	49,0	46,6	44,7	44,2	43,1	42,5	41,7	41,3
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Gasto social como % de gasto público</b>	61,2	60,4	61,6	63,1	64,0	65,3	66,0	65,7

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

El Cuadro 11 provee información respecto de la incidencia del gasto social como porcentaje del PIB. Las cifras presentadas muestran que durante la década se elevó sustancialmente la fracción de recursos que la economía destina a los sectores sociales de educación y salud, a la vez que el gasto en vivienda mantuvo su importancia relativa mientras que el componente de previsión experimentó un descenso. En conjunto, el gasto social se elevó de 12,9% del PIB en 1990 a 14,1% en 1997.

Finalmente, el Cuadro 12 presenta la evolución del gasto social medido en términos reales y sobre la base de índice (1990 = 100). Allí se puede apreciar la verdadera magnitud de los cambios acaecidos en el gasto social durante los años 90. En particular, destacan los componentes de salud y educación, que más que duplicaron el volumen asignado de recursos en el transcurso de los ocho años que median en el período analizado. También destaca el relativo retraso del gasto en seguridad social, el cual aumenta a una tasa inferior a la mitad del presentado por la salud y la educación. En conjunto, el gasto social se incrementa en un importante 75% entre los años 1990 y 1997, medido en moneda de un mismo año.

Las cifras apuntan a que durante la década de los 90 se produjo un fuerte incremento en el gasto social, el cual respondió a las prioridades de la política pública y al cuantioso volumen de recursos fiscales que se derivó del crecimiento de la economía y la reforma tributaria de inicios de la década. Las prioridades estuvieron en los sectores de salud y educación, reflejando en parte la urgencia de las necesidades en estos sectores pero también la presión gremial que se materializó en continuos movimientos de reivindicación de parte de los trabajadores de estos sectores. En cambio, la vivienda y en mayor medida la previsión, estuvieron exentas de la presencia de grupos vocales que presionasen por la mayor asignación de recursos públicos.

**Cuadro 11**  
**Gasto público social: 1990-97**  
(Como % del PIB)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Salud</b>	1,96	2,15	2,31	2,47	2,55	2,38	2,51	2,50
<b>Educación</b>	2,51	2,61	2,76	2,86	2,92	2,92	3,21	3,31
<b>Vivienda</b>	1,04	1,15	1,16	1,20	1,19	1,12	1,21	1,09
<b>Otros</b>	1,05	1,08	1,13	1,22	1,20	1,25	1,36	1,35
<b>Previsión</b>	6,31	6,10	5,95	6,14	5,95	5,64	5,92	5,81
<b>Gasto social</b>	12,86	13,09	13,31	13,89	13,80	13,30	14,21	14,05

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

**Cuadro 12**  
**Gasto público social: 1990-97**  
(Índice 1990 = 100)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Salud</b>	100,0	117,8	137,7	154,4	170,2	177,3	192,6	204,1
<b>Educación</b>	100,0	111,9	128,6	139,9	152,5	170,4	192,4	212,1
<b>Vivienda</b>	100,0	118,8	130,6	141,9	149,8	157,4	175,7	168,2
<b>Otros</b>	100,0	110,2	125,7	142,5	149,5	173,2	194,1	205,6
<b>Previsión</b>	100,0	103,9	110,2	119,5	123,7	131,1	141,1	147,7
<b>Gasto social</b>	100,0	109,3	120,9	132,5	140,6	151,3	166,1	175,2

Fuente: Estadísticas de las Finanzas Públicas 1988-97, Dirección de Presupuesto, 1998.

### ***Las necesidades de financiamiento de la propuesta***

En el Cuadro 13 se presentan las necesidades de financiamiento de la propuesta de política social futura. Todas las cifras representan gastos adicionales a los valores bases para los diferentes programas de gasto social. Así, en educación se considera el gasto adicional por concepto de las iniciativas propuestas en materia de subvención diferenciada, extensión del crédito a los estudiantes de la educación superior y ampliación de la cobertura de la educación preescolar. En estos casos se ha previsto un incremento continuo del gasto hasta alcanzar la meta propuesta en un plazo de seis años. A ellos se agrega el mayor gasto previsto en las áreas de infraestructura y subvención para financiar la reforma de la ampliación de la jornada escolar, las cuales tienen un horizonte temporal ya definido. En salud se parte elevando el gasto de modo de financiar un per cápita de 0,5 UF mensuales, para llegar en un plazo de seis años a 0,6 UF. La meta en vivienda es la estipulada en el texto principal, con un incremento



escalonado de gasto hasta alcanzar en el sexto año el pleno impacto de la propuesta. La entrega de recursos monetarios comprende la puesta en marcha del subsidio sobre la base de empleos municipales a partir del primer año de operación.

Los montos adicionales a considerar para la política social futura pueden clasificarse en dos grupos: aquellos ya comprometidos por la reforma educacional y los recursos que se derivan de las propuestas aquí desarrolladas. En conjunto, suman un total anual de MM\$ 533,7 para el año 1 (año 2000), divididos en MM\$ 210 comprometidos por la reforma educacional y MM\$ 323,7 asociados a las demás propuestas aquí desarrolladas. Para el año 1 el gasto total adicional a la actual base equivale a un 1,47% del PIB, de los cuales 0,89% se derivan de la actual propuesta. Hacia el año 6, el total de recursos adicionales sube a 2,95% del PIB, reflejando la entrada diferida en el tiempo para la mayor parte de las nuevas iniciativas.

**Cuadro 13**  
**Necesidades de financiamiento adicionales (respecto de valores base)**  
(MM de \$ 1998)

<b>Partidas</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
<i>Subvención jornada completa</i>	75	115	169	225	237,4	250,4
<b>Infraestructura reforma</b>	135	135	135	135	0	0
<b>Crédito estudiantil</b>	7,5	15	22,5	30	37,5	45
<b>Subvención diferenciada</b>	29,1	61,2	96,6	135,5	178,4	225,4
<b>Aumento cobertura preescolar</b>	15,5	31,0	46,6	62,1	77,6	93,1
<b>Reforma de la salud</b>	165,0	208,0	251,3	294,0	337,2	380,0
<b>Vivienda y urbanismo</b>	53,8	107,6	161,4	215,2	269,0	323,0
<b>Subsidio de ingreso con empleo</b>	52,8	52,8	52,8	52,8	52,8	52,8
<b>Gasto adicional (MM\$ 1998)</b>	533,7	725,6	934,9	1.149,6	1.189,7	1.369,7
<b>Adicional propuesta (MM\$ 1998)</b>	323,7	475,6	630,9	789,6	952,3	1.119,3
<b>PIB (5% crecimiento promedio)</b>	36.430	38.256	40.169	42.178	44.287	46.500
<b>Gasto adicional % PIB</b>	1,47	1,90	2,33	2,73	2,69	2,95
<b>Gasto adicional propuesta % PIB</b>	0,89	1,24	1,57	1,87	2,15	2,41

Hay tres alternativas principales para financiar un programa de gasto público: elevar las tasas y/o bases de los impuestos, disminuir otros gastos públicos y canalizar recursos del crecimiento económico. Una cuarta alternativa que puede ser utilizada sólo un número limitado de veces es la venta de activos públicos, destinada en este caso a constituir un fondo de financiamiento para iniciativas sociales.

Recurrir a los impuestos es el camino que se ha seguido en ocasiones anteriores para financiar incrementos del gasto social. Este fue el caso de la reforma tributaria de 1990, que tuvo como finalidad el incremento generalizado del gasto social, y la posterior medida de mantener el IVA en la actual tasa del 18% para efectos de cubrir las necesidades de la reforma educacional de la jornada única. El debate que ha habido en torno de la eficacia que habrían tenido los aumentos pasados de gasto social hacen prever una fuerte discusión política frente a una propuesta que recomendase un nuevo

aumento de impuestos para financiar nuevos incrementos en el gasto social. En este sentido, la elevación de impuestos podría tener lugar sólo en un contexto particular, como una reforma comprehensiva del sistema de salud que entregase garantías a los diversos sectores políticos de que se trata de un gasto que efectiva y claramente va a beneficiar a los sectores necesitados. En este contexto tiene también sentido discutir cambios en la estructura tributaria que incrementen la eficiencia general del financiamiento de las funciones públicas, como puede ser la sustitución de la cotización del 7% por un incremento en el IVA. Por otra parte, es evidente que todo avance en reducir la evasión de impuestos contribuye con recursos a la acción pública sin necesidad de incrementar las tasas tributarias o sacrificar otros programas de gasto, además de constituir una política que en sí misma contribuye a la mayor equidad social.

La segunda vía para financiar el programa social es a través de reducir el presupuesto de otros programas públicos. Al respecto existe una amplia gama de posibilidades que deben ser oportunamente evaluadas, puesto que a lo largo del tiempo se acumulan numerosas iniciativas de acción pública sin que existan claros incentivos para su revisión y eventual término. Más bien lo contrario, una vez que se pone en marcha un programa se crean diversos intereses en su entorno funcionales a su desarrollo inercial. En este contexto, cualquier propuesta de incremento de impuestos debiera estar supeditada a una evaluación de los programas existentes, y es muy probable que, como resultado de este proceso, no sea necesario recurrir al aumento de los impuestos para financiar las nuevas necesidades en materia de las funciones públicas. La evaluación de los programas públicos existentes ha tenido una fase inicial en los grupos de expertos que ha reunido la Dirección de Presupuestos para examinar la marcha de diversos programas del área social y productiva.

Una vía promisoría para financiar los aumentos del gasto social es a través de los nuevos recursos que genera el crecimiento económico y que capta parcialmente el gobierno en la forma de mayores recursos tributarios. Al respecto hay que considerar que un crecimiento de 5% del PIB induce un aumento afín de recursos fiscales cada año (esto es, MM\$ 300 el año 1 y MM\$ 2.040 el año 6, *en relación al valor del año 0*)<sup>66</sup> Puesto de otro modo, si la economía creciera al 5% y se destinara el conjunto del incremento de la recaudación tributaria a los fines indicados de la política social, el problema de financiamiento estaría prácticamente resuelto. Para que ello efectivamente suceda, se necesita estabilizar por algunos años el gasto en el resto de los programas públicos en términos reales.

El Cuadro 14 presenta las proyecciones de ingreso y gasto público más relevantes, sobre una base estimada de crecimiento del PIB del 5% anual. Los ingresos se suponen sujetos a la misma estructura actual, recogiendo sólo el crecimiento del PIB sobre las diferentes bases de recaudación fiscal. En particular, se supone un crecimiento de los ingresos proporcional al PIB, tal como ha ocurrido durante la década de los 90. Como resultado se mantiene constante la fracción del PIB que representan los ingresos públicos. Las cifras de gasto se presentan bajo dos escenarios. El primero recoge la propuesta de gasto social, incluyendo los compromisos de la reforma educacional, suponiendo que el resto de los programas de gasto social (previsión y otros) se incrementan a la misma tasa del PIB mientras que los programas de gasto no social se mantienen constantes en términos reales. El segundo escenario supone que

---

<sup>66</sup> El cálculo procede sobre una base de tributación de MM\$ 6.000 proyectados para 1999. Si la base tributaria se expande a la misma tasa del crecimiento del PIB (esto es, la elasticidad es unitaria), se tiene que cada punto de crecimiento del PIB hace crecer en MM\$ 60 la recaudación tributaria, medida en moneda del mismo año y suponiendo todo lo demás constante (tasa del impuesto y grado de evasión).

todos los gastos públicos crecen a la misma tasa del PIB, en adición a los gastos adicionales que resultan de la propuesta y de la reforma educativa.

La comparación de ingresos y gastos muestra que la propuesta de gasto social es completamente financiable con la actual estructura de ingresos públicos en cualquiera de los dos casos, aun cuando en el segundo escenario las cuentas fiscales se mantendrían en un delicado equilibrio. Bajo el primer escenario, donde el gasto social aumenta al ritmo del PIB y el resto del gasto se mantiene constante en términos reales, es perfectamente posible acomodar la propuesta sin recurrir a aumentos de tributación ni presionar los equilibrios fiscales.

**Cuadro 14**  
**Finanzas públicas y la propuesta de política social\***  
**(MM de \$ 1998)**

<b>Partidas</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Año 6</b>
<b>Ingresos públicos, estructura base</b>	8.473,9	8.897,6	9.342,5	9.809,6	10.300,1	10.815,1
<b>(como % del PIB)</b>	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3	23,3
<b>Gasto público, con gasto social creciendo con el PIB</b>	8.304,8	8.650,7	9.021,7	9.406,2	9.624,5	9.991,7
<b>(como % del PIB)</b>	22,8	22,6	22,5	22,3	21,7	21,5
<b>Gasto público, todos los programas creciendo con el PIB</b>	8.304,8	8.784,1	9.295,1	9.826,5	10.199,3	10.728,5
<b>(Como % del PIB)</b>	22,8	23,0	23,1	23,3	23,0	23,1

*Nota: PIB se supone creciendo al 5% anual.*

---

**EQUIPO DE EDICIÓN**

EDITOR RESPONSABLE  
LEONARDO MORENO NUÑEZ  
SECRETARIO EJECUTIVO  
FUNDACION NACIONAL PARA LA SUPERACION DE LA POBREZA

COORDINADOR TECNICO  
OSVALDO LARRAÑAGA

COLABORADORES  
ALBERTO ARENAS, MARCELA GUZMAN,  
ISABEL MILLAN, MARIA DE LA LUZ NIETO,  
GONZALO SANHUEZA

SE AGRADECEN LOS COMENTARIOS DE  
JOSE MANUEL CORTINEZ, THELMA GALVEZ, PABLO GONZALEZ

ASESORES DE EDICION  
CECILIA PEREZ, PAULINA SABALL, HUMBERTO VERGARA

Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza  
Inscripción: 109.653  
Derechos reservados

I. S.B.N 956 – 7635 – 03 - X  
PRIMERA EDICION  
JULIO DE 1999

SANTIAGO, JULIO DE 1999

