

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/R.1458  
7 de marzo de 1995

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

## EL PROCESO Y EL CONTEXTO DE LA FOCALIZACION EN CHILE

Este documento fue preparado por la División de Desarrollo Social.  
No fue sometido a revisión editorial.

94-10-1336

## INDICE

	<u>Página</u>
Presentación .....	1
I. ANTECEDENTES DE LA POLITICA SOCIAL EN EL PERIODO 1920-1973 ....	2
II. POLITICA SOCIAL DEL REGIMEN MILITAR: FOCALIZACION Y REFORMAS SOCIALES .....	6
1. Principales Ejes de la Política Social .....	9
2. Resultados de la Política Económica y Social .....	13
III. POLITICA SOCIAL DEL GOBIERNO DE LA CONCERTACION 1990-1994 ...	15
1. Programas Asistenciales .....	17
2. Ampliación de oportunidades .....	18
3. Servicios Sociales Básicos para mantener la inversión en las personas .....	22
4. Impacto de la política económico-social sobre la situación social entre 1990 y 1993 .....	24
IV. REFLEXIONES FINALES: UNIVERSALIDAD VERSUS FOCALIZACION? ...	27
Bibliografía .....	33

## Presentación

El presente documento tiene como objetivo principal analizar los cambios en la concepción de la política social a partir del caso chileno, a lo largo del texto se revisarán las características principales de la evolución de la política social en Chile en las últimas décadas y el contexto en el cual este proceso fue ocurriendo. Lo que se pretende es analizar el tema de la focalización a partir del del proceso histórico ocurrido en Chile, en el sentido de proponer una visión más integrada que la que normalmente se presenta.

En el primer capítulo, se hace una breve revisión de la concepción acerca del rol que el Estado debía jugar en la satisfacción de las necesidades en Chile en el período 1920 - 1973 o lo que se ha llamado etapa de políticas universales. En este período se observa la conformación de un modelo de desarrollo económico y de un proceso de desarrollo social relativamente armónicos que hacen crisis en la década del 60, pero dejan sentadas las bases de una institucionalidad pública relativamente eficiente en el diseño y ejecución de programas sociales, así como aseguran la existencia de una población relativamente homogénea, educada y que presenta satisfactorios indicadores de desarrollo humano si se compara con el resto de los países de América Latina.

A continuación, en el segundo capítulo, se presentan las principales transformaciones ocurridas en el período del gobierno militar entre 1973 y 1989, el cual se caracteriza por una retirada del Estado tanto en el plano económico, como en el de la acción social. En este período identificamos dos procesos paralelos y que son centrales para explicar lo que ocurre en el ámbito de la política social: las reformas a la institucionalidad que provee servicios sociales (privatización y municipalización) y la creación de una red de asistencia social focalizada y tecnificada.

En el capítulo III, se describen los avances de la política social durante el primer gobierno de la Concertación, luego del retorno a la democracia en 1990, y la concepción renovada que ella presenta acerca del rol del Estado, en lo que hemos denominado una perspectiva integradora.

Finalmente, se agrega una reflexión acerca de las concepciones tradicionalmente consideradas antagónicas de focalización versus universalidad de los programas sociales. Ambas, analizadas bajo la perspectiva del desarrollo histórico, hacen pensar acerca de la complementariedad necesaria entre ellas, así como respecto del rol que cada una de estas concepciones ha permitido cumplir en cada fase del desarrollo económico y social de Chile.

## I. ANTECEDENTES DE LA POLITICA SOCIAL EN EL PERIODO 1920-1973 <sup>1/</sup>

El desarrollo de la política social en Chile puede dividirse en tres grandes subperíodos diferenciados tanto desde la perspectiva de su concepción teórica como por la forma en que ésta fue llevada a la práctica.

El primero y más largo, aquel comprendido entre 1920 y 1973, <sup>2/</sup> ocurre a la vez que el proceso de industrialización basada en la sustitución de importaciones, y se caracteriza por un creciente desarrollo del rol social del Estado tanto en el ámbito redistributivo como en el de la satisfacción de las necesidades básicas.

Este primer período se caracteriza por la ausencia de un modelo general sobre la forma de abordar el problema de la pobreza lo que se tradujo en una cierta falta de coherencia en la aplicación de las políticas sociales. A pesar de esto, la orientación general de la estrategia hacia una mayor justicia social es clara, y las políticas que se aplicaron tuvieron como resultado un creciente desarrollo social.

En el contexto prevaleciente en los años treinta, se comienza a implementar una política social destinada a paliar las situaciones más agudas provocadas por las especiales circunstancias mundiales. En este período se generaron cambios de importancia en la estructura de la sociedad que permitieron el surgimiento de grupos de presión que comenzaron a expresar una serie de demandas sociales patrocinadas por gran parte de la clase política. Sin embargo, el sistema no contenía los instrumentos de política económica adecuados para sostener esas demandas en el mediano y largo plazo.

La creciente importancia que las políticas sociales fueron adquiriendo durante las siguientes cinco décadas fue una de las causas fundamentales del progresivo mejoramiento de la distribución del ingreso y del bienestar en ese período, aunque sin desconocer que diversos sectores sociales permanecieron marginados de los beneficios del desarrollo. El rol jugado por el Estado en la satisfacción de las necesidades esenciales de la población se centró sobre dos grandes líneas de políticas: aquellas que regulaban las relaciones laborales, las condiciones de trabajo y las remuneraciones, y las orientadas a satisfacer las necesidades básicas de la población en educación, salud, nutrición, vivienda y seguridad social.

Chile fue un país pionero en América Latina en el desarrollo de las políticas sociales y en la búsqueda de una mayor igualdad de oportunidades para el conjunto de su población. En este período, los problemas sociales dejaron de ser vistos como asuntos de caridad y pasaron a ser considerados cuestiones de justicia, idea que predominaría durante gran parte de las décadas siguientes e independientemente de la postura política del gobierno a cargo.

---

<sup>1/</sup> Esta sección ha sido elaborada tomando como referencia el artículo de Mariana Schkolnik "Evolución de las Políticas Sociales en Chile 1920- 1973", MIDEPLAN, 1990 y "Desarrollo de las Políticas Sociales en Chile", de la misma autora elaborado para UNICEF, actualmente en prensa.

<sup>2/</sup> Aún cuando se puede hablar de un diseño de política social propiamente tal desde la década del 50 en adelante.

En 1921 se presentaron una serie de leyes sociales que el Congreso sólo aprobó en 1924. Se regularon los contratos de trabajo; los sindicatos, el derecho a huelga y las indemnizaciones por accidentes del trabajo; se creó la Caja de Seguro Obligatorio, la Caja de Empleados Particulares y el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Al año siguiente se creó la Caja de Empleados Públicos y entre 1924 y 1925 se establecieron el impuesto a la renta y el impuesto global complementario de tasas progresivas.

En materia social, en 1931, se dictó el Código del Trabajo que significó integrar la legislación existente con nuevas normas respecto a remuneraciones mínimas y protección del trabajador. <sup>3/</sup>

En 1936 es creada la Caja de Habitación Popular financiada con aporte estatal y con los fondos de las cajas de previsión.

En salud se organizaron a partir de 1938 servicios para ofrecer atención médica preventiva a los trabajadores, extensiva en el caso de los obreros, a la cónyuge y a los hijos. En 1952 el beneficio fue extendido a toda la familia. Ese mismo año fue creado el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Durante esa época fueron incorporados al sistema de previsión nuevos grupos de trabajadores y se crearon beneficios como la asignación familiar, el subsidio de cesantía y el subsidio de maternidad. La creación del SNS y del Servicio de Seguro Social (SSS) mejoró sustancialmente las prestaciones a partir de 1952. Ese año se organizó, además, un sistema de pensiones por antigüedad, invalidez y muerte para los empleados particulares.

En el campo educacional la Ley sobre Enseñanza Primaria Obligatoria promulgada en 1920 se tradujo en la posterior expansión de la matrícula en todos los niveles, en especial en el nivel medio, como consecuencia del importante aumento de cobertura logrado en la primaria. En 1953 es creada la Junta Nacional de Auxilio Escolar para apoyar las necesidades de alimentación y de útiles escolares de los estudiantes más pobres.

Todas estas medidas generaron una gran expansión del gasto del Estado. Entre 1930 y 1955 el gasto fiscal social se triplicó correspondiendo los mayores aumentos a previsión social, salud y vivienda. Los gastos en educación también crecieron a un ritmo superior que el crecimiento del producto.

En la década del 50 el Estado pasó de un rol "protector" especialmente de los trabajadores, a uno "benefactor" para toda la sociedad. Se diseñaron entonces un conjunto de instituciones y programas con un criterio **universal** (Servicio Nacional de Salud, Junta Nacional de Jardines Infantiles, etc.), y se masificaron otros programas hasta entonces dirigidos a grupos específicos (leche para lactantes).

A partir de 1964, el Gobierno de la Democracia Cristiana contempló la redistribución del ingreso como uno de sus objetivos prioritarios. Para esto fueron expandidos los beneficios sociales y se hizo especial esfuerzo por incorporar sectores tradicionalmente marginados (campesinos y

---

<sup>3/</sup> Durante el segundo gobierno de Arturo Alessandri se aprueba una ley sobre reajuste automático de remuneraciones.

sectores pobladores urbanos), lo que derivó en la duplicación del gasto público en seis años, alcanzando al 20% del PGB en 1970.

Adicionalmente se impulsó una reforma agraria que significó la expropiación del 15% de la superficie agrícola; la sindicalización en el campo; y la organización vecinal en los sectores populares urbanos.

En la aplicación de la política social de ese período destacan dos áreas de problemas. En primer lugar, aquellos derivados de la ausencia de una estrategia de financiamiento coherente capaz de asegurar la sustentabilidad de los programas en el largo plazo. Lo anterior se tradujo en continuos retrocesos y grandes fluctuaciones en los beneficios otorgados por el Estado. Los períodos de auge económico eran seguidos por fuertes inflaciones y continuos ajustes fiscales, por lo que a pesar de los esfuerzos por lograr una mejor distribución de los ingresos, éste fue un objetivo conseguido sólo a medias.

En segundo lugar, las políticas sociales tradicionales fueron aplicadas fundamentalmente a través de los sistemas formales de previsión (asalariados). Ello determinó que resultaran poco significativas para los sectores marginales no asalariados. De este modo, la existencia de grupos políticos y alianzas de poder se tradujo en que los principales beneficiarios de la acción estatal fueran los grupos medios y medio-bajos, y no necesariamente a las personas en situación de extrema pobreza.

Entre 1930 y 1973, el país vivió un proceso de desarrollo económico ligado a la sustitución de las importaciones, y gran participación del Estado en el ámbito productivo y en la fijación de normas y controles de protección a la industria nacional. El Estado también adquirió una gran preponderancia en el ámbito de la satisfacción de las necesidades básicas de la población, y generó un conjunto de políticas en el área social que se tradujeron en el surgimiento de una institucionalidad que permitió implementar una serie de programas de salud, educación, vivienda, previsión e infraestructura social.

En este período, el sector público jugó un rol fundamental al extender dichos servicios a un conjunto cada vez mayor de la población, bajo el precepto de que debía velar por el Bien Común. Es así como Chile logró altos niveles de desarrollo y cobertura de las políticas sociales, así como una avanzada institucionalidad en el área de acción social.

Ello se refleja en el alto nivel de desarrollo social que es posible ilustrar mediante la evolución seguida por la tasa de analfabetismo, cobertura de la educación básica, atención profesional del parto, cobertura de agua potable y alcantarillado, y otros indicadores sociales (véase Cuadro 1).

Hacia la década del sesenta, junto con el agotamiento de un modelo de desarrollo sustentado en la industria sustitutiva de importaciones, se comienza a agotar también un modo de hacer política social. Esta crisis venía plasmándose en un creciente agotamiento del modelo económico, a la vez que ocurría un fenómeno de efervescencia social y fuertes movilizaciones sociales producto de la democratización y mayor participación social desde la década del 60. El constante aumento del gasto social para satisfacer demandas crecientes y la falta de los instrumentos adecuados para generar los recursos fiscales necesarios, junto con otros desequilibrios macroeconómicos y déficits estructurales, desembocaron en constantes crisis macroeconómicas: crecientes déficit fiscales e inflación, y deteriorados niveles de inversión como consecuencia de los severos ajustes que debieron aplicarse en forma relativamente periódica.

Cuadro 1

## EVOLUCION INDICADORES SOCIALES

Año	Gasto fiscal social		Cobertura enseñanza básica a/	Nivel de analfabetismo b/	Tasa de mortalidad infantil c/	Atención profesional parto	Potable		Cobertura alcantarillado
	% del PGB	% del gasto fiscal					urbano	rural	
1920	1.0	6.6	-----	36.7	-----	----	----	----	----
1925	2.1	12.1	-----	-----	-----	----	----	----	----
1930	2.7	18.1	-----	25.3	-----	----	----	----	----
1935	2.8	23.5	56.7	-----	-----	----	----	----	----
1940	---	----	60.6	27.1	192.8	----	----	----	----
1945	4.4	28.1	59.7	-----	164.5	----	----	----	----
1950	---	----	66.0	19.8 d/	136.2	----	----	----	----
1955	6.0	31.7	71.1	-----	116.5	57.8	----	----	----
1960	8.6	39.6	80.2	16.4	120.3	66.9	----	9.5	----
1965	10.0	45.2	93.2	-----	95.4	74.3	53.5	12.2	25.4
1970	10.5	42.5	96.5	11.0	79.3	81.1	66.5	34.2	31.1
1975	10.3	36.0	105.3	10.0	55.4	87.4	77.4	34.8	43.5
1980	10.3	37.1	103.5	8.9	31.8	91.4	91.4	44.2	67.4
1985	15.1	57.0	-----	6.5	19.5	97.4	95.2	69.3	75.1
1990	10.7	65.2	-----	5.4	16.0	99.1	98.0 e/	75.0 e/	80.8 e/

Fuente: Arellano (1985), op. cit.. DIPRES, Ministerio de Hacienda. PIIE, Las transformaciones educacionales bajo el régimen militar. Banco Central de Chile, Indicadores económicos y sociales 1960-1988. INE, compendio estadístico 1992. Ministerio de Salud, Indicadores biodemográficos, Chile, 1989.

a/

b/

c/

d/

e/

Coberturas superiores al 100% se explican por metodologías que incorporan a los repitentes.

Población de 15 años y más.

Tasa por cada mil nacidos vivos.

Dato de 1952.

Dato de 1989.

El proceso de crecimiento basado en la sustitución de importaciones, así como el modelo de políticas sociales universales hicieron crisis junto con el sistema político en 1973 que culminó con un golpe de Estado.

El segundo período claramente diferenciable en la concepción de la política social es el que ocurre entre 1973 y marzo de 1990, corresponde a un período de retirada del sector público de la economía en general, y especialmente del ámbito productivo, en el que destaca un importante cambio en la concepción y formulación de las políticas sociales, caracterizadas por importantes reformas en el sistema de provisión de servicios sociales y de esfuerzos de focalización del gasto social.

## II. POLITICA SOCIAL DEL REGIMEN MILITAR: FOCALIZACION Y REFORMAS SOCIALES

Entre 1973 y 1989, se aplicó en Chile un modelo neoliberal cuyos principales ejes eran por una parte, la privatización de la economía, y por otra, la apertura al exterior. El crecimiento económico se constituyó entonces, en el único instrumento válido para alcanzar la prosperidad económica para todos y se relativizó el papel del Estado en la creación de condiciones para una mayor equidad e igualdad de oportunidades.

El objetivo de las políticas sociales a partir de 1973 se concentró en la erradicación de la extrema pobreza a través de programas focalizados en los grupos más pobres, y en un esfuerzo por reducir las que se entendían como filtraciones del gasto social hacia los grupos restantes.

El Estado perdió entonces su calidad de benefactor al conjunto de la sociedad y concentró su esfuerzo asistencial en los grupos que estaban en condiciones de extrema pobreza. Esto se tradujo en que el resto de la población, entre los cuales se incluye parte importante de la pobreza, <sup>4/</sup> debió comenzar a acceder a los servicios sociales que anteriormente obtenían del Estado, a través del mercado. <sup>5/</sup>

Los postulados teórico-doctrinarios del régimen militar se fundaron en el denominado principio de subsidiariedad del Estado destinado a lograr el afianzamiento de un valor básico considerado fundamental: la libertad individual. Para esto, el Estado debía abstenerse de toda forma de intervención y asumir sólo aquellas responsabilidades que los particulares y organizaciones intermedias no fueran capaces de desempeñar adecuadamente. El crecimiento económico iba a generar por sí sólo un "chorreo" de beneficios sociales que reduciría la pobreza.

La política económica que caracteriza este período se basa en los principios neoliberales que otorgan al sector privado y al mercado la responsabilidad central de la conducción económica. Esto

---

<sup>4/</sup> Aún en 1987 habían 5 497 900 personas en situación de pobreza, de las cuales 2 073 500 se encontraban en situación de indigencia (concepto que operacionalmente resulta muy similar a la definición de extrema pobreza). Ello indica que aún cuando la política social hubiese llegado efectivamente a los indigentes, dejaba fuera a casi 3,5 millones de personas pobres no indigentes.

<sup>5/</sup> Incluso hasta hoy un 80% de la población pertenece al sistema público de salud en Chile, y sólo un 20% ha podido acceder al sistema privado de ISAPRES.



se tradujo, al asumir el régimen autoritario en una serie de reformas en el sector social que apuntaban básicamente al logro de los siguientes objetivos:

- i) Reducción del tamaño y acción del Estado como consecuencia de la aplicación del principio de subsidiariedad.
- ii) Focalización de los recursos fiscales de carácter social a los grupos más pobres de la población mediante subsidios y programas directos a la población objetivo reduciendo el alcance de los programas universales tradicionales.
- iii) Provisión de servicios sociales de manera descentralizada y en lo posible a través de organismos privados.

La implementación del modelo neoliberal significó profundas transformaciones económicas que se tradujeron en una brusca disminución del gasto público con sus consecuentes efectos sobre el nivel de gasto social. A partir de 1974 se observa una persistente caída del Gasto Público Social, llegando este recién en 1981 a los niveles de 1974. La mayor caída se observa en los sectores de educación, salud, y vivienda y se refuerzan los gastos en asistencia social (gastos focalizados) y en previsión donde el Estado debe asumir la deuda con los pensionados (véase Cuadro 2).

La reducción del gasto del Estado obedeció tanto a objetivos de corto como de largo plazo. Por una parte, la implementación de una agresiva política anti-inflacionaria durante los primeros años de este período se basó en parte en una fuerte reducción del gasto, como medida de corto plazo. Por otro lado, y dentro de una concepción de largo plazo, la estrategia de desarrollo suponía un proceso de privatización, la que se inició con un proceso de reducción del tamaño del Estado (reducción de los empleos en el sector público) y posterior privatización de las empresas públicas. 6/

Del mismo modo, la crisis económica y financiera de los años 1982-83, resultante de la aguda recesión mundial, determinó nuevamente severas reducciones del nivel de gasto público, así como redistribuciones importantes entre los diferentes componentes del gasto social.

Para el modelo en cuestión, el crecimiento económico constituía la única opción válida para favorecer a los sectores más necesitados, lo que implicaba descartar todas aquellas políticas vinculadas a la redistribución de ingresos. Así, los recursos destinados al gasto social debía **focalizarse** a la extrema pobreza mediante la aplicación de programas y subsidios asistenciales.

---

6/ Es necesario considerar que además a mediados de la década del 70 el país enfrentó una gran crisis económica mundial que obligó a restringir el gasto y generó una fuerte recesión económica.

Cuadro 2

## GASTO FISCAL SOCIAL (1975-1989)

Millones de pesos de 1976 Año base = 1974

Año	Salud a/	Asistencia social b/	Vivienda c/	Previsión social d/	Educación e/	Desarrollo regional f/	Total gasto social	Total gasto social g/	Gasto fiscal total
1974	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1975	72.58	203.92	40.85	103.20	75.29	110.63	81.07	75.40	70.71
1976	61.03	289.52	35.99	90.69	76.03	176.96	81.30	78.89	64.65
1977	70.26	263.57	39.43	121.30	92.97	151.59	94.37	87.47	74.14
1978	73.31	335.12	30.38	129.02	93.83	149.16	98.27	90.40	77.60
1979	69.49	218.49	33.28	140.79	97.97	141.36	96.83	85.57	80.22
1980	89.44	388.22	37.23	168.18	103.91	141.45	116.20	102.89	91.49
1981	94.65	750.91	35.87	226.27	124.94	153.05	152.46	133.56	110.46
1982	89.48	922.80	12.76	262.60	127.67	72.26	161.23	135.27	107.71
1983	73.89	1 043.63	24.83	254.76	109.48	56.09	156.77	131.68	103.61
1984	73.04	940.35	38.54	324.60	112.34	43.84	169.51	129.81	109.93
1985	65.45	871.24	43.83	341.21	110.56	24.25	168.27	124.00	113.66
1986	60.90	707.92	44.46	389.38	110.10	69.65	171.42	115.62	118.70
1987	60.31	572.01	51.94	372.08	101.49	106.65	161.00	106.96	117.32
1988	62.95	466.60	74.46	394.85	96.05	125.62	163.90	104.78	123.68
1989	61.22	378.38	50.24	381.23	94.73	105.72	151.90	93.18	116.78

Fuente: Banco Central de Chile, noviembre 1990.

a/

Gasto en salud. Comprende el aporte fiscal a las instituciones del Ministerio de Salud: Servicio Nacional de Salud, Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición y Fondo Nacional de Salud.

b/

Gastos de asistencia social. Comprende el aporte fiscal a: las Instituciones del Ministerio del Trabajo (excluidas las cajas de previsión), el Programa de Empleo Mínimo, Asignación por Contratación Adicional de Mano de Obra, la JUNJI, la JUNAE, la Oficina Nacional de Emergencia y aporte a los Cuerpos de Bomberos.

c/

Gasto en vivienda. Comprende el aporte fiscal a instituciones del Ministerio de Vivienda y Urbanismo: División de desarrollo social, Servicio Regional de Vivienda y Urbanismo y Urbanización Región Metropolitana.

d/

Gasto en previsión. Comprende el aporte a las cajas de previsión para el pago de jubilaciones: pensiones y montepíos, subsidios de cesantía, indemnizaciones y Fondo de Seguro Social de los Empleados Públicos.

e/

Gastos en educación. Comprende el aporte fiscal a las instituciones del Ministerio de Educación para la Educación Básica, Media y Universitaria estatal y particular, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Sociedad Constructora de Establecimientos Educativos y Comisión Nacional de Televisión.

f/

Gastos en desarrollo regional. Comprende los recursos asignados a las regiones y destinados básicamente a salud, extrema pobreza, vivienda y educación.

g/

Gasto social total excluido el gasto social en previsión social.

## 1. Principales ejes de la política social

En el ámbito de la extrema pobreza, la acción del Estado se centró en la entrega de una serie de subsidios directos a la demanda. De esta forma se pretendía lograr al mismo tiempo los objetivos de paliar aquellas situaciones más agudas y evitar las filtraciones de los beneficios hacia grupos no objetivo.

El conjunto de subsidios focalizados hacia los extremadamente pobres en conjunto con el otorgamiento de una serie de servicios sociales básicos (educación, salud y vivienda), permitieron conformar la denominada red social.

La red social constituyó el principal elemento de la política social, la cual fue implementada a través de dos vías. Por una parte, el incremento de la acción directa del Estado en los programas asistenciales y no asistenciales financiados y ejecutados por el Fisco y las instituciones descentralizadas, y por otra parte, la privatización en algunos casos, o mayor participación del sector privado, en otros, en la provisión de los beneficios sociales. Todo lo anterior se enmarcó dentro del esfuerzo por otorgar al mercado un rol predominante en la producción y provisión de servicios.

### a) Programas asistenciales

Durante los primeros años del gobierno militar, no se contaba con los instrumentos adecuados para lograr una efectiva focalización de los programas hacia lo que se consideraban grupos de extrema pobreza. Ello se tradujo en la necesidad de definir aquellos elementos objetivos que permitieran establecer criterios para la asignación de beneficios. La formulación de estos instrumentos constituyó una tarea nueva que debió ir afinándose paulatinamente en el tiempo. 7/

A nivel de los subsidios directos a las familias extremadamente pobres es necesario diferenciar aquellos beneficios de carácter netamente asistencial y destinados a paliar situaciones de extrema necesidad, de aquellos subsidios y servicios sociales que contienen un componente más permanente de mejoramiento de los ingresos. Dentro de los subsidios con carácter asistencial destacan el subsidio único familiar (SUF), las asignaciones familiares y las pensiones asistenciales (PASIS).

La asignación familiar, por otra parte, es un programa creado en la década del 50 y constituye un aporte monetario mensual por carga familiar otorgado a aquellos trabajadores asalariados. El hecho de que su monto fuera independiente del nivel de renta familiar determinaba su neutralidad distributiva e incluso algún grado de regresividad, ésta sólo era percibida por los trabajadores del sector formal. Este beneficio fue paulatinamente perdiendo su valor real entre 1981 y 1989, siendo su descenso mayor al 40% en dicho período .

---

7/ El más importante de los instrumentos utilizados para la focalización de los subsidios directos de carácter asistencial fue la Ficha de Estratificación Social o ficha CAS, aplicada a nivel de las Municipalidades. Esta ficha, sin embargo, presentaba una serie de deficiencias que impedían detectar algunas situaciones de extrema pobreza. Para la clasificación de las familias, originalmente sólo consideraba los diferentes tipos de acceso a vivienda y saneamiento, dejando de lado situaciones coyunturales de desempleo y falta de ingresos, lo que llevó a su posterior reformulación. Ello dio origen a la ficha CAS-2, que con algunas modificaciones se sigue utilizando hoy en día.

El SUF fue creado en 1981 con el objetivo de otorgar el equivalente a la asignación familiar a aquellos menores de 15 años en situación de extrema pobreza que no la percibieran a través de los canales formales. Inicialmente este beneficio era otorgado sólo a los menores de 6 años en esa situación, este beneficio igual que la Asignación Familiar, fue perdiendo poder adquisitivo, en 1989 tenía el 62% del valor de 1981.

Las PASIS (Pensiones Asistenciales) fueron creadas en 1975 y su objetivo era otorgar algún tipo de beneficio previsional a aquellos mayores de 65 años e inválidos mayores de 18 años, carentes de recursos, que no habían podido obtenerlo a través de los sistemas formales de previsión.

Los restantes subsidios que componían la llamada red social son el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE), ambos ya de larga data en su creación y operación.

El primero fue creado en 1954 con carácter universal y consiste hasta ahora, en un aporte nutricional a embarazadas y lactantes. Durante este período se realizó un esfuerzo de focalización hacia los sectores más pobres que incluyó una reducción del aporte nutricional para el conjunto de la población y un aumento del aporte para menores en riesgo biomédico. De este modo el programa perdió algo de su característica de preventivo y se convirtió en un programa más bien curativo (Vergara, 1990).

Adicionalmente, se avanzó en la idea de la autofocalización del programa (PNAC) exigiendo a los beneficiarios la realización de controles periódicos en los consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Por su parte, el Programa de Alimentación Escolar fue creado en 1964 y consiste aún hoy, en la entrega de desayunos y/o almuerzos a niños pobres de entre 6 y 14 años que asisten regularmente a la enseñanza primaria fiscal. Al igual que el resto de los programas sociales, se modifican los mecanismos de selección tendiendo a la focalización hacia la extrema pobreza y niños desnutridos.

Mientras en 1973 el Programa de Alimentación Escolar entregó desayunos u onces a 1.445.600 alumnos y almuerzos a 674.300, en 1988 se entregaron sólo 490.800 desayunos u onces y 497.500 almuerzos.

Además de los subsidios directos recién mencionados, la red social estaba integrada por las tradicionales prestaciones sociales en las áreas de la salud, vivienda y educación. Durante este período se inicia un proceso de privatización y descentralización de estos programas, se incentiva el rol del sector privado y del mercado para la asignación de beneficios.

#### b) Política social sectorial

En el ámbito educacional se reduce el rol del gobierno central, a través de la descentralización en las municipalidades de la gestión del nivel primario y secundario; del mismo modo, en las universidades se eleva el valor de las matrículas, se crea el sistema de crédito universitario y se establece un sistema de competencia por fondos estatales. El modelo postula que mediante la inserción de este tipo de mecanismos, la competencia entre los establecimientos educacionales en cada uno de los niveles derivará en una mayor calidad de la educación.

Se realizaron reformas profundas cuya orientación fue la de introducir elementos de mercado al sistema de previsión social. En el año 1981 se crean las denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) que forman parte de un sistema privado de capitalización individual. Se pasa entonces de un sistema de reparto desde activos a pasivos, a un sistema en que los beneficios previsionales están determinados por el ahorro previo que las personas pueden aportar a su cuenta personal.

En materia habitacional se modifica el sistema de subsidios otorgando un mayor rol a las empresas inmobiliarias y al mercado de capitales como mecanismo de financiamiento. Se eliminan también una serie de regulaciones sobre el mercado de suelos urbanos.

Las severas reducciones aplicadas al gasto público social, se tradujeron en una disminución de los aportes a salud, educación y vivienda. Esto, junto con altas tasas de desempleo promedio y caídas en los salarios reales implicaron un serio deterioro de las condiciones de vida de los grupos medios y bajos que perdieron gran parte de los beneficios logrados en el pasado, especialmente a través de una creciente inserción laboral.

En el sector educación se redujeron los aportes desde el 4,2% del PGB en 1970 a un 2,7% en 1988. La administración municipal de los establecimientos educacionales presentaba a 1990 y aún en la actualidad serios déficits, en especial en las comunas más pobres. Lo anterior se ha ido generando debido al crecimiento de la matrícula en los establecimientos privados subvencionados con la consiguiente reducción en la matrícula y subvenciones en los establecimientos municipalizados (fiscales). La calidad de la educación también presentó un deterioro y las remuneraciones de los profesores cayeron en términos reales.

La desconcentración de la administración, si bien en su concepción original respondía a un objetivo de mayor eficiencia, significó una clara discriminación en contra de las comunas más pobres que no fueron capaces de suplementar los escasos recursos provenientes del nivel central. Todo lo anterior generó una gran desigualdad en la calidad de la educación entre comunas y entre los distintos tipos de establecimientos: municipales (fiscales), particulares subvencionados por el Estado y particulares pagados.

Si bien la atención pre-escolar se expandió desde un 6,1% en 1973 a un 21,3% en 1989, en la educación básica se produjo una constante disminución de la matrícula. De acuerdo a cifras de 1990 (MIDEPLAN, 1992), 64.998 niños entre 6 y 13 años no estaban incorporados al sistema educacional. De esa cantidad que representaba el 3,4% del total de niños en ese tramo de edad, el 67,7% pertenecía al 30% de hogares más pobres. 8/

La educación media, por su parte, presentaba en 1990 grandes problemas no sólo de calidad, sino que de orientación, que se traducen en que ésta no prepara adecuadamente para el trabajo ni para la educación superior. Aunque la matrícula en este nivel aumentó en forma considerable, en 1990 el 41,4% de los jóvenes no incorporados pertenecía al 30% más pobre de la población (MIDEPLAN, 1992). A la vez la enseñanza técnico-profesional presentaba serios déficit de

---

8/ MIDEPLAN; Población, Educación, Vivienda, Salud, Empleo y Pobreza. CASEN 1990. Octubre 1992.

infraestructura, equipos obsoletos, etc., que se traducían en una incapacidad del sistema para responder a las necesidades de capacitación laboral que tiene el país.

En el sector vivienda, fuertemente afectado por las crisis económicas mencionadas, la reducción de los aportes junto con cambios estructurales en la aplicación de la política, derivaron en un déficit creciente y un problema de allegamiento sin precedentes. El número de soluciones fue insuficiente, lo que agravó un problema que se fue acumulando a través de décadas. Así, según resultados de 1990, el total de hogares y núcleos allegados fluctuaría entre 955 mil a 982 mil familias <sup>9/</sup> (MIDEPLAN, 1992).

Mientras en el período 1953-73, la inversión del sector público alcanzaba en promedio al 2,6% del PGB, durante el período 1974-89 se redujo a menos del 2% promedio y se registraron varios años con una inversión en el sector vivienda inferior al 1% del PGB.

En el área de la salud hubo numerosos intentos por traspasar los servicios al sector privado pero las reformas que finalmente se introdujeron fueron menos significativas que las inicialmente propuestas. Se estableció un mecanismo mediante el cual la asignación de fondos a los establecimientos de salud se vinculaba directamente a la cantidad de servicios prestados. En el sentido de dar una mayor participación al sector privado, se autorizó utilizar el aporte obligatorio al sistema de salud que hacen los asalariados para contratar seguros de salud con entidades privadas (ISAPRES).

La salud durante este período presentaba ya una serie de deficiencias estructurales y de funcionamiento que fueron agravándose con el tiempo en la medida que los aportes al sector se redujeron. El sistema, cuya concepción original incorporaba criterios de equidad, pierde esta característica con la creación del sistema de seguro privado de salud (ISAPRES). La salida del sistema público de los cotizantes de altas rentas provocó su desfinanciamiento. Las consecuencias de ello han sido básicamente dos. Por una parte, se produjo una redistribución indeseada a través de un subsidio cruzado implícito desde los sectores medios hacia los más bajos, debido a que el financiamiento del sistema es captado principalmente de las cotizaciones de los primeros. Por otro lado, la creación de las ISAPRES no se tradujo en una solución global al problema de la salud, pues los sectores de ingresos medio-bajos y bajos han tenido acceso a un sistema extremadamente caro. En 1990, sólo el 15,1% de la población se encontraba en ISAPRES (Fuente: MIDEPLAN, 1992).

Además del menor monto recaudado por concepto de cotizaciones, el aporte fiscal en salud se redujo sistemáticamente. Ello obligó a aumentar las cotizaciones de los beneficiarios del sistema público que corresponden precisamente a aquellos trabajadores del sector formal de menores ingresos.

El gasto público en salud registró serias contracciones en los años posteriores a las crisis económicas de 1975-76 y 1982-83. Así el gasto público en salud en términos reales, era en 1987 un 8% inferior al de 1974 y un 23% menor al de 1982. En los años posteriores a 1987 se observa un repunte que no alcanza a los niveles de 1982, si bien el PGB de 1989 fue un 43% superior al de 1982. Del mismo modo, el gasto por beneficiario se reduce en un 13% entre 1974 y 1987. Al mismo tiempo, la estructura de financiamiento del sector ha variado significativamente. Entre 1974 y 1989

---

<sup>9/</sup> MIDEPLAN, *op. cit.*

el aporte fiscal por beneficiario se redujo en un 38%, lo que fue en parte compensado con aumentos en la tasa de cotización obligatoria. <sup>10/</sup> En el mismo período los ingresos del sector provenientes de los aportes previsionales aumentaron desde un 14,5% a un 45%.

La inversión real pasó de representar el 9,5% del gasto público en salud en 1975 al 7,7% en 1989, reduciéndose en los años 1974 y 1978 a niveles cercanos al 66%. Del mismo modo en el período 1983-87 el porcentaje de inversión real se mantuvo en un promedio de 2,6% del gasto público en salud, es decir, la cuarta parte de lo que era en 1974.

La menor disposición de fondos en algunos años provocó una situación crítica en la calidad del servicio, en la capacidad y calidad de la infraestructura, en los servicios de mantención y en la capacidad de contratar y renovar el personal.

Desde el punto de vista sectorial, los programas asistenciales adquirieron relevancia creciente en desmedro de la inversión social en salud y educación principalmente. El aporte a estos sectores pasó de representar el 45% del gasto fiscal social total en 1980 a alrededor del 30% en 1989.

## 2. Resultados de la política económica y social

La política social de este período estuvo dirigida principalmente a compensar las pérdidas de ingreso ocasionadas por caídas en el nivel de actividad, lo que le confirió un carácter básicamente asistencial. Como contrapartida, significó una contracción del gasto social en aquellos sectores formadores de capital humano y orientados a promover la igualdad de oportunidades (salud y educación especialmente) o el desarrollo social.

Aunque el esfuerzo de focalización fue importante desde el punto de vista de la eficiencia, se confundió con la reducción sufrida por el aporte fiscal total a los sectores de salud, educación y vivienda. Del mismo modo, el énfasis otorgado al mercado y la aplicación del principio de subsidiariedad del Estado derivó en el deterioro de una serie de servicios sociales. El menor flujo de recursos fiscales se tradujo en algunos casos en una cantidad de prestaciones menor a lo socialmente óptimo, en otros casos en un deterioro de la calidad de las prestaciones y en casos extremos en el cese de determinadas prestaciones para un grupo importante de la sociedad.

El principio de subsidiariedad del Estado implicó concentrar el esfuerzo social en aquellos sectores donde la aplicación del modelo económico neoliberal provocaba un costo social grave. <sup>11/</sup> Sin embargo, el criterio de hacer sustentable la política social mediante reduciendo como contrapartida, los beneficios a los grupos socioeconómicos que podían pagar por ellos, fue llevado al extremo. Esto significó dejar de lado a amplios sectores de clase media y media-baja que perdieron gran parte de los beneficios adquiridos en décadas pasadas y que les habían permitido ir mejorando su calidad de vida.

---

<sup>10/</sup> En diciembre de 1982 la tasa de cotización se incrementó desde 4% a 6%, y en diciembre de 1985 se fijó en 7%.

<sup>11/</sup> A pesar de que hubo una gran cantidad de sectores y grupos (jubilados y pensionados), trabajadores de ramas industriales, jóvenes cesantes, etc. que pagaron un muy alto costo social y hacia los cuales jamás se diseñaron programas focalizados.

Es en el período de la crisis económica de 1982-83, cuando se hicieron más patentes las consecuencias de la política de reducción del gasto social aplicada con anterioridad. Aunque una acción paliativa de proporciones se emprendió en ese momento, no fue suficiente para contrarrestar el deterioro sufrido por los servicios sociales básicos que no contaban con la capacidad para hacer frente a las necesidades que se generaron.

Incluso, se constata un aumento de los niveles de pobreza y una mayor concentración del ingreso en los estratos socioeconómicos altos. En el año 1990 las personas que vivían en hogares considerados pobres alcanzaban al 40,1% del total de hogares del país. <sup>12/</sup> Del mismo modo, entre 1978 y 1988 sólo los hogares pertenecientes al quintil de mayores ingresos aumentaron su participación en el consumo privado, mientras el 80% más pobre lo redujo, esta situación es aún más grave, si se compara con la información correspondiente al año 1969, donde la participación en el consumo del 20% más pobre era todavía superior (7.6%).

La primera fase de apertura de la economía a las importaciones (década del 70), junto con las reformas introducidas a mediados de esa década (privatización), control del mercado del trabajo, etc. en conjunto con los planes de estabilización, se tradujeron en un aumento sustancial del desempleo que, en el período 1974-83, fue un promedio de un 13,4% (exc. los Programas Especiales de Empleo) versus tasas históricas que giraban en torno al 6%. Ello obligó a generar programas especiales de empleo, tales como; el Programa de Empleo Mínimo (PEM), y el Programa de Empleo para Jefes de Hogar (POJH). Estos programas alcanzaron el peak de contrataciones a mediados y fines de 1983.

Por otro lado, la evolución de los salarios reales estuvo directamente relacionada con la evolución de la economía y los planes de estabilización. Así, entre 1973 y 1976 la política de estabilización de la inflación se tradujo en una reducción de los salarios reales, las remuneraciones promedio de la población disminuyeron entre 1976 y 1970 en 38%; luego éstos comenzaron a crecer para posteriormente, en el período 1982-89, sufrir una reducción cercana al 13% como consecuencia del programa de ajuste posterior a la crisis de 1982-87. La evolución del salario mínimo tuvo un comportamiento similar, aumentó en el período 1974-1979 (30%), y disminuyó en un 40% entre 1989 y 1980.

---

<sup>12/</sup> De acuerdo al trabajo elaborado por CEPAL (1991) sobre la base de la encuesta CASEN levantada en noviembre de 1990 por MIDEPLAN.



Cuadro 3

**DISTRIBUCION DEL GASTO TOTAL POR QUINTILES DE HOGARES  
GRAN SANTIAGO**

QUINTIL	PARTICIPACION EN EL GASTO TOTAL %		
	1969	1978	1988
<b>I Bajo</b>	7.6	5.2	4.4
<b>II Medio-Bajo</b>	11.8	9.3	8.2
<b>III Medio</b>	15.6	13.6	12.6
<b>IV Medio-Alto</b>	20.5	20.9	19.9
<b>V Alto</b>	44.5	51.0	54.9
<b>TOTAL</b>	100.0	100.0	100.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Encuestas de Presupuestos Familiares, 1969, 1978 y 1988.

**III. POLITICA SOCIAL DEL GOBIERNO DE LA CONCERTACION  
1990-1994 <sup>13/</sup>**

Finalmente, analizaremos el período que va desde 1990 a 1993, y que corresponde al primer gobierno democrático luego de un período de 16 años de régimen militar. Este proceso de redemocratización generó importantes cambios político-institucionales (puesta en marcha del poder legislativo, democratización de los municipios, etc.), a la vez que la conducción de la política económica y de la política social surgió de un cierto consenso social y político. La sociedad en su conjunto estaba relativamente de acuerdo en torno a los temas más relevantes para el país y de las urgencias sociales que requerían prioridad política y recursos financieros.

El primer gobierno de la Concertación incorporó las lecciones del pasado en el sentido de formular una estrategia de crecimiento con equidad, sin perder de vista los objetivos de desarrollo económico y la mantención de los equilibrios macroeconómicos.

Se mantuvieron entonces los principales lineamientos del modelo económico, pero con dos énfasis específicos, por una parte se propuso realizar un esfuerzo por profundizar y hacer más estable

---

<sup>13/</sup> Esta sección ha sido desarrollada a partir del texto "Superación de la Pobreza. Balance y Propuestas", elaborado por Mariana Schkolnik y Alvaro García (mimeo).

la inserción económica internacional, y por otra, se buscaron mecanismos para imprimirle una mayor equidad al crecimiento.

Esto último se realizó en primer lugar, incrementando el poder de negociación de los trabajadores (con reformas a la legislación laboral existente) y generando mecanismos de Concertación entre empresarios y trabajadores.

Y en segundo lugar, se le asignó a la política social un rol mucho más activo. Se consideraba que constituía un eje fundamental de la acción del Gobierno, cuyo objetivo último era mejorar la calidad de vida de todos los chilenos, asegurando igualdad de oportunidades en la satisfacción de las necesidades básicas y en la integración social y productiva de las personas y grupos de todos los estratos sociales.

La acción social del Estado dentro del marco del desarrollo económico-social fue entendida como un proceso de inversión en recursos humanos. Se consideró que la política social debía acompañar a la política económica y no ser sólo la herramienta para suplir sus deficiencias distributivas, ya que el crecimiento económico sostenido y estable no parece viable si el país en su conjunto no se desarrolla y si las personas no se capacitan para enfrentar una economía cada vez más competitiva.

Si la política social adquiría un rol más permanente en la generación de recursos humanos calificados, evitando ser puramente asistencial, entonces los programas sociales debían cubrir a una parte de la población y no necesariamente a los más pobres. Este planteamiento significó un gran cambio en la concepción prevaleciente durante los últimos años, pues significaba que no todos los programas debían necesariamente estar **focalizados**.

En la concepción del nuevo gobierno, la política social debía contener elementos de fomento y desarrollo de la Ciencia y Tecnología, de la cultura y la recreación, así como de la protección al medio ambiente, además debe tender a asegurar un nivel de vida satisfactorio para el conjunto de los chilenos, priorizando en quienes más lo requieren, los más pobres.

Con el objeto de fortalecer la política social en 1990 fue aprobada por amplia mayoría en el Parlamento una reforma tributaria destinada a financiar un aumento sustancial del gasto social. Dicha reforma comenzó a regir el primero de julio de ese mismo año. Los mayores recursos para el Fisco permitieron el financiamiento de nuevos programas y el reforzamiento de otros ya existentes. Lo más relevante fue la mayor contribución de recursos hacia los sectores sociales considerados prioritarios: educación, salud y vivienda.

La reforma tributaria de 1990 consistió en un alza de impuestos directos e indirectos, y de una serie de modificaciones a la ley de la renta. Respecto de los impuestos indirectos, se elevó el impuesto al valor agregado (IVA) desde una tasa del 16% a una tasa de 18%. <sup>14/</sup>

Esta reforma permitió aumentar los ingresos públicos en un monto equivalente al 2% del PGB, recursos que se destinaron íntegramente a reforzar la acción social. Cerca del 80% de ésta

---

<sup>14/</sup> Debe recordarse que en 1989 dicho impuesto se redujo desde una tasa de 20% a una tasa de 16%.

recaudación adicional provino del quintil de mayores ingresos de la población. A lo anterior se sumó un esfuerzo por incrementar la recaudación, reduciendo la evasión.

El aumento de la participación del gasto social en el producto significó que éste llegara a representar el 11.8% del PIB y el 66% del gasto público, y permitió entre 1989 y 1993 un incremento de un 27% del gasto en educación, de un 48% el gasto en salud, un 43% en vivienda, un 23.8% en previsión y un 47% en subsidios (cuadro 4).

Se intentó hacer más coherente la política social con los objetivos de equidad e integración al desarrollo. Para ello se buscó modificar la composición del gasto social reforzando especialmente los programas entendidos como de generación de mayores oportunidades en los sectores y grupos más vulnerables, con un incremento de recursos del orden del 159.8% en el período 90-93, mientras el presupuesto destinado a los programas asistenciales se incrementó en un 38.8% y los servicios sociales básicos en un 48.4%.

Cuadro 4

## CHILE - GASTO PUBLICO SOCIAL POR SECTOR: 1989 - 1993

Millones de \$ de 1992	1989	1990	1991	1992	1993	Variación % 1989-1993
Educación	340 556	325 610	364 360	418 153	432 111	26.9
Salud	267 178	255 046	300 375	351 110	396 413	48.4
Vivienda	135 031	134 859	160 235	176 114	192 927	42.9
Previsión	803 359	818 005	850 427	902 155	994 303	23.8
Subsidios y otros	139 287	136 886	150 834	172 142	205 174	47.3
<b>TOTAL</b>	<b>1 685 412</b>	<b>1 670 406</b>	<b>1 826 231</b>	<b>2 019 674</b>	<b>2 220 928</b>	<b>31.8</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos.

### 1. Programas asistenciales

Como se señaló en el capítulo anterior, los programas asistenciales son aquellos destinados a asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de los grupos más pobres (indigentes).

Se han considerado subsidios de carácter asistencial; las pensiones asistenciales, las asignaciones familiares y los subsidios únicos familiares, cuya característica es que son de tipo monetario. Se incluyen además los programas de viviendas sociales y de emergencia.

El gobierno de la Concertación buscó durante todos años incrementar el aporte a estos subsidios reajustándolos en distintos momentos del período. Esto permitió aumentar el nivel real de estos subsidios y simultáneamente reducir su participación en el gasto social global.

El Subsidio Unico Familiar (SUF) se reajustó desde \$ 1.100 en 1990 a \$ 1.800 en 1993, lo que implicó mejorar su situación real, alcanzando en 1993 el 60% del valor que tenía en 1981, año de su creación. El PASIS, fue reajustado desde \$ 8.067 a \$ 14.057 en 1993, recuperándose prácticamente el valor real de esta pensión al momento de ser creada en 1981. El subsidio de cesantía ha sido reajustado de acuerdo a la inflación, a excepción del año 1990, en que se elevó en un 50% en términos reales.

La asignación familiar, por su parte, fue reajustada de manera escalonada priorizando a los trabajadores de los tramos inferiores de ingreso (que perciben menos de \$ 100.000). Esta medida permitió reducir fuertemente el gasto en asignaciones familiares en el 40% de más altos ingresos de los hogares (de un 31.5% a un 26%).

El reajuste según tramos de ingresos muestra el esfuerzo del gobierno por aumentar la correcta focalización de estos subsidios, de hecho, entre 1990 y 1992, el 40% más pobre de la población aumentó de 70.9% a 75.4% su participación en la recepción de subsidios asistenciales y de 35.9% a 40.5% la de los subsidios laborales ( Fuente: MIDEPLAN, 1994).

Sin embargo, a nuestro modo de ver, todos los subsidios asistenciales (PASIS y SUF) deberían llegar a los hogares de extrema pobreza (10% más pobre), pero éstos son percibidos por hogares de todos los quintiles (véase Cuadro 5). Subsiste por consiguiente, una importante tarea tendiente, cual es la de mejorar aún más su correcta focalización para que llegue exclusivamente a la extrema pobreza.

Adicionalmente, la asignación de estos subsidios debería ser extremadamente ágil, flexible, y de rápida adecuación en determinadas coyunturas. Ello significa que su manejo debería darse prioritariamente a nivel municipal. Sin embargo, actualmente los municipios tienen aún escasa autonomía en la determinación de montos y coberturas de los subsidios asistenciales y una muy limitada capacidad técnica. La descentralización realizada por el gobierno anterior no consideró sin embargo, una mayor autonomía en la disponibilidad de estos subsidios por parte de los municipios.

Los subsidios maternos, asignaciones familiares y pensiones en cambio deben ser analizados bajo otro prisma, pues no son subsidios de apoyo a la extrema pobreza, ni asistenciales, sino pagos adeudados por el Estado a trabajadores y trabajadoras del sector formal que cubren el período pre y post-natal en el primer caso, y el período de jubilación en el último.

## 2. Ampliación de oportunidades

Aquí se incluyen programas de muy diverso tipo que constituyen de alguna manera el área de programas que hemos considerado nuevos en el ámbito de los programas sociales diseñados por el gobierno entre 1990 y 1993. 15/

---

15/ La mayor parte de ellos aún está vigente.

Cuadro 5

COMPOSICIÓN DEL INGRESO DE LOS HOGARES SEGUN QUINTIL DE INGRESO  
(Porcentajes)

Tipo de ingreso	Quintil de ingreso										Total
	1		2		3		4		5		
	1990	1992	1990	1992	1990	1992	1990	1992	1990	1992	
<b>I. Ingresos autónomos</b>	3.8	4.1	8.5	8.6	12.8	12.7	19.1	18.9	55.8	55.7	100.0
Ingresos del trabajo	3.9	4.3	9.0	9.1	13.2	13.1	18.6	18.6	55.3	54.8	100.0
Otros ingresos autónomos	3.2	3.1	6.2	6.3	11.3	10.8	21.1	20.0	58.2	59.9	100.0
Jubilaciones y pensiones	3.7	3.9	8.4	8.9	14.8	14.8	24.9	24.0	48.1	48.4	100.0
Ingresos por capital	0.3	0.5	0.4	1.0	3.3	3.9	13.4	13.5	85.2	81.0	100.0
Otros ingresos autónomos	16.9	10.1	15.1	11.2	16.6	12.8	19.5	20.6	31.9	45.3	100.0
<b>II. Subsidios monetarios</b>	29.1	32.3	21.4	23.6	18.0	18.5	14.5	13.9	16.9	11.7	100.0
1. Subsidios asistenciales	46.9	50.8	24.0	24.6	17.9	14.1	8.7	8.1	2.5	2.4	100.0
PASIS	45.5	48.3	22.2	24.5	19.4	15.0	10.0	9.3	2.9	2.9	100.0
SUF	50.8	58.9	29.3	24.9	13.6	11.2	4.8	4.3	1.5	0.7	100.0
2. Subsidios laborales	16.3	17.7	19.6	22.8	18.1	22.0	18.7	18.5	27.3	19.1	100.0
Asignaciones familiares	21.6	23.0	25.7	28.3	21.2	22.7	17.6	16.3	13.9	9.7	100.0
Subsidio maternal	1.8	3.1	4.9	7.2	11.1	19.9	19.7	19.2	62.6	50.6	100.0
Subsidio prevision	5.1	6.1	12.8	15.2	17.3	23.1	23.7	27.3	41.1	28.3	100.0
Otros subsidios	57.2	47.3	28.3	32.0	7.7	12.6	4.5	6.4	2.3	1.7	100.0
<b>III. Ingresos monetarios totales (I+II)</b>	4.2	4.6	8.8	8.8	12.9	12.8	19.0	18.8	55.1	55.0	100.0
<b>IV. Red social</b>	36.4	36.3	28.3	27.2	19.8	20.1	12.2	12.4	3.4	4.0	100.0
Salud	49.5	49.3	35.2	33.4	21.2	23.5	6.4	4.1	(12.2)	(10.3)	100.0
Educación	34.2	34.6	26.6	26.1	18.6	18.4	13.0	13.6	7.5	7.3	100.0
Vivienda a/	20.6	21.5	23.2	21.4	23.7	21.0	19.9	21.3	12.6	14.8	100.0
<b>V. Ingresos totales (III+IV)</b>	6.0	6.5	9.8	10.0	13.3	13.2	18.6	18.4	52.2	51.8	100.0

Fuente: MIDEPLAN, Departamento de Planificación y Estudios Sociales Encuestas CASEN 1990 y 1992

a/ Cifras provisionales. Los ingresos señalados corresponden a ingresos imputados a los hogares como resultado de haber recibido subsidio de vivienda, y por lo tanto, no corresponden al gasto público efectuado en subsidios habitacionales durante el año.

Estos programas han tenido como objetivo mejorar las posibilidades y expectativas de inserción social y económica de algunos grupos y sectores especialmente vulnerables.

Esta línea de acción social puede ser ejemplificada a través de los programas creados durante este período dirigidos a una población objetivo muy específica. Por consiguiente, se consideran el conjunto de programas implementados por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), por el Instituto Nacional de la Juventud (INJ), por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), así como por las instituciones que diseñaron programas para la micro y pequeña empresa.

A modo de ejemplo se implementaron programas de capacitación laboral, el cual fue un elemento distintivo de la acción social de este gobierno.

La cobertura del programa tradicional de capacitación del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), aumentó extraordinariamente, pasando de 190.000 personas en 1990 a 325.000 en 1992, sin embargo sólo el 8,6% de la fuerza laboral accede a este beneficio.

El programa realizado de mayor cobertura fue el de capacitación de jóvenes, dependiente del Ministerio del Trabajo. Durante los primeros cuatro años de existencia de esta actividad se logró cubrir un total de 100 mil jóvenes.

Este programa estuvo dirigido a jóvenes desocupados, inactivos o fuera del sistema educacional, y tuvo como objetivo desarrollar aquellas habilidades básicas para enfrentar el trabajo en jóvenes que no han tenido la oportunidad de adquirirlas.

Otro importante programa para abrir oportunidades a los jóvenes de sectores pobres ha sido un programa de apoyo crediticio, capacitación y asistencia técnica a jóvenes rurales para la creación de microempresas productivas. Este programa fue coordinado por el INDAP y FOSIS. Se estimó que hasta 1993, se habían beneficiado alrededor de 400 mil jóvenes de manera directa o indirecta a lo largo del país.

En el área de igualación de oportunidades, se percibió al inicio del gobierno del Presidente Aylwin que la deserción a nivel de la enseñanza media era muy elevada y que ello era una causal o estímulo a la vagancia, drogadicción e incluso delincuencia en los sectores de más escasos recursos. En consideración a lo anterior, el gobierno diseñó un programa tendiente a retener a los jóvenes más pobres en la enseñanza, promoviendo un mejoramiento de su rendimiento escolar a través de la entrega de diversos beneficios tales como; raciones alimenticias, un fondo de auxilio para gastos médicos y provisión de útiles escolares. El programa había beneficiado hasta 1993 a 100 mil jóvenes de entre 16 a 20 años.

Se implementaron además una serie de programas de salud y prevención específicamente dirigidos a jóvenes y adolescentes, tales como; prevención de drogadicción y alcoholismo, centros comunitarios de salud mental, prevención de embarazo adolescente y prevención del SIDA.

Otro aspecto que se vincula también al tema de la búsqueda de una mayor igualdad de oportunidades es la suscripción por parte del gobierno de Chile de un compromiso con los niños y niñas para el año 2000. Este compromiso llamado "Plan Nacional de la Infancia" busca cumplir metas precisa para el año 2.000, en torno a salud, educación protección contra abusos y maltrato, etc. Estas

metas deberán ser cumplidas para todos los estratos de la sociedad, con mayor preocupación por consiguiente por los más pobres que presentan una peor situación de sus indicadores.

Dentro del ámbito de la igualación de oportunidades se inscriben la mayor parte de los nuevos programas diseñados en torno a la mujer y especialmente las reformas legales buscadas por el gobierno de la Concertación a través del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). De hecho el SERNAM promovió una serie de reformas legales en materias civiles (Régimen Patrimonial del Matrimonio), en materias penales (proyecto de ley de violencia intrafamiliar), y laborales (indemnización a trabajadoras de casa particular y modificaciones a la Ley de Contrato Individual de Trabajo).

Adicionalmente, el SERNAM diseñó un programa especial de apoyo a mujeres jefas de hogar, cuyo objetivo era conseguir una atención integral hacia ellas y darles la oportunidad de integrarse al desarrollo y mejorar su calidad de vida. Este programa incluyó áreas de vivienda, salud, capacitación, etc.

Se implementó también un programa de capacitación laboral específicamente dirigido a mujeres, durante los años del primer gobierno de Concertación se capacitó a más de 4 mil mujeres.

Se diseñaron finalmente, una serie de programas que cubrían distintas áreas deficitarias para las mujeres más pobres y que les permitían mejorar su situación. Entre ellos cabe destacar, Centros Abiertos de atención a los hijos de las temporeras, mejoramiento del puntaje de postulación para viviendas a las mujeres jefas de hogar, red de centros de Información a nivel nacional sobre los derechos de la mujer (CIDEM), etc.

Se inscriben en esta óptica los programas realizados por el FOSIS. Esta institución creada durante este período generó programas dirigidos especialmente a localidades y áreas pobres y a grupos vulnerables. Entre ellos podemos enumerar, los programas de forestación y riego campesino cuyos beneficiarios son campesinos pobres y comunidades indígenas del país. Otro programa fue especialmente diseñado para localidades pobres, estas localidades debían concursar con proyectos y su objetivo es mejorar las capacidades y habilidades en los habitantes de localidades pobres de modo de que ellos puedan acceder a recursos. Finalmente, otra gran área de trabajo del FOSIS fue la de apoyo a grupos vulnerables (especialmente jóvenes). En su conjunto el FOSIS intentó beneficiar especialmente a las localidades más pobres, sectores campesinos e indígenas pobres y a la microempresa.

Si bien esta área de política social que se ha llamado de "generación de oportunidades", consecuentemente con lo que planteó el gobierno fue aquella que presentó el mayor incremento de recursos, sigue representando un porcentaje muy reducido del presupuesto social (7%).

La decisión de implementar programas específicos a grupos vulnerables surge de la percepción de que los programas tradicionalmente diseñados e implementados por los ministerios no responden a nuevas demandas y necesidades cada vez más específicas de determinados grupos.

Se detectan dos desafíos importantes en el plano de la generación de una mayor igualdad de oportunidades. En primer lugar, aumentar los recursos que se destinan a estos grupos ya que aún son extremadamente reducidos. Ello significa eventualmente reducir el presupuesto de otras áreas de la

política social más asistenciales, e impulsar mejoramientos de la eficiencia, focalización o búsqueda de financiamiento compartido de programas más tradicionales que ya tienen cobertura universal.

Se constata en segundo lugar, la necesidad de avanzar de manera mucho más efectiva en las reformas necesarias para que los municipios tengan capacidad para financiar y generar este tipo de programas, detectando cuales son las prioridades de sus comunas.

En efecto, la mayor parte de los programas que llegan a grupos específicos tales como; mujeres jefas de hogar, jóvenes cesantes, adultos mayores, pequeños productores, etc, deberían funcionar a nivel de municipio, recogiendo las especificidades de su problemática.

Otro de los elementos que hace deseable la definición de programas de este tipo a nivel municipal es que pueden generar un proceso de concertación con el sector privado y de participación con la comunidad. De este modo pueden allegar proyectos y recursos no sólo financieros sino que humanos para llevar a cabo los programas tanto desde el municipio, el gobierno central, como del sector privado y la comunidad.

Finalmente, en el caso de estos programas, lo más relevante es generar mecanismos de evaluación del impacto que tienen para los grupos para los cuales han sido diseñados.

### 3. Servicios sociales básicos para mantener la inversión en las personas

En esta área hemos incluido los programas tradicionales de salud, educación y vivienda. Estos programas están vinculados con el rol que el Estado debe cumplir en el sentido de asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de la población, y de mantener por consiguiente, una inversión permanente en las personas.

Se ha considerado en esta etapa de desarrollo del país que estos programas sociales no sólo deben estar diseñados para asegurar la subsistencia de la población o el acceso a servicios básicos, sino que de alguna manera constituyen elementos que permiten que el país cuente con recursos humanos aptos para participar productivamente en el crecimiento económico.

Estos programas están dirigidos a mantener una inversión en las personas que les permita un desarrollo integral y una incorporación productiva a la sociedad, así como un permanente mejoramiento en la calidad de vida de la población.

Estos servicios deben llegar, por consiguiente, al conjunto de la población y en este sentido son programas **universales**. Ello aún cuando un sector de la población accede en forma privada y otro sector accede en forma totalmente gratuita o mediante pago compartido. En este caso el rol del Estado es velar por el acceso equitativo de la población a estos servicios.

Durante los cuatro años de gobierno del Presidente Aylwin se enfatizó en la búsqueda de la calidad ya que en la mayor parte de los casos, el tema de la cobertura estaba relativamente resuelto.

En el área de la educación por ejemplo, se incrementó el presupuesto en un 26.9% (véase el Cuadro 4). Lo anterior permitió en primer lugar, incrementar las subvenciones pagadas a las escuelas por el Estado, con el objetivo prioritario de mejorar las remuneraciones de los profesores.



En segundo lugar se ampliaron los beneficios a los estudiantes de menores recursos, a través de incremento de raciones alimenticias, entrega de textos, becas y créditos para estudio, etc.

Finalmente, y con el objetivo de centrarse en el mejoramiento de la calidad de la educación (ya que en el caso chileno las coberturas son bastante buenas), se implementó ya en 1990, un primer programa de mejoramiento de la calidad en las 900 escuelas más pobres del país (P-900) y a continuación del cual se inició masivamente el Programa de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación (MECE). Este buscaba reducir la diferencial de calidad entre la educación particular pagada y la de dependencia municipal (pública o privada) a través de distintos mecanismos que permitieron el incremento de los recursos para infraestructura, equipamiento y material docente, capacitación y actualización de los conocimientos y remuneraciones a profesores.

Los resultados de la prueba de calidad en la educación (SIMCE) que se realiza en todas las escuelas del país, muestran un mejoría global de respuestas correctas entre 1988 y 1992, especialmente importante en las escuelas más pobres donde se aplicaron programas especiales (P-900) (MIDEPLAN, 1994).

En el sector salud que muestra una expansión del orden del 48.4% del presupuesto, se inició un proceso de recuperación a todos los niveles y sectores concernidos. Este proceso abarcó tanto los consultorios de atención primaria y postas como los establecimientos hospitalarios, así como las remuneraciones, equipamiento, inversión, etc.

Esto se debió a que en todos los niveles se detectaba un grave deterioro debido a la falta de inversiones nuevas, obsolescencia de los equipos y falta de materiales, y una extrema precariedad de la escala de remuneraciones del sector.

En este sector se desarrolló un importante programa de inversiones en infraestructura hospitalaria, (que pasó de 15 a 90 millones de dólares) se aumentó la dotación de personal (en un 9%) y se expandieron las remuneraciones en más de un 40% en términos reales, y se duplicó el esfuerzo de prevención en salud.

Pero la magnitud del déficit y especialmente del retraso del sector público de salud, hacen prever que deberán hacerse todavía allí profundas reformas respecto a la forma de financiamiento, gestión y uso de los recursos.

De alguna manera puede decirse que durante este primer gobierno de la Concertación se incrementaron los recursos para los sectores de salud y educación de manera bastante indiscriminada, expandiéndose el gasto en todos los ítemes y hacia todos los sectores. Como puede verse en el cuadro 5, los recursos de educación y salud llegan a prácticamente todos los estratos de la población y a estratos que pueden eventualmente aportar ingresos.

Hacia adelante, es previsible que se inicie un proceso de búsqueda de incremento de focalización del gasto de gobierno y de generación de mecanismos de cofinanciamiento privado. Este proceso ya se inició en el caso de educación al final del gobierno se dictó una ley que permite a los padres y a los empresarios aportar recursos a la educación subvencionada por el Estado, con el objetivo de mejorar la calidad de este servicio.

En estos sectores además se plantea el desafío de resolver demandas y aspiraciones de dos gremios largamente postergados, como son los trabajadores de la salud y los de la educación. Pero ello debe hacerse considerando que ya fueron ampliamente beneficiados con reajustes salariales y otras medidas de normativa laboral, y que hay otros grupos aún más necesitados que no tienen capacidad de presión.

En el ámbito de la vivienda y el urbanismo, los logros fueron importantes, en base a un incremento del 42.9% del presupuesto, se duplicaron los niveles históricos de construcción habitacional, elevándose a 100 mil la construcción anual. Ello permitió reducir el déficit habitacional.

Adicionalmente, el gobierno realizó un enorme esfuerzo por entregar parques y plazas en áreas pobres, pavimentar calles y aceras en poblaciones, y extender las redes de agua potable y alcantarillado. En ésta área persisten aún enormes déficits que son el resultado de décadas de desinversión, ya que la construcción de viviendas no contó con ninguna regulación ni reglamentación estatal respecto de estos temas.

Pero el auge de la construcción tanto pública como privada ha mostrado además una situación ya compleja en varias importantes ciudades del país, revelándose la insuficiencia de políticas y planes de regulación del uso de suelos, de regulación del transporte, etc. En esta área surgen evidentes problemas de coordinación interministerial y a su vez de coordinación entre el nivel central y el municipal.

#### 4. Impacto de la política económico-social sobre la situación social entre 1990 y 1993

El balance de la acción social en el período 1990-1993 es positivo, tanto en términos de la magnitud y calidad del esfuerzo desplegado, como de los resultados obtenidos.

Efectivamente se logró compatibilizar crecimiento con equidad, alcanzando una tasa media de crecimiento del PGB superior al 6% anual y una expansión del gasto social por habitante del 32% entre 1989 y 1993 en términos reales.

Ello se consiguió, simultáneamente a la reducción a la tercera parte de la tasa de inflación, con un superávit fiscal y un ahorro público cercano al 4% del PGB, con la más alta tasa de inversión (27.2% del PGB en 1993) que haya registrado el país.

El más importante resultado de la acción de gobierno durante este período se vincula al cumplimiento de la meta de avanzar en la reducción de la pobreza. Tan sólo entre 1990 y 1992 ésta se redujo de 40,1% a 32,7% y la indigencia cayó de 13,8% a 9,0%. Ello significó que salieron de la pobreza en este período más de 800 mil personas, de las cuales 590.500 eran indigentes. Lo anterior proyectado a los cuatro años de gobierno significa que eventualmente la pobreza se ha reducido en un millón de personas.

La conjunción de un alto crecimiento económico y de acuerdos de concertación política y social tendientes conseguir una mayor equidad, significaron que la superación de la pobreza se avanzó a un ritmo superior al de los años precedentes. Mientras entre 1987 y 1990, la pobreza se redujo en un 0.26% por cada punto de crecimiento del producto, entre 1990 y 1992 disminuyó en un 0.94%.

Lo anterior se explica por dos factores centrales, por un parte, el crecimiento económico generó un aumento de los empleos y de las remuneraciones, y por otra, el consenso social y político logrado en torno a la reforma tributaria y al reajuste del ingreso mínimo, permitieron un efectivo mejoramiento de la calidad de vida de los pobres.

En efecto, tanto la Reforma Tributaria lograda en 1990, se hizo en base a un acuerdo político, con el fin específico de incrementar el gasto social en todos los sectores sociales, así como los subsidios y pensiones, y el acuerdo Marco entre trabajadores, empresarios y Estado que se realizó con el fin de incrementar el ingreso mínimo, tuvieron una gran repercusión en la reducción de la pobreza y en el mejoramiento de la calidad de vida de los más pobres.

Cuadro 6

## EVOLUCION DE LA POBREZA EN CHILE

	1990	1992
	(Número de personas)	
<b>Indigentes</b>	1 790	1 199,9
<b>Pobres no indigentes</b>	3 412,6	3 169,7
<b>Total pobres</b>	5 203,0	4 369,7
	(porcentajes)	
<b>Indigentes</b>	13.8	9.0
<b>Pobres no indigentes</b>	26.3	23.7
<b>Total Pobres</b>	40.1	32.7

Fuente: MIDEPLAN, CASEN 1990 y 1992

Entre 1990 y 1992 se percibe un importante mejoramiento de los ingresos de los hogares más pobres. El ingreso de los hogares del 20% más pobre de la población sube en un 26.1% entre 1990 y 1992, en tanto que los ingresos del promedio de hogares del país se incrementan en ese período en un 17.8%.

Esta situación se explica básicamente por tres elementos: en primer lugar por un incremento de las remuneraciones generales y especialmente del ingreso mínimo, en segundo lugar, por una reducción de la tasa de desocupación nacional y de la de los grupos más pobres, y en tercer lugar, por un aumento de la tasa de participación de la población en la fuerza de trabajo.

Los ingresos del trabajo son los ingresos de los hogares que más se incrementan en el grupo más pobre de la población (30.3%), mientras para el promedio de los hogares aumentan en un 17.6%.

Ello resulta extremadamente relevante en la reducción de la pobreza, ya que los ingresos provenientes del trabajo representan aproximadamente el 77% del ingreso monetario de los hogares del primer quintil y el 83% de los del segundo. Los ingresos monetarios están constituidos además por otros ingresos tales como; pensiones, jubilaciones e ingresos de capital, asignaciones familiares, subsidios monetarios, etc.

Gran parte de esta alza puede explicarse por el reajuste del ingreso mínimo durante este período (21%), así como de las remuneraciones más bajas (12.1%), - superior al incremento de las remuneraciones medias- (MIDEPLAN, 1994).

Los otros dos factores determinantes en el corto plazo, son como lo señalamos, el aumento de la ocupación y de la tasa de participación. Aún cuando, la tasa de participación continúa siendo muy baja en los quintiles inferiores 43% v/s 63%, ésta se eleva en los hogares más pobres en un 0.9%. Este proceso se refleja con más claridad en el incremento porcentual del número de ocupados por hogar, que es de un 10.9% en el 20% más pobre y un 6.3% para el promedio de los hogares.

El fenómeno más relevante es el incremento de los ocupados en el quintil más pobre, ya que si bien el número de ocupados por hogar también es inferior al de los restantes quintiles, se incrementa relativamente más. El empleo crece en un 16.1% en el tramo más pobre y un 10.2% para el promedio de los hogares.

Por su parte, la tasa de desocupación se reduce en 8.7 puntos en los hogares más pobres y en 2.9 puntos en el promedio de los hogares.

Es en torno a la progresividad en la distribución personal del ingreso donde los avances en el período 1989-93 son menos significativos, ya que la diferencial de ingresos entre el I y V quintil es de 12.3 veces. Aún en 1992, el quintil más pobre de la población percibe el 4.6% del total de ingresos monetarios de los hogares, y el quintil de más altos ingresos el 55.0%.

Ello ocurre, aún cuando la distribución funcional del ingreso se hizo levemente más equitativa; las remuneraciones pasaron de representar un 36,7% del PGB en 1989 a un 37,9% en 1993.

Por otra parte, como ya se señaló, los ingresos del 20% más pobre de la población experimentaron un incremento mayor que el promedio nacional. Sin embargo, su baja participación en el ingreso total determina que a pesar de este esfuerzo, la distribución personal del ingreso no cambie significativamente. El quintil inferior aumentó marginalmente su participación en el ingreso total de los hogares de 3.8% a 4.1% si se consideran los ingresos monetarios autónomos (que excluyen los subsidios monetarios del Estado).

En el plano de la equidad persiste el desafío de mejorar sustancialmente la distribución de ingresos que se presenta aún muy inequitativa en el país.

#### IV. REFLEXIONES FINALES: UNIVERSALIDAD VERSUS FOCALIZACION? 16/

En Chile se ha desarrollado una vasta discusión acerca del sentido y el carácter que debe tener la política social, constituyendo este país un *ejemplo* en la aplicación de modelos aparentemente reñidos y más aún, de visiones ideológicas contrapuestas.

A nuestro juicio, las diferencias de concepción obedecen básicamente al momento histórico por el cual ha atravesado el país. Lo anterior, si bien parece evidente, no siempre es apreciado. De hecho, en numerosos casos se ha intentado extrapolar alguna *receta* de la experiencia chilena para aplicarla en otros países.

La intervención del Estado, trascendental y profunda en cuanto agente generador del desarrollo social, ha sido releída por los sectores más liberales, como *perversa*, especialmente en el ámbito de la producción y propiedad de empresas, pero también como irresponsable y dispendiosa en lo que concierne al gasto social. En consecuencia, es importante revisar la evolución del rol del Estado en el ámbito social, para verificar cuál es el aporte de las distintas etapas de política en el crecimiento y modernización del Chile de hoy.

El crecimiento estable y el éxito del modelo exportador de la economía se fundan no sólo en el correcto funcionamiento de las reglas del mercado, sino también, de manera muy fundamental, en la existencia a partir de la década del sesenta, de un capital humano acumulado producto de la inversión social realizada en el pasado.

En el país existía mano de obra capacitada para el trabajo y apta para incorporarse al desarrollo exportador, debido en gran parte, al cumplimiento de niveles mínimos de acceso a la salud, a la educación, y a la infraestructura sanitaria. Todos estos antecedentes hicieron de este país una nación relativamente homogénea.

Estos elementos llevan a concluir que las políticas sociales entendidas como universales jugaron un rol clave en el desarrollo nacional, y que actualmente éstas deben entroncarse con políticas focalizadas.

El proceso de generación de programas sociales en Chile estuvo vinculado estrechamente a los requerimientos de desarrollo humano que el país necesitaba. La superación de etapas ha estado marcada por diferencias en los objetivos y funciones de la política social, cobertura y especialmente, en el rol asignado al Estado en la producción, distribución y financiamiento de los programas.

Tomando en consideración estos tres elementos -objetivo, cobertura y rol del Estado hemos elaborado una tipología que distingue cuatro períodos de la política social. 17/

---

16/ Esta sección se ha realizado tomando como principal referencia los capítulos I y III del documento de trabajo publicado por UNICEF en julio de 1994, " Propuesta de Tipología de las Políticas Sociales", elaborados por Mariana Schkolnik.

17/ Durante el siglo pasado, y a principios del presente, el Estado tomó una serie de medidas para solucionar problemas de graves epidemias o enfrentar y dar ayuda caritativa a los más necesitados, en casos de crisis económica (por ejemplo, la crisis del salitre). En esta etapa también

La primera, denominada preuniversal, abarca el período comprendido entre la década del veinte y la del cincuenta en la que el país vivió una primera etapa de institucionalización de programas sociales dirigidos básicamente a la protección del trabajo.

La segunda, de políticas universales, se extiende desde la década del cincuenta hasta 1973, en que el esfuerzo estuvo centrado en universalizar el acceso a la política social ampliando los servicios al conjunto de la población. Esta etapa corresponde a lo que se conoce como "welfare state".

La tercera, entre 1973 y 1990, se caracteriza por la retirada del Estado y el intento por concentrar los recursos destinados a fines sociales en los más pobres, donde el énfasis se puso en la focalización del gasto, y reformar la institucionalidad social (véase Cuadro 7). Este proceso ocurre en un contexto de reestructuración económica y de aplicación de serveras políticas de ajuste estructural.

Cuadro 7

CONCEPCIONES DE POLITICA SOCIAL: ¿VISIONES CONTRAPUESTAS O ETAPAS NECESARIAS?

Tipo de política según grupo objetivo	Rol del Estado	Objetivo	Tipo de programa
<u>Pre-universales</u>	Financia Produce Provee	Protección al trabajo	Previsión Seguridad Social
<u>Universales</u> Toda la población	Financia Produce Provee	SNB 1º Crea demanda 2º Aumenta cobertura	Salud Educación Vivienda Infraestructura
<u>Focalizadas</u> Extrema pobreza	Asigna técnica con instrumentos de clasificación socio-económica	SNB más pobres (Asegurar subsistencia)  * Existe oferta pero no llega a bolsones	* Subsidios monetarios  * Programas especiales de empleo
<u>Privatización</u> Altos ingresos <u>Municipalización</u>	No produce Subsidia oferta o demanda	Mercado regulador del acceso	* Salud * Educación * Vivienda

la sociedad civil, a través de diversas organizaciones de caridad, así como de los propios obreros, jugó un papel central en el apoyo a la sobrevivencia. Esta es una etapa de beneficencia pública y se extiende hasta 1920.

Por último, identificamos el actual de retorno a la democracia, como una etapa de políticas sociales integradoras de las alternativas anteriormente vistas como contrapuestas (véase Cuadro 8).

Los procesos antes descritos corresponden, a nuestro modo de ver a etapas necesarias, en las cuales el estado jugó en un primer momento un papel importante en la generación de la oferta y de la demanda por servicios sociales, o dicho de otro modo en la creación de conciencia al conjunto de la población acerca de la necesidad de consumir salud, educación, agua potable, etc. Este primer momento correspondió al de la ampliación de la cobertura, un segundo momento se da necesariamente, cuando existiendo coberturas aceptables, el tema que empieza a surgir es el del mejoramiento de la calidad de los servicios, lo que lleva a la propuesta de reformas institucionales, búsqueda de financiamientos compartidos y focalización del gasto.

Por estas razones, creemos que no es posible proponer la alternativa de la focalización como una panacea para países que todavía no han pasado por una etapa de desarrollo de políticas sociales universales y logro de coberturas aceptables, y donde la población no tiene aún pautas de consumo y hábitos que les permitan satisfacer adecuadamente las necesidades más básicas de nutrición, salud o educación.

La implementación en Chile de una concepción de política social universal, permitió invertir en el desarrollo de la población, generando el capital humano que el país requería para su crecimiento. Esa inversión fue producto de presiones sociales, por lo que no siempre llegó a los más postergados; pero formó parte de una concepción fundada en la idea de que el crecimiento dependía de la educación de los pueblos.

La etapa siguiente, caracterizada en buena medida por la focalización, se basaba en el diagnóstico de que el creciente gasto fiscal generaba graves desequilibrios macroeconómicos, y que un gasto alto no era sinónimo de eficiencia. Pero esta focalización se realizó con posterioridad a la etapa universal, existiendo un cierto nivel de desarrollo social. A modo de ejemplo, se focalizó la entrega de leche, luego que durante décadas ésta se entregó gratuitamente a todos los niños del país, y cuando ya existía una conciencia y hábito generalizado acerca de la importancia de su consumo en el desarrollo de las personas.

En la etapa actual, se ha considerado necesario complementar los dos tipos de políticas que hemos reseñado. Tomando en cuenta que las políticas sociales universales son aquéllas que deben generar una inversión permanente en las personas. En este caso, el Estado debe asegurar el acceso a los bienes y servicios básicos a todos quienes no tienen acceso por el mercado. 18/ De hecho, en Chile el 90% de los niños de educación básica asiste a establecimientos educacionales subvencionados por el Estado, el 70% de la población pertenece al sistema público de salud y la inmensa mayoría de los jubilados están en el sistema previsional estatal.

La concepción que hay detrás de ello es que, para que el país pueda seguir creciendo y desarrollándose debe mantenerse una proporción del producto destinada a la inversión en capital físico (reposición de infraestructura), de la misma manera como debe mantenerse una proporción del

---

18/ Asegurar el acceso no significa necesariamente producir o financiar cada una de estas funciones puede ser compartida entre distintos agentes económicos.

Cuadro 8

## COMBINACION DE LA POLITICA SOCIAL PARA EL CRECIMIENTO SOSTENIDO Y LA REDUCCION DE LA POBREZA

Tipo de políticas según grupo objetivo	Rol del Estado	Objetivo	Tipo de programa
<u>Universales</u> Todos los que están en el sistema público	Se separa: Financiamiento Producción Provisión  Central: Diseño de políticas	<u>Inversión</u> 1ª Mantener inversión en capital humano 2ª Mejorar la calidad de vida Temas: Flexibilidad Calidad	* Prevención * Salud * Educación * Vivienda * Infraestructura * Medio ambiente * Cultura/recreación * Justicia * Investigación Científica - Tecnológica
<u>Focalizadas</u> * Extrema pobreza	Uso de mecanismos técnicos de asignación  Nivel de decisión y ejecución: Local	<u>Asistencial</u> 1ª Contracíclico 2ª Distributivo y complementar ingreso 3ª SNB más pobres	* Subsidios monetarios * Programas asistenciales * Alimentación
<u>Selectivas</u> * Niños en circunstancias difíciles * Jóvenes * Mujeres pobres * Adultos mayores * Localidades pobres	Participación: Sector privado ONG Estado Municipio	<u>Igualdad de oportunidades</u> 1ª Asegurar universalidad 2ª Ayudar a integrar al desarrollo 3ª Readecuación y reconversión productiva	* Fondos de Solidaridad * Programas de capacitación * Pequeña empresa * Programas específicos para grupos

Fuente: Schkolnik, M. (1993).



producto destinada a la inversión en las personas. 19/ Ello debe asegurar niveles adecuados de salud, compatibles con niveles educacionales y condiciones de vida (habitat, entorno urbano, equipamiento e infraestructura sanitaria), transporte y otros.

Este concepto de inversión social en las personas, se ha hecho cada vez más frecuente en la literatura económica actual, ya que una diversa gama de estudios han demostrado para distintos países del mundo, que aquellos que presentan un mejor desempeño económico, son independientemente de todas las otras características, aquellos que más han invertido en recursos humanos (véase entre otros, Robert Solow, 1993).

El objetivo de mantener la inversión en las personas se relaciona en el Chile de hoy, por consiguiente, con políticas de prevención y provisión. Programas nacionales de prevención de enfermedades (cólera y SIDA), y políticas educativas, así como de provisión (no ya necesariamente producción) de la salud, educación e infraestructura social.

En la medida en que un país ya ha avanzado, asegurando los niveles mínimos de satisfacción de necesidades básicas, se hace posible continuar en la búsqueda de una mejor calidad de vida 20/ y equidad en los niveles existentes entre los distintos grupos socio-económicos.

Un segundo tipo de políticas y programas que debe seguir llevándose a cabo (Cuadro 8) son aquéllas que están destinadas a tener un efecto distributivo inmediato, de mejoramiento de los ingresos de las familias que tienen problemas para asegurar su subsistencia, o que enfrentan problemas coyunturales o cíclicos. El objetivo final de estas políticas es asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de hogares en situación de extrema pobreza, las que deben estar perfectamente **focalizadas**. Hacia ello apuntan la entrega de subsidios monetarios, pensiones asistenciales, programas especiales de empleo, entre otros.

Dentro de este conjunto de programas es posible distinguir también políticas y programas dirigidos a grupos específicos (vulnerables), no necesariamente de extrema pobreza, como los subsidios asistenciales. Estos programas, también son focalizados pero no según ingreso, están destinados a ayudar a estos grupos a incorporarse al desarrollo, por lo que se sitúan dentro de un contexto de generación de igualdad de oportunidades para todos.

---

19/ Preferimos utilizar este concepto en lugar de capital humano, ya que éste último tiene una fuerte connotación de interés puramente individual, así como de esfuerzo puramente individual. El concepto de inversión en las personas supone un proceso social, del conjunto de la sociedad *para* el conjunto de la sociedad. Ello incluye un esfuerzo privado y público, así como un beneficio privado y público.

20/ En el caso de Chile resulta violento el hecho de que se han realizado enormes esfuerzos por asegurar el acceso de los niños a la salud, mejorando los servicios de atención y coberturas, pero a la vez la contaminación ambiental de Santiago genera una enorme cantidad de enfermedades respiratorias ante las cuales el sistema de salud tiene dificultades para responder. Algo similar ocurre con los accidentes de tránsito (segunda causa de muerte), cuya prevención es posible.

El gobierno de la Concertación definió con mucha claridad determinados grupos de la población que requerían de programas específicos para salir del círculo de la pobreza: mujeres jefas de hogar, jóvenes de escasos recursos, y adultos mayores. Pero, es necesario avanzar todavía mucho más en la definición regional y comunal de esas necesidades, así como en la asignación de recursos y generación de programas sociales específicos, que hemos denominado programas **selectivos** (véase Cuadro 8).

La justificación de este tipo de programas es que existen determinados grupos sociales que por sus características estéreas, de género, raciales o por su ubicación geográfica, requieren de un apoyo específico del Estado para incorporarse al proceso de crecimiento económico, o incluso para poder acceder a la salud, a la educación o al trabajo. Es necesario generar un mecanismo adicional para que los grupos especialmente vulnerables accedan a los programas universales o no los abandonen (por ejemplo, beca de retención de estudiantes de educación media) o para que cuenten con las condiciones y calificaciones necesarias para incorporarse al mercado de trabajo.

A medida que las políticas se van haciendo selectivas puede -y debe- aumentar el nivel de descentralización en su diseño, financiamiento, producción y provisión. Su producción puede ser pública, privada o estar a cargo de ONGs. El diseño de los programas universales proviene normalmente del gobierno central, en tanto las políticas selectivas abren un amplio espacio de trabajo, diseño, ejecución y gestión a nivel local y municipal. Además, estas políticas deberían ser extremadamente flexibles y de rápida reorientación y no generar una "clientela" fija, sino que responder a distintos sectores y grupos cada vez.

Las políticas universales jugaron una importante función en el mejoramiento de las oportunidades. Estas políticas estuvieron dirigidas a todos los niños, especialmente en el caso de las políticas de salud y educación, donde se han alcanzado elevadas coberturas. Ello a pesar de que las desigualdades familiares y de entorno económico social siguieron subsistiendo, y, finalmente, la calidad de los servicios para los pobres fue diferenciándose de aquéllos para ricos.

El desafío de la política social es que ésta se piense y diseñe de manera integrada con la política económica de modo de que la política social no tenga una función puramente asistencial, sino que sea funcional al crecimiento económico y al mejoramiento de la calidad de vida.

Para ello creemos que, como lo demuestra la experiencia chilena, se requiere que se den simultáneamente dos tipos de políticas sociales complementarias: las políticas universales que deben asegurar el acceso de toda la población a los bienes y servicios sociales básicos, y las selectivas (o focalizadas) cuya población objetivo debe ser predeterminada ya sea por ser de extrema pobreza o por ser una población especialmente vulnerable.

### Bibliografía

- Anríquez, María Teresa (1993), "La atención privada a la infancia en Chile", ponencia presentada en el seminario "El Estado y los niños mirando el tercer milenio", organizado por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Instituto Interamericano del Niño (IIN), agosto, Santiago de Chile.
- Arellano, José Pablo (1985), en Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984, CIEPLAN, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1983), "Las políticas sociales en Chile: Breve revisión histórica", en Apuntes CIEPLAN N° 40, CIEPLAN, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1981), "Gasto público social y pobreza en América Latina", ponencia presentada en el seminario "Políticas para alcanzar un nivel mínimo de bienestar", CEPAL, 2-6 noviembre, Santiago de Chile.
- Avendaño, Onofre (1975), en Desarrollo histórico de la planificación de la familia en Chile y en el mundo, APROFA, Santiago de Chile.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1991), Departamento de Desarrollo Económico y Social, Subgerencia de Estudios de Desarrollo, en Chile, Informe Socioeconómico, Washington.
- Bonnefoy, Josiane (1991), "El financiamiento de la salud municipalizada", en Hacia un cambio en materia social, Centro de Estudios del Desarrollo (CED), Santiago de Chile.
- Centro de Estudios de la Mujer (CEM) (1988), en Mundo de mujer: continuidad y cambio, Santiago de Chile.
- Centro de Estudios de Planificación Nacional (1974), en Bienestar y pobreza, Ediciones Nueva Universidad, Santiago de Chile.
- CEPAL (1993), "La pobreza en Chile en 1992", (LC/R.1351), Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1991), "Una estimación de la magnitud de la pobreza en Chile, 1990", (LC/R.1069), Santiago de Chile.
- CEPAL, ILPES y UNICEF (1982), Pobreza, necesidades básicas y desarrollo, Santiago de Chile.
- Cohen, Ernesto (1983), "Problemas sociales, políticas sociales y planificación social", en Revista Interamericana de Planificación XVII (68), Diciembre.
- Cornia, Giovanni Andrea, Richard Jolly y Frances Steward (1987), en Ajuste con rostro humano, Siglo Veintiuno y UNICEF, Madrid.

- Ffrench-Davis, Ricardo (1973), en Políticas económicas en Chile 1952-1970, Ediciones Nueva Universidad, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Foxley, Alejandro (1976), en Income Distribution in Latin America, Cambridge University Press.
- Franco, Rolando (1983), "Planificación social: problemas y perspectivas" en Revista Interamericana de Planificación XVII (68), Diciembre.
- Haindl, Erik, E. Budinick e Irrázabal (1989), "Gasto Social Efectivo", Universidad de Chile y ODEPLAN.
- Livingstone, Mario y Dagmar Raczynski (1976), (eds.), en Salud pública y bienestar social, CEPLAN, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Marcel, M. y J. Crispi, "Aspectos cuantitativos de la política social en Chile 1987-1993", (mimeo), Santiago de Chile.
- Mardones-Restat, Francisco (1984), "Beneficios de la seguridad social en el cuidado de la nutrición y salud de la madre y el niño en Chile", en Revista Chilena de Nutrición 12 (1) : 23-27.
- Mardones S., Francisco et al. (1986), "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el período 1937-1982", en Revista Chilena de Nutrición 14 (3) : 173-182.
- Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto (1993), en Gastos financiados con la Reforma Tributaria, DIPRES, Santiago de Chile, (mimeo).
- Ministerio de Planificación y Cooperación y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1993), en La impresión de las cifras. Niños, mujeres, jóvenes y adultos mayores, UNICEF, Santiago de Chile.
- MIDEPLAN (1991), "Integración al desarrollo: Informe Social 1990-1991", Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1992), "Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza. CASEN 1990", Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1993), "Programas sociales: su impacto en los hogares chilenos, CASEN 1990", Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1994), "Integración al desarrollo. Balance de la política social 1990-1993", Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (1991a), en Programa de salud materna y perinatal. Chile 1991, MINSAL, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1991b), en Programa de salud del niño y el adolescente, MINSAL, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1991c), en Programa de salud del adulto, MINSAL, Santiago de Chile.

- Molina, Sergio (1972), en El proceso de cambio en Chile. Experiencia 1965-1970, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Monckeberg, Fernando (1977), "Lucha contra la desnutrición del niño en Chile, 1952-1977", en Revista Médica de Chile 105 : 687-695.
- Mujica, Patricio y Osvaldo Larrañaga (1992), en Políticas sociales y distribución del ingreso en Chile, ILADES/Georgetown University, Santiago de Chile.
- Núñez, Iván (1988), en La descentralización y las reformas educacionales en Chile. 1940-1978, PIIE, Santiago de Chile.
- Pinto, Aníbal (1973), en Chile, un caso de desarrollo frustrado, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Programa de Economía del Trabajo (PET) (1992), en Series de Indicadores Económico Sociales: Series Anuales 1960-1991, Santiago de Chile.
- Programa de Empleo para América Latina (PREALC) (1988), en Deuda social. ¿Qué es, cuánto es, cómo se paga?, Santiago de Chile.
- Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE) (1984), en Las transformaciones educacionales bajo el régimen militar, Santiago de Chile.
- Raczynski, Dagmar (1991), en Heterogeneidad de la pobreza en Chile: 1987, CIEPLAN, Santiago de Chile.
- Rodríguez, Fernando (1976), "Estructura y características del sector salud", en Livingstone, Mario y Dagmar Raczynski, (eds.), en Salud pública y bienestar social, CEPLAN, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Romero, María Inés (1990), (ed.), en Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile, CPU, Santiago de Chile.
- Rosselot, Jorge y Francisco Mardones (1990), "Salud de la familia y paternidad responsable. La experiencia de Chile 1965-1988", en Revista Médica de Chile 118 : 330-338.
- Schkolnik, Mariana (1990), en Evolución de las políticas sociales 1920-1973, MIDEPLAN, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1993), en The distributive impact of fiscal and labour market policies: Chile 1990's reforms, Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Series 33, UNICEF, Florencia.
- \_\_\_\_\_ (1994a), "Desarrollo de las Políticas sociales en Chile", documento preparado para Políticas sociales en el cono sur, UNICEF, (en prensa).
- \_\_\_\_\_ (1994b), "Difusión social regional de la modalidad exportadora 1987-1992", CEPAL, Santiago de Chile, (mimeo).

- \_\_\_\_\_ (1994c), "Estudio de Incidencia Presupuestaria. El caso de Chile", CEPAL, Santiago de Chile, (mimeo).
- Schkolnik, M. y A. García (1994), "Superación de la Pobreza. Balance y Propuestas", documento de discusión elaborado para el proyecto "Las relaciones entre la Política Económica y Social y el Bienestar Infantil", CIEPLAN-UNICEF.
- Schkolnik, M. y J. Bonefoy (1994), "Propuesta de tipología de las políticas sociales.", documento de trabajo, mayo, UNICEF.
- Schkolnik, Mariana y Berta Teitelboim (1985), en La situación nutricional de la población chilena en la década del sesenta, PET, Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1988), en Pobreza y desempleo en poblaciones. La otra cara del modelo neoliberal, PET, Santiago de Chile.
- Sojo, Ana (1990), "Naturaleza y selectividad de la política social", en Revista de la CEPAL (41): 183-199, Santiago de Chile.
- Solow, R. (1993), "Crecimiento y Equidad", Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Stoten, Bryan (1983), "Planificación social en el Reino Unido", en Revista Interamericana de Planificación XVII (68), Diciembre.
- TASC (1991), Descentralización de las finanzas públicas, ILADES/Georgetown University, Santiago de Chile.
- Vergara, Pilar (1990), Políticas hacia la extrema pobreza en Chile. 1973-1988, FLACSO, Santiago de Chile.