

POLITICAS SOCIALES II: EL CASO CHILENO*

CRISTIAN AEDO**

Programa de Posgrado en Economía
ILADES/Georgetown University

OSVALDO LARRAÑAGA

Programa de Posgrado en Economía
ILADES/Georgetown University

Abstract:

This article characterizes the Chilean experience with the provision of social services. This is done for social programs in health care, education, monetary subsidies, and nutrition. The article provides a description of the institutional and financial aspects as well as an overall evaluation for each sector.

The study of the Chilean case is important in the context of social policy reforms which is emerging in Latin American countries. The importance stems from the fact that major issues that are being considered in the region—targeting, decentralization, private provision, cost recovery, and demand subsidies—were introduced in Chile more than a decade ago.

I. Introducción

Este trabajo ofrece una caracterización de la experiencia chilena en materia de políticas sociales. Para tal efecto se presentan los programas sociales que en materia de salud, educación, subsidios monetarios y nutrición presenta la experiencia chilena.

El estudio del caso chileno es importante para el proceso de reformas que a nivel latinoamericano está comenzando a gestarse en los sectores sociales. Ello, puesto que

* Este trabajo forma parte del estudio para Chile que los autores realizaron en el Proyecto de Red de Centros de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo en el tema: "Sistemas de Entrega de los Servicios Sociales: Un Marco para la Reforma".

** Los autores desean agradecer la valiosa cooperación prestada por Flavia Kunear, así como los comentarios recibidos por dos árbitros anónimos de *Revista de Análisis Económico*. Como corresponde, los autores son los únicos responsables por el contenido y conclusiones aquí expresadas.

los grandes temas en discusión—focalización, descentralización, provisión privada, recuperación de costos, subsidios a la demanda—forman parte de la experiencia chilena desde hace al menos una década.

Hasta fines de los 70 Chile presentaba un sistema tradicional respecto de la provisión de servicios sociales. En efecto, se trataba de un sistema altamente centralizado, donde el ministerio o institución pública respectiva monopolizaba la producción, financiamiento y provisión del servicio. Tales sistemas eran proclives al exceso de burocracia, la falta de iniciativas y a la falta de permeabilidad respecto de los demandantes, quienes no poseían alternativas de elección. A pesar de lo anterior, Chile se caracterizaba por un nivel de desarrollo social avanzado para los estándares de América Latina, producto de una larga tradición donde confluía la preocupación por lo social, un buen nivel de recursos humanos y un sistema de participación política.

Hacia 1980 se produjo una profunda reforma en el sistema de entrega de los servicios sociales. Esta introduce elementos de descentralización, focalización, participación de los beneficiarios y de integración entre los distintos programas. Este proceso complementa los grandes cambios estructurales introducidos en el ámbito macroeconómico y de operación de mercados que se implementaron desde mediados de los años 70.

El sistema de salud público fue descentralizado. La atención de salud primaria fue remitida a centros de atención ambulatoria dependientes, en su gran mayoría, de las municipalidades. La atención cerrada quedó a cargo de establecimientos hospitalarios administrados por servicios de salud regionales autónomos. Los cotizantes del sistema público podrían también acudir a oferentes privados a través de un sistema de libre elección. Se creó un organismo (FONASA) para canalizar los recursos financieros del sistema y se introdujeron mecanismos de asignación de recursos en base a prestaciones otorgadas—FAPEM (municipalidades) y FAP (servicios de salud)—que buscaban elevar la eficiencia del sistema. Además se permitió la creación de seguros de salud a través de instituciones de salud previsional privadas (ISAPRE).

El sistema de educación pública experimentó grandes cambios. Como principal medida de descentralización se traspasaron los establecimientos básicos, prebásicos y medios a las respectivas municipalidades. Además, se permitió a agentes privados proveer educación con financiamiento público. A este efecto, se introdujo un sistema de subvención por alumno matriculado para financiar las escuelas municipales y privadas subvencionadas, con el objetivo de lograr mayor calidad y eficiencia educativa a través de la competencia de las escuelas por atraer alumnos. Por otra parte, el financiamiento fiscal a la educación superior cambió desde un sistema de aportes directos de libre disponibilidad y basado en criterios históricos hacia un sistema mixto donde las universidades recibirían un aporte mixto, público y privado, más vinculado al uso de insumos y generación de productos.

En el caso de los programas asistenciales y alimenticios se introdujeron mecanismos de focalización y de integración a otros programas sociales. Así, los programas asistenciales (subsidios monetarios) fueron focalizados a través de la introducción de fichas de caracterización socioeconómica (CAS) del hogar. Además, se encargó a las municipalidades la administración de estos programas, considerando que su cercanía a los beneficiarios incidiría en una mayor eficiencia. Por otra parte, los programas alimenticios fueron integrados a redes que buscaban su complementación con programas de control de salud y de asistencia escolar.

Es preciso destacar que la implementación de las reformas se realizó en el contexto de un régimen político de excepción, donde los gremios de profesores y trabajadores de

la salud estaban debilitados o eran inoperativos, y donde las municipalidades dependían políticamente del gobierno central. Sin embargo, también se hizo uso de mecanismos de incentivos económicos para realizar estos cambios. Así, los profesores obtenían una indemnización si se traspasaban del *status* de funcionario público a trabajador municipal, quedando sujetos a la legislación laboral del sector privado. Las municipalidades que aceptaban con mayor premura la administración de las escuelas públicas recibían también un incentivo económico. Por otra parte, las ISAPRE captaaron a los beneficiarios de altos ingresos del sistema público, quienes encontraban allí beneficios más acordes con el monto de sus cotizaciones.¹

Las ciudades reformas habían sido recién introducidas cuando se desencadenó la crisis de la deuda externa. La historia económica del país en los años 80 quedó determinada por la crisis y subsiguientes políticas de estabilización y ajuste. En particular, el ajuste fiscal tuvo un fuerte impacto sobre los sectores sociales y distorsionó el desarrollo de las reformas. Ello genera un problema de identificación que complica la adecuada evaluación de las reformas introducidas. También limita la evaluación comprensiva de las reformas la falta de antecedentes respecto del funcionamiento del sistema anterior, lo cual es en sí un reflejo de sus debilidades. En todo caso es difícil encontrar, incluso entre aquellos más críticos al actual sistema, proposiciones de retorno al sistema anterior. Así, a pesar de todas sus dificultades e insuficiencias, el proceso de reforma tiende a ser mejor evaluado que la situación precedente.

A modo de resumen, el Cuadro 1 presenta las principales características de los programas sociales tratados en el estudio. Estos programas representan durante 1992 un 73,4% del gasto social en Chile, excluyendo el pago de pensiones. El 26,6% restante corresponde al gasto en programas de vivienda y otros diversos.

Para efectos de comparabilidad internacional se presenta el Gráfico 1. El eje horizontal presenta la diferencia entre la fracción del PIB destinado a gasto social público en educación y salud versus el nivel esperado para el respectivo PIB per cápita de acuerdo a un análisis de regresión.² El eje vertical presenta un ejercicio similar para la esperanza de vida, un indicador social que resume logros en el conjunto de programas sociales: salud, nutrición, saneamiento ambiental, educación, etc.

Así, de acuerdo al procedimiento señalado, Chile presenta un nivel de gasto social relativo al PIB ligeramente inferior al que correspondería según el grado de desarrollo de la economía, mientras que la eficacia del gasto, medido a través de la esperanza de vida, estaría por encima de lo esperado para un país de similar grado de desarrollo. De esta manera, el país tendría una buena evaluación internacional en términos de la eficiencia y eficacia agregada de la política social. Obviamente, este es sólo un punto de partida para el análisis más detallado que provee el artículo.

En cualquier caso, la extensión del tema obliga a la selectividad en las materias tratadas. Al respecto, se ha optado por un análisis actualizado, de tipo fotográfica, de los programas sociales. La investigación, por tanto, no considerará otras temáticas de interés como son la implementación y economía política de las reformas o el efecto de la crisis de los años 80 sobre los sectores sociales.

El documento se estructura en cinco secciones, incluyendo esta introducción. Las secciones segunda a cuarta presentan los sectores de educación, salud, y subsidios monetarios y programas alimenticios, respectivamente. En la sección quinta se presenta un resumen general del artículo.

RESUMEN DE PROGRAMAS SOCIALES (1992)

CUADRO 1

Programas sociales	Cobertura (mitas)	% gasto social (1)	Beneficio per cápita	Focalización (2)	Mecanismo focalización	Tipo subsidio	Cobro usuario	Proveedor/ administ. (3)
Salud:								
Atención de salud	9.147,0	28,5	35.258,0 (4)	52,2	Autoselec.	Oferta	Si	G, M
Educación:								
Prebásica	208,4	3,0	165.087,3	56,4	Autoselec.	Vouchers	No	P, M
Básica	1.884,8	16,4	98.589,1	62,6	Autoselec.	Vouchers	No	P, M
Media	559,7	5,6	114.113,2	50,2	Autoselec.	Vouchers	No	P, M
Superior	134,9	7,2	403.676,4	21,0	No hay	Mixto	Si	P, G
Nutrición:								
PNAC	854,0	2,5	39.395,4	68,9	Autoselec. Ind. socioec.	Oferta	No	M
Subsidios monetarios:								
PAIS	300,0	4,1	156.327,0	72,9	Ficha CAS	Demanda	—	M
SUF	840,5	1,3	17.644,0	83,8	Ficha CAS Ingresor	Demanda	—	M
A. familiar		1,8		51,3				G

Notas: (1) Excluye gasto en pensiones.

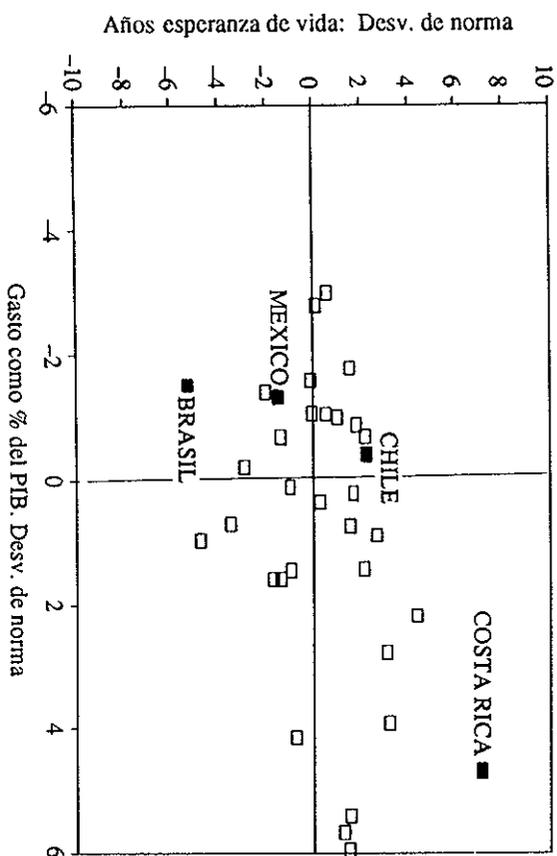
(2) % del gasto al 40% más pobre según cifras de 1990.

(3) P. privado; G. gubernamental; M. municipal.

(4) Beneficio esperado.

GRAFICO 1

EFICACIA DE LA POLITICA SOCIAL



II. El sector de educación

A. El sector de educación en Chile

Actualmente la educación en Chile es provista a través de un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en la producción y el financiamiento de la actividad. La educación financiada por el sector público tiene carácter descentralizado y opera con productores privados y municipales. El Ministerio de Educación cumple una labor de supervisión y coordinación, además de diseñar las políticas generales en el área.

El sistema de educación cuenta de cuatro niveles: prebásico, básico, medio y superior. La asistencia al nivel prebásico es voluntaria para niños entre 2 y 5 años. La educación básica dura 8 años y es obligatoria. La educación media, de carácter voluntario, posee una variante científico-humanística (4 años) y una técnico-profesional (5 años). Por otra parte, la educación superior se compone de una variada gama de instituciones y alternativas.

La mayor parte de los recursos del sistema de educación no superior se concentran en el nivel básico. Este representaba en 1992 un 68,2% de la matrícula y un 55,6% de los profesores. El nivel de educación media absorbía el 22,6% de la matrícula y 35% de los profesores. Los respectivos porcentajes para el nivel preescolar eran 8,1% y 6,6%. La razón alumnos/profesor se situaba en 29,7 tanto para la educación básica y prebásica y en 15,7 para el nivel de educación media.

La educación no superior es provista por tres tipos de establecimientos: particulares pagados, particulares subvencionados y municipales. Los establecimientos particulares pagados pertenecen a personas o sociedades privadas y se financian con el cobro de matrícula. En cambio, los establecimientos privados subvencionados y los establecimientos municipales son, por lo general, gratuitos y se financian fundamentalmente a partir de aportes fiscales.

Hacia 1992 el sector municipalizado concentraba alrededor del 58% de la matrícula, 60% de los profesores y 64% de los establecimientos. Le seguía en importancia el sector subvencionado con alrededor del 32% de la matrícula, 26% de los profesores y 27% de las escuelas. La educación particular es, por tanto, el segmento de menor tamaño relativo.³

La educación superior está conformada por universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica. Sólo las universidades pueden conferir un grado académico, requerido en el caso de carreras de mayor prestigio y larga duración (5 años o más). Los institutos profesionales dictan carreras que no requieran un grado académico y que duran entre 4 ó 5 años. Los centros de formación técnica ofrecen carreras de corta duración (2 a 3 años).

Las universidades se dividen en dos grandes grupos. Por una parte, está el conjunto de instituciones que recibe apoyo financiero del Estado, conformado por las universidades más antiguas y de mayor prestigio académico (denominadas tradicionales) y por las sedes regionales escindidas de las universidades tradicionales (denominadas universidades derivadas). Por otra parte, están las universidades creadas después de 1981, que en esencia no reciben apoyo fiscal y que dictan por lo general carreras de bajo costo, contratan personal de jornada parcial y se financian con el cobro de matrícula.

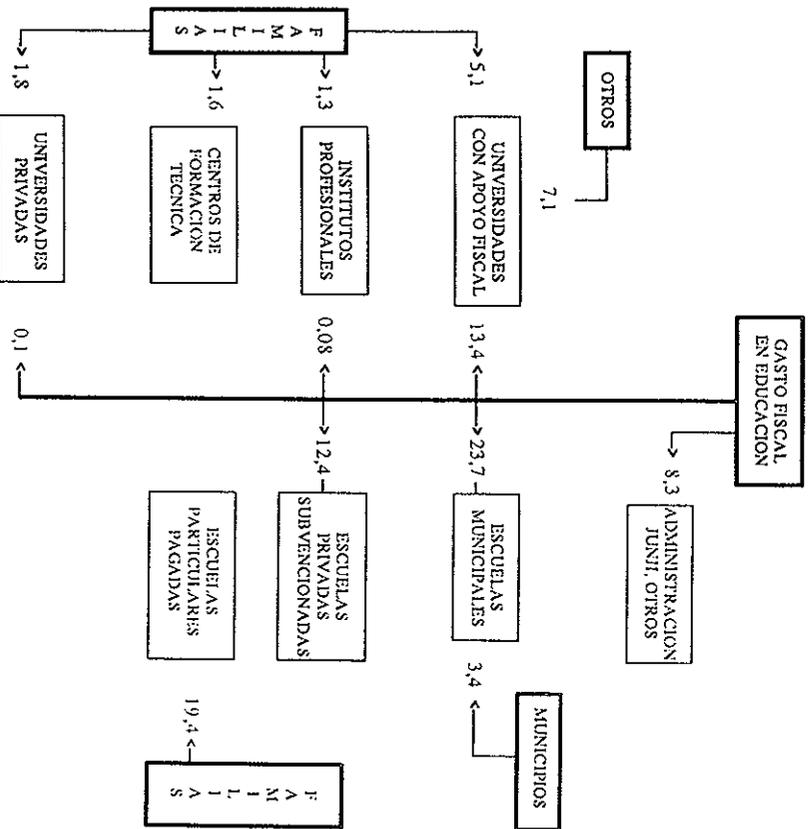
Hacia 1992 existía un total de 67 universidades con una matrícula de 168.292 alumnos. Las universidades tradicionales eran 8, las derivadas 15 y las restantes 44 correspondían a la nueva clase de universidades particulares. Estas, sin embargo, repre-

sentaban sólo el 20% de la matrícula universitaria. Por otra parte, en 1992 existían 76 institutos profesionales, con una matrícula de alrededor de 43.203 alumnos y 131 centros de formación técnica con 73.904 estudiantes.

El Diagrama 1 presenta los flujos de recursos del sistema de educación para el año 1992. El gasto fiscal representaba el 61,5% del gasto total, el pago total de matrícula ascendía a un 29,2%, y el 7,1% restante correspondía a otros ingresos.⁴

Un 23,7% del gasto en educación es aporte fiscal que se destina a financiar los establecimientos municipales y un 12,4% es aporte fiscal para las escuelas privadas subvencionadas. La educación particular pagada recibía alrededor de un 19,4% del gasto en la forma de pago de matrícula.

DIAGRAMA 1

FLUJOS DE RECURSOS EN EL SECTOR EDUCACION
(Porcentajes)

Fuente: Ver Anexo.

Respecto de la educación superior, las universidades tradicionales y derivadas reciben un aporte fiscal equivalente al 13,4% del gasto en educación. A ello se adiciona un 1,1% que el Estado entrega a los estudiantes como crédito para financiar las matrículas. El resto de las instituciones de educación superior reciben una fracción mínima del aporte fiscal.

La matrícula que pagan los estudiantes representa una importante fuente de financiamiento de la educación superior. A nivel de universidades tradicionales y derivadas, los ingresos por matrícula equivalen a un 5,1% del gasto total en educación (19,9% del presupuesto de estas instituciones); para los institutos profesionales el ingreso por matrícula equivale a un 1,3% del gasto total (90% de su presupuesto); para las universidades particulares representa el 1,8% del gasto total (90% del presupuesto) y para los centros de formación técnica equivale a un 1,6% del gasto total (100% del presupuesto). Además, las universidades tradicionales y derivadas reciben el equivalente de 7,1% del gasto en educación (27,7% de su presupuesto) por venta de servicios, donaciones, etc.

La asignación de recursos públicos a los establecimientos de educación no superior se realiza a través de la subvención o subsidio por estudiante. Esta debe cubrir todos los gastos corrientes de las escuelas: remuneraciones de los profesores, los materiales educativos, el mantenimiento de los edificios y demás gastos corrientes. El propósito de este mecanismo es promover la competencia entre las escuelas para atraer y retener alumnos, puesto que sus ingresos dependen del número de alumnos que asisten. La competencia, a su vez, incidiría en una mayor eficiencia y calidad de los servicios educacionales.

El aporte fiscal hacia la educación superior se canaliza a través de una serie de mecanismos. Entre estos destacan un aporte directo otorgado sin contraprestación y en base a criterios históricos (51% del total en 1992); aportes del tipo concursable según calidad de los alumnos y proyectos de investigación y desarrollo (30,5%), y diversos aportes para los estudiantes en la forma de créditos, becas y otros (18,5%).

La cobertura de educación básica—definida como el porcentaje de niños entre 6 y 13 años que asisten a escuelas básicas—es alta y relativamente homogénea para los distintos estratos de ingreso (ver Cuadro 2). La cobertura de la educación media—sobre los jóvenes entre 14 y 18 años—es de alrededor del 80% y presenta una relativa

CUADRO 2

COBERTURA EDUCACIONAL POR NIVEL DE INGRESO, 1990
(Porcentaje)

Educación	Quintil de ingreso per cápita familiar					Total
	I	II	III	IV	V	
Prebásica	17,0	17,8	21,4	24,4	33,6	21,0
Básica	95,6	96,2	97,4	98,2	98,2	96,7
Media	71,4	79,6	77,8	86,1	96,2	80,2
Superior	7,7	8,5	11,2	18,9	36,3	15,6

Fuente: CASEN 1990. Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza. MIDEP/IAN (1992), Santiago, Chile.

dispersión acorde con el nivel de ingreso familiar. Tal rasgo se acentúa en la educación superior, donde la cobertura es alrededor del 16% para los jóvenes entre 19 y 24 años, la que varía significativamente según el nivel de ingreso de las familias.

El Cuadro 3 presenta la incidencia distributiva del gasto fiscal en educación. A nivel de enseñanza preescolar, básica y media las cifras de incidencia reflejan, por una parte, la naturaleza universal de los programas de educación y, por otra, el proceso de autoselección de las familias de mayores recursos que, de preferencia, envían a sus hijos a establecimientos particulares pagados de mayor calidad y costo. Las cifras también están influidas por la mayor cantidad de niños que poseen las familias de menores ingresos. Por otra parte, el gasto en educación superior es claramente regresivo debido a la composición socioeconómica de los estudiantes universitarios. A este respecto, el Cuadro 3 presenta sólo la distribución del crédito estudiantil. Sin embargo, la presencia de subsidios a la docencia universitaria en el aporte fiscal favorece al conjunto de los estudiantes, cuya composición socioeconómica es marcadamente sesgada hacia los estratos altos (ver Cuadro 2). En todo caso, el mayor gasto relativo en educación básica y media, así como el hecho que parte del gasto en educación superior no es gasto social (financia investigación), redundan en una estructura progresiva del gasto social en el conjunto de programas de educación.

CUADRO 3

DISTRIBUCION DEL GASTO PUBLICO EN EDUCACION, 1990
(Porcentaje)

Quintil	I	II	III	IV	V	Total
Educación preescolar	27,6	28,8	20,3	13,6	9,7	100,0
Educación básica	35,7	26,9	18,1	12,6	6,7	100,0
Educación media C.-H.	23,5	24,1	21,0	18,1	13,3	100,0
Educación media T.-P.	25,8	29,7	22,8	15,9	5,8	100,0
Crédito universitario	22,8	15,8	21,8	19,9	19,7	100,0

Fuente: MIDEPLAN. *Programas sociales. Su impacto en los hogares chilenos* (1993). Santiago, Chile.

B. Evaluación general de la educación pública

La población chilena presenta un elevado nivel educacional según los estándares latinoamericanos. Hacia 1990 la tasa de analfabetismo era de 5,4% y el promedio de años de escolaridad de la población mayor de 15 era de 8,33 en el caso de los hombres y de 9,14 para las mujeres. La cobertura de la educación a nivel básico se considera prácticamente universal y a nivel medio es satisfactoria.

Sin embargo, existe un fuerte cuestionamiento sobre la calidad y los contenidos de la educación. Así, se plantea que la modernización de la educación es uno de los principales desafíos que debe resolver el país en el futuro.

La calidad de la educación básica y media financiada por el Estado es claramente deficiente. Los puntajes de las pruebas nacional de rendimiento tomadas a los alumnos de cuarto y octavo año básico, así como los relacionados con las pruebas de ingreso a la

universidad, muestran una gran brecha entre los establecimientos particulares pagados y aquellos con financiamiento fiscal.

En el Cuadro 4 se presentan algunas características promedio de la educación básica para los años 1990 y 1991. Tal como se puede apreciar, se observa una diferencia sustancial en los puntajes de las pruebas de matemática y castellano entre los distintos tipos de dependencia educacional.⁵ En 1990, en la prueba aplicada a los cuatro básicos, los puntajes matemática y castellano en las escuelas municipales bordearon los 56 puntos, en las privadas subvencionadas sobrepasaron los 60 y en las particulares pagadas bordearon los 80 puntos. Estas notorias diferencias se mantienen en 1991 (prueba aplicada a los octavos básicos), aun cuando el nivel promedio de rendimiento descendió sustancialmente en los tres tipos de escuela.

En cuanto a rendimiento escolar es posible observar diferencias en los porcentajes de aprobación y reproprobación entre los diferentes tipos de establecimientos educacionales. La tasa de aprobación en la enseñanza básica de las escuelas municipales alcanzó

CUADRO 4

CARACTERISTICAS PROMEDIO DE LA EDUCACION BASICA POR DEPENDENCIA DE LA ESCUELA AREA URBANA DE LA REGION METROPOLITANA, 1990 Y 1991

	E. municipales	E. P. subvencionadas	E. P. pagadas
SIMCE Castellano 1990	56,9 (8,2)	62,6 (10,2)	79,2 (5,8)
SIMCE Matemática 1990	55,3 (8,3)	61,0 (10,3)	78,6 (7,5)
SIMCE Castellano 1991	49,9 (7,5)	53,9 (10,0)	70,0 (9,9)
SIMCE Matemática 1991	44,9 (8,7)	48,3 (10,8)	68,7 (12,5)
Razón alumnos/profesor 1990	30,1 (7,3)	45,5 (20,1)	31,0 (15,2)
Tasa aprobación 1990	0,90 (0,05)	0,91 (0,07)	0,96 (0,03)
Tasa reproprobación 1990	0,07 (0,03)	0,06 (0,04)	0,02 (0,02)
Tasa de retención 1990	0,03 (0,03)	0,03 (0,04)	0,02 (0,02)

Fuente: Elaboración propia en base a información del MINEDUC.
Desviaciones estándares en paréntesis.

en 1990 un 90,2%, mientras que la de reprobación se situó en 7,3%. En el caso de las escuelas privadas subvencionadas, las tasas no varían sustancialmente respecto de las obtenidas por los colegios municipales; sin embargo, un test de igualdad de medias indica que sí existen diferencias estadísticas, por lo que es posible concluir que en este segundo tipo de escuelas el rendimiento es ligeramente superior. Las diferencias se agudizan en el caso de los colegios particulares pagados donde la aprobación en la educación básica alcanzó un 96,1%, con sólo un 2,2% de alumnos reprobados; la tasa de alumnos retirados en este último tipo de colegios es también bastante inferior al de las escuelas subvencionadas, alcanzando casi un 2% del total de la matrícula básica.

Al entender de especialistas, existen graves problemas de comprensión de los alumnos derivados de un sistema de enseñanza anacrónico y mecánico, disfuncional a las necesidades de los alumnos y a las características de la clase. A su vez, la formación de nuevos profesores mantiene estas características, formando un círculo vicioso difícil de romper.

Por otra parte, el contenido de la enseñanza media no aparece bien definido. La mayor parte de los jóvenes que asisten a enseñanza media reciben una formación de tipo general, diseñada como insumo para la educación universitaria, cuando en realidad la mayor parte de estos jóvenes no prosigue estudios superiores. Por otra parte, la educación técnico-profesional está dirigida a preparar a jóvenes para que se integren al mercado laboral. Estudios preliminares cuestionan, sin embargo, la eficacia de esta línea del sistema educativo.

En suma, y en palabras de un alto asesor del Ministerio de Educación, la estructura y contenidos de la educación media, fijados en 1967, se encuentran absolutamente obsoletos en relación al desarrollo del país.

Los intentos para mejorar la calidad de la educación en su componente básico están centrados en el proyecto MECE (Mejoramiento de la Calidad de la Educación). Este es un proyecto de US\$ 240 millones, con financiamiento del Banco Mundial, que intenta "elevar el piso" de la educación pública mediante refuerzos de infraestructura, textos, capacitación de profesores y similares. Además, intenta transformar a los profesores en agentes activos y creativos, a través de su participación en concursos de proyectos para el desarrollo de escuelas. Sin embargo, el MECE no considera incentivos económicos para los profesores. Esto puede ser un obstáculo importante dados los bajos niveles de los salarios docentes. Por otra parte, el proyecto inyecta recursos en forma transitoria al sistema. No se trata de flujos de recursos adicionales y permanentes.

El tema de la calidad de la educación está vinculado al tema de su financiamiento. El gasto público en educación es bajo, se mide por los salarios pagados a los profesores o en relación al gasto de la educación privada. Sin embargo, el gran tamaño del sector, que representa más del 90% de la matrícula básica y media, torna difícil cualquier mejora que provenga de aportes fiscales. La inquietud natural que surge apunta a la inexistencia de aportes directos de parte de los beneficiarios. Resulta evidente la ineficiencia de un sistema que por falta de recursos entrega un producto de mala calidad a personas que podrían estar dispuestas a pagar por obtener algo mejor. Al respecto, existen algunos intentos de modificar tal situación. En octubre de 1993 entró en vigencia un sistema de financiamiento compartido que incentiva los aportes de las familias. El destino de tal iniciativa no es claro y ya existe una iniciativa parlamentaria para derogarlo.

Tampoco ha habido de parte de las instancias correspondientes gran interés por difundir información, a nivel de establecimientos educacionales, sobre los resultados de las pruebas de rendimientos de educación básica o de las pruebas de acceso a la

universidad al término de la educación media. Ello se contradice con el funcionamiento de un sistema de subvención por alumno matriculado, que tiene su fundamento en la noción de competencia y que, por tanto, requiere que los padres cuenten con toda la información disponible para la toma de decisiones. La justificación para restringir la información es el evitar tensiones en materia de equidad del sistema educacional.

La cultura institucional del sector es muy celosa de las "intrusiones" de otras profesiones en materia de política educacional. Ello se contradice con la complejidad y externalidades del sistema educativo, que requieren del aporte de especialistas que trasciendan al ámbito de lo netamente pedagógico. Así, por ejemplo, la economía de la educación, un área bien establecida en los países desarrollados, prácticamente no tiene cabida en la política educacional en Chile.

En materia de educación superior hay dos áreas especialmente sensitivas. El problema del financiamiento público es un tema aún abierto. Los principales puntos en debate se relacionan con el nivel del aporte fiscal a la educación superior; el destinatario de tales aportes (investigación, estudiantes, etc.); los instrumentos a utilizar (aportes fijos o relacionados con logros), y la relación entre aporte fiscal y contención de costos. El otro tema importante es la regulación que el gobierno debe ejercer en el área por aspectos informacionales. Durante los últimos años ha habido un aumento importante en la oferta proveniente de nuevas instituciones, existiendo dudas razonables sobre la calidad de las carreras ofrecidas y la creación de excesos de oferta de ciertas profesiones.

III. El sector de salud

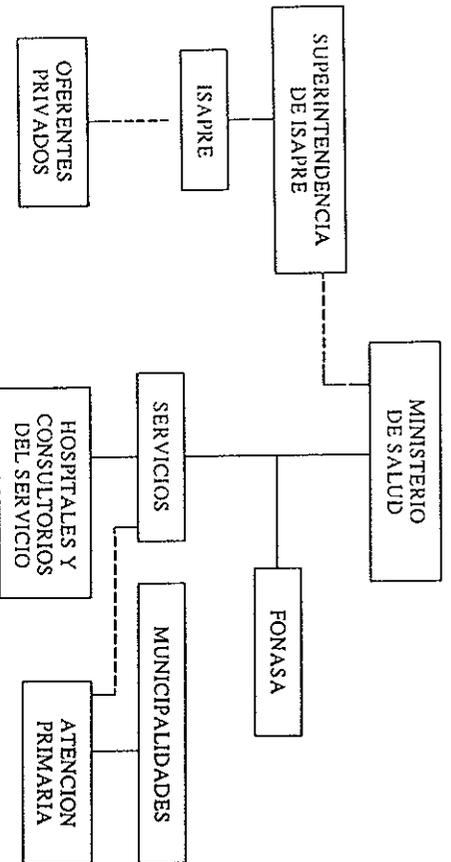
A. El sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, con participación del sector público y del sector privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud (ver Diagrama 2). El sistema de salud público es liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base del sistema de salud pública está conformada por 26 Servicios de Salud autónomos. De éstos depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad a cargo de las prestaciones de salud secundaria y terciaria; prestaciones médicas de especialidad, urgencia, odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización. Por otra parte, la atención de salud primaria está a cargo de los Centros de Atención Primaria, conformados por 329 consultorios y 996 postas. La gran mayoría de estos establecimientos son administrados por las municipalidades de las comunas respectivas. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar. La principal institución financiera del sector de salud pública es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (ISAPRE) y por productores de salud particulares. La Superintendencia de ISAPRE es un organismo público descentralizado que se responsabiliza del registro y fiscalización de estas instituciones.

DIAGRAMA 2

ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

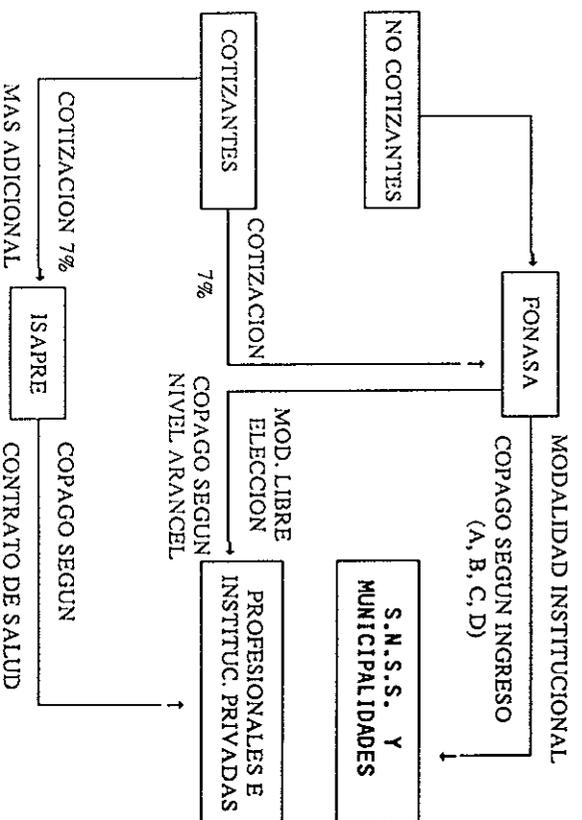


Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7% de sus ingresos al sistema de salud. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE requiere de una cotización mínima, la cual puede requerir una contribución superior al 7% del ingreso.

La estructura del sistema de seguros de salud y de prestaciones se ilustra en el Diagrama 3. Allí puede observarse que los cotizantes se adscriben al FONASA o ISAPRE. Por otra parte, los indigentes o no cotizantes forman parte del FONASA, pero están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos al FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: Institucional o libre elección. En la modalidad institucional acuden a la infraestructura de salud pública: hospitales o centros de atención primaria. La atención en hospitales requiere un copago que varía con el nivel de ingreso de la persona. La atención en los centros de atención primaria, por otra parte, no requiere de copago. Para tal efecto la población se divide en tres grupos. Están exentas del copago las personas cuyo ingreso sea inferior a un nivel mínimo y quienes estén adscritas a programas asistenciales del gobierno. La población restante paga un 25 ó 50% del costo de la prestación de acuerdo al nivel de ingreso. La modalidad de libre elección consiste en acudir a oferentes privados de salud, que estén adscritos a esta modalidad, y requiere un copago que depende del arancel cobrado por los oferentes (y no del nivel de ingreso de la persona). Los beneficiarios no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección. Por otra parte, las personas cotizantes de las ISAPRE acuden a oferentes de salud privado y realizan un copago dependiente del contrato adquirido. Este varía con el nivel de la cotización, el número de dependientes, la cobertura de los beneficios, etc.

DIAGRAMA 3

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD Y PRESTACIONES MEDICAS



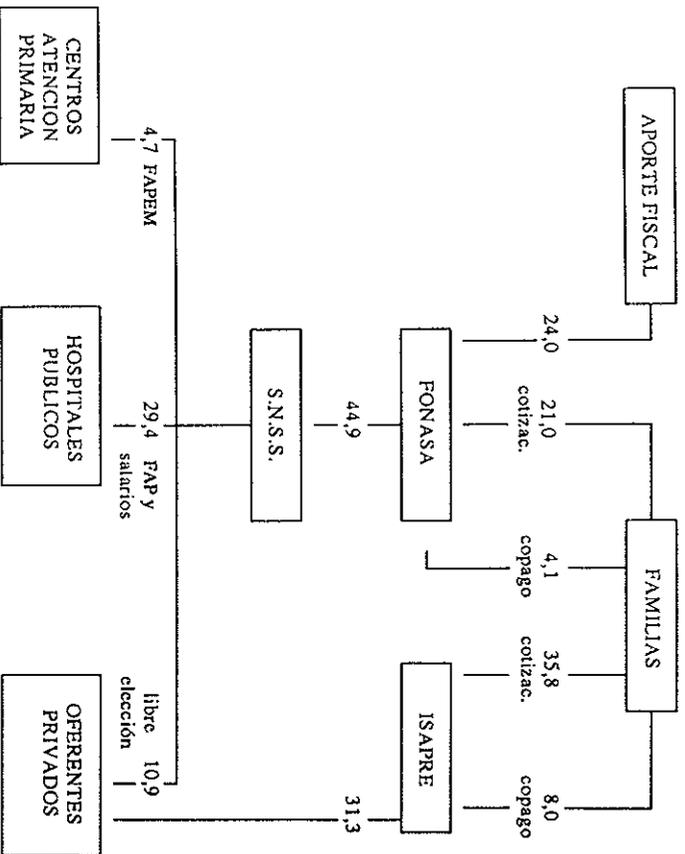
Fuente: Miranda, E. "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud". *Estudios Públicos*, Nº 39 (1990), Santiago, Chile.

El sistema público cuenta con el 49,1% del gasto total en salud (véase Diagrama 4). Sus principales fuentes de ingreso son las cotizaciones de los afiliados al FONASA (24,0% del gasto total) y el aporte fiscal proveniente de fondos generales (19,8% del total). El copago para acceder a la modalidad de libre elección y para las prestaciones institucionales es la tercera fuente de entrada al sistema público y equivale al 4,1% del gasto en salud (bonos). El FONASA recibe recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección por el equivalente del 44,9% del gasto total. La diferencia entre los ingresos del sistema y lo recibido por los Servicios de Salud tienen tres causas (no explícitas en el Diagrama): el gasto en inversión (6,5% del total), el gasto en subsidio maternal e incapacidad laboral (1,7%) y otros ingresos del sistema neto del programa PNAC (4,0%). A su vez, los Servicios de Salud traspasan los fondos a los hospitales públicos (29,4%) y a los centros de atención primaria (4,7%).

Por otra parte, las ISAPRE recibieron en 1990 el equivalente al 35,8% del gasto en salud en la forma de cotizaciones y un 8,0% como copago. Parte de estos recursos (7,8% del gasto total) quedaron en las ISAPRE en la forma de gastos de ventas y administración y de ganancias. Un 31,3% del gasto fue transferido a proveedores privados a través de las ISAPRE. El resto consistió en subsidios maternales y de incapacidad (7,8%) netos de aporte fiscal (2,9%).

DIAGRAMA 4

FLUJOS FINANCIEROS EN EL SECTOR SALUD (1992) (1)



Fuente: Ver Anexo.

Nota: (1) Excluye gasto privado extra-ISAPRES y gasto público en PNAC.

Los hospitales reciben su financiamiento a través de dos ítem principales: sueldos y salarios y FAP. Este último, sigla para "Facturación de Atenciones Prestadas", es el mecanismo utilizado para financiar la compra de insumos. Los centros de atención primaria reciben el total del aporte sectorial—para insumos y salarios— a través del mecanismo FAPEM (Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales). El aporte proveniente de las municipalidades se utiliza para complementar el aporte vía FAPEM.

Los sueldos y salarios pagados a alrededor de 60.000 empleados en los establecimientos hospitalarios están prefijados debido a la calidad de empleados públicos de los citados funcionarios, quienes se rigen por la Escala Única de Sueldos. Esta escala fija los salarios percibidos por los empleados públicos de acuerdo a título profesional, experiencia, lugar de trabajo, etc. Además, el número de empleados en los establecimientos hospitalarios está fijado por el Ministerio de Hacienda por fines de control del gasto público.

El FAP es un mecanismo de recuperación de costos basado en las atenciones prestadas. Cada prestación de salud, sobre un total de 2.200, tiene asociada un costo que incluye insumos y personal y que se denomina FAP bruto. Mensualmente, FONASA retorna a los Servicios de Salud el gasto estimado en bienes y servicios de acuerdo a las prestaciones otorgadas valoradas según el FAP neto (una fracción del bruto al descontar el gasto de personal).

El mecanismo FAP está sujeto a una serie de insuficiencias. El proceso de estimación de los costos de las prestaciones es antiguo y de dudosa confiabilidad. El factor de conversión de FAP bruto a neto, así como el ajuste del FAP nominal a la tasa de inflación, han sido utilizados arbitrariamente para ajustar el costo del sector a un presupuesto predeterminado. Un problema mayor con el sistema FAP se refiere al costo de las prestaciones de salud. Esto genera distorsiones en la asignación de recursos. Entre éstas destacan la sobreutilización de algunas prestaciones (con costo menor al costo FAP) y la subutilización de otras (en caso contrario).

El FAPEM es un mecanismo análogo al FAP, aplicado a nivel de los establecimientos de atención primaria administrados por las municipalidades. Sin embargo, ya en el segundo año de su puesta en marcha el FAPEM había superado los techos presupuestales disponibles. Por este motivo el FAPEM ha operado en la práctica en forma diferente a la diseñada originalmente. Así, el Ministerio de Salud parte determinando un monto anual para ser gastado en los centros de atención primaria municipalizados. Este fondo es asignado a nivel regional en proporción a la población beneficiaria. La autoridad regional (Intendente) asigna discretionalmente el fondo regional entre las diversas municipalidades (comunas) que, a su vez, lo asignan entre los establecimientos de atención primaria.

Con respecto a cobertura, en 1990 el sector público atendía alrededor del 70% de la población total (véase Cuadro 5). Dicho porcentaje supera el 80% para las familias pobres, pertenecientes a los dos quintiles de ingresos más bajos. Por otra parte, el sistema ISAPRE cubría un 15% de la población,⁵ con una marcada concentración en el quintil de ingresos superior. El grupo "particulares", alrededor del 12% de la población, representa a quienes se declaran fuera del sistema previsional. Sin embargo, parte de este grupo debe ser asociado al sistema público, puesto que, en caso de necesidad, terminan asistiendo a establecimientos públicos.

Los datos sobre cobertura y recursos financieros establecen que el gasto per cápita en el sistema público asciende a un 22% del gasto per cápita del sistema de ISAPRE. Esta cifra revela la segmentación del sistema de salud, cuyo componente público atiende preferentemente a personas de ingresos medios y bajos, mientras que el mercado de ISAPRE se orienta al segmento de ingresos altos. Las diferencias en el gasto per cápita sugieren, además, que los servicios prestados corresponden a calidades notoriamente distintas.

La incidencia distributiva del gasto en los programas de salud se presenta en la primera línea del Cuadro 6. Alrededor del 52% del gasto público en programas de salud se destina a familias pertenecientes al 40% más pobre de la población. Por otra parte, alrededor del 9% del gasto sería captado por familias del quintil de mayores ingresos. Las cifras reflejan la cobertura universal del sistema público sujeta a la autoexclusión de los sectores de altos ingresos. La segunda línea del Cuadro 6 presenta la distribución de los aportes al sistema. Este sigue una estructura progresiva, acorde con la dependencia que cotizaciones y copagos mantienen con el nivel de ingreso de las personas. La incidencia neta del gasto en salud se presenta en la última línea del Cuadro 6. De allí se desprende que los beneficiarios del sistema público de ingresos altos subsidian a aque-

llos de ingresos bajos. Este subsidio equivalía a US\$ 65,2 millones en 1990. Por otra parte, los beneficiarios de ingresos medios (quintil 4) recibían beneficios en monto similar al aporte realizado.

CUADRO 5

COBERTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD POR ESTRATO DE INGRESO, 1990
(Porcentaje)

Quintil ingreso	Sistema público	ISAPRE	Particulares	Otros	Total
1	84,5	2,5	10,3	2,6	100,0
2	80,5	5,4	11,1	3,0	100,0
3	71,3	11,1	13,7	3,9	100,0
4	58,6	22,3	13,4	5,7	100,0
5	37,2	44,0	12,7	6,1	100,0
Total (1)	68,7 (8.746)	15,1 (1.922)	12,1 (1.543)	4,1 (515)	100,0 (12.909)

Fuente: MIDEP/AN. *Los Sistemas Previsionales de Salud* (1992).

Nota: (1) Entre paréntesis se indica la población total (en miles).

CUADRO 6

INCIDENCIA DISTRIBUTIVA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD EN 1990

	Quintil de ingreso				
	1	2	3	4	5
Incidencia del gasto (1)	27,5	24,7	22,1	16,9	8,8
(2)	128,1	115,4	103,0	79,0	41,1
Incidencia de aportes (1)	5,0	13,5	20,3	25,6	35,6
(2)	14,8	40,3	59,5	76,4	106,3
Incidencia neta (2)	113,3	75,1	43,5	2,6	(65,2)

Fuente: MIDEP/AN. *Programas sociales: Su impacto en los hogares chilenos* (1993), Santiago, Chile.

Notas: (1) Porcentaje.

(2) Millones de US\$.

B. *Evaluación del sistema público de salud*

El país presenta excelentes resultados a nivel de los indicadores clásicos. Los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida corresponden al de países desarrollados. Así, el sistema de salud ha mostrado una alta efectividad. Esta se deriva de una apropiada política de focalización que enfatiza la salud preventiva, de equipos humanos de buen nivel técnico y de una adecuada salud ambiental y nivel educacional de la población.

La orientación de la política de salud hacia la atención primaria de salud ha sido exitosa para enfrentar los problemas epidemiológicos donde predominan enfermedades contagiosas. Sin embargo, se han descuidado otros aspectos. Así, el sistema requiere de una mayor adaptación al nuevo perfil epidemiológico de la población, caracterizado por patologías crónicas no transmisibles.

Existe una significativa brecha entre el sistema privado y el sistema público de salud. La población de ingresos altos y medios-altos, adscrita al sistema privado, cuenta con acceso a tecnología moderna, cómoda, hotelera y atención expedita. En cambio, la mayoría de la población accede al sector público, donde enfrenta una deteriorada infraestructura, largas colas de espera y un trato, en general, inadecuado. Las insuficiencias del sistema público, en particular las derivadas del deterioro de la infraestructura hospitalaria y remuneraciones del personal, se originan en la caída del aporte fiscal en la década de los 80.

El sistema de descentralización introducido hace más de una década no ha funcionado de la manera esperada. Los Servicios de Salud siguen en la práctica dependiendo del Ministerio de Salud, aun en aquellos aspectos que se les otorgó autonomía, y la asignación de recursos en el sistema se efectúa, en la práctica, de acuerdo a criterios históricos antes que en base a los criterios de logro y eficiencia buscados por la reforma de los años 80.

Hay tres razones principales detrás de las insuficiencias del experimento de descentralización de la salud pública en Chile. En primer lugar, existen rigideces laborales importantes que entraban una efectiva descentralización. El personal contratado en Servicios de Salud y hospitales está adscrito a la modalidad de funcionario público, lo que torna difícil efectuar ajustes en la política de salarios y contrataciones del sector. De esta manera, los administradores de servicios y hospitales ven seriamente limitado el manejo de incentivos económicos para incrementar la eficiencia y calidad del sector ni disponen, tampoco, de holgura para realizar los necesarios cambios del personal.

El sector de atención primaria a cargo de las municipalidades ha tenido mayor flexibilidad a este respecto debido a que quienes allí están empleados no poseen trato laboral diferenciado. Esta situación podría ser modificada si se aprueba un proyecto de ley —estatuto del trabajador de la salud municipal— que rigidizaría considerablemente este segmento laboral. Esta iniciativa responde a presiones sindicales y encuentra asidero en que entrega al trabajador estabilidad laboral en compensación por los bajos salarios imperantes.

En segundo lugar, los mecanismos de asignación de recursos FAP y FAPEM no han cumplido las funciones deseadas. El problema se origina en la tensión que se produce entre un presupuesto global restringido y mecanismos de devolución de costos que se basan en el número de prestaciones otorgadas. Claramente, no tiene por qué haber consistencia entre ambas variables. Las limitantes financieras del período hicieron del presupuesto la restricción relevante y así se perdió el sentido del FAP y

FAPEM. Sin embargo, el problema trasciende a la coyuntura financiera y se asocia, en última instancia, al tema de contención de costos.

En tercer lugar, la descentralización se hizo difícil por problemas de la gestión e insuficiente nivel de recursos humanos en el sistema de salud público. La administración de servicios y hospitales está fundamentalmente a cargo de personas no expertas en administración de recursos humanos o financieros. Lo que ha derivado en problemas de gestión y desarrollo institucional que ha recibido el calificativo de "dramáticos" en una reciente evaluación del sistema. Además, el nivel general del personal administrativo no es adecuado para que servicios y hospitales hagan un efectivo uso de la autonomía concedida por la reforma.

Respecto del nivel y estructura de recursos caben dos consideraciones principales. Primero, puede definirse como básicamente adecuada la estructura de ingresos del sistema de salud público. Como fuera descrito, ésta se basa en una mezcla de aportes fiscales, cotizaciones previsionales y cobros directos. Así, existe un aporte directo de los beneficiarios, que depende de su nivel de ingresos, y que adquiere la forma de un seguro de salud más un eventual copago al momento de la atención. Al respecto, sólo es necesario implementar con mayor seriedad el mecanismo del copago, lo que requiere una adecuada clasificación y fiscalización de los beneficiarios del sistema, ya que cualquier cálculo de consistencia que se realice entre el monto recaudado por concepto de recuperación de costos y la distribución de ingresos de los beneficiarios del sistema revela que la tasa de evasión del sistema es altísima. Segundo, el sistema requiere de mayores aportes financieros. La infraestructura, el uso de insumos y las remuneraciones del personal se encuentran deterioradas. Prueba de ello es el éxodo de personal capacitado al sector privado u otras alternativas laborales. Este fenómeno se ha intensificado con el desarrollo del sector ISAPRE y su competencia por los recursos humanos. Ahora bien, las deficiencias organizacionales del sector sugieren que, previo a la inyección de nuevos recursos, se introduzcan reformas que aseguren el buen uso de los mismos.

La equidad del sistema de salud pública puede ser evaluada en dos niveles. Comparado con el sistema privado de salud aparece la citada brecha en recursos y calidad que, para muchos críticos de las ISAPRE, es prueba de los males del sistema. Esta crítica se basa en el hecho que los actuales cotizantes de las ISAPRE eran antiguos cotizantes del FONASA, y contribuían así al financiamiento del sistema público a través de subsidios cruzados. Cuando estos grupos se trasladan a las ISAPRE se produce una caída de los ingresos del sistema público. Sin embargo, tal caída puede ser compensada a través de mayores aportes fiscales proveniente del sistema tributario. No es responsabilidad de los beneficiarios de la salud financiar las prestaciones de quienes tienen menores recursos.

Por otra parte, la equidad interna del sistema de salud pública tiene caracteres mixtos. En general, el grado de focalización apunta en la dirección correcta al subsidiar plenamente a quienes poseen menores recursos. Hay, sin embargo, dos elementos inquietantes. Primero, que los beneficiarios del sistema de salud público de ingresos altos subsistían a aquellos de ingreso bajo no es estable ni resulta adecuado desde una perspectiva de eficiencia. La presencia de subsidios cruzados introduce elementos de inequidad en el sistema, puesto que los beneficiarios de ingresos altos tienen un claro estímulo para migrar al sistema privado, donde pueden recibir más y mejores beneficios. Por lo demás, esta ha sido la característica del sistema de salud desde la creación de las ISAPRE en 1981. El traslado de personas de altos ingresos desde el sistema público al sistema privado ha contribuido al desfinanciamiento del primero, motivando medidas compensatorias como el incremento en la tasa de cotización desde un 4% a

comienzo de los 80 hasta el actual 7%. Ello ha sido criticado por quienes consideran que el sistema de salud debe ser solidario. Sin embargo, lo deseable es limitar al sistema tributario a la recaudación de recursos para fines redistributivos. En caso contrario, se tiende a provocar distorsiones innecesarias en la asignación de recursos del sistema de salud.

Por último, cabe señalar que se encuentra en proceso de estudio e implementación una serie de acciones dirigidas a superar las deficiencias descritas del sistema de salud pública. Entre estas iniciativas destaca un importante programa de inversión en infraestructura y modernización tecnológica; reformas destinadas a sustituir el sistema FAPTEM por un mecanismo prospectivo de pago por diagnóstico y el FAPTEM por un mecanismo prospectivo de pago per cápita; un estudio serio y comprensivo de los costos de las distintas prestaciones y diagnósticos, y una política de recursos humanos basada en la capacitación, el reajuste de remuneraciones y la profesionalización de cargos administrativos.

IV. Los subsidios monetarios y los programas alimenticios

A. Los subsidios monetarios

Los subsidios monetarios son los aportes en efectivo que el Estado otorga a las familias más pobres. Estos subsidios tienen, por lo general, una finalidad básicamente asistencial, cual es, proveer ingresos a los más necesitados e impedidos de trabajar. Entre los principales programas están la asignación familiar, la pensión asistencial y el subsidio único familiar.

La asignación familiar es un subsidio por carga familiar otorgado a todas las personas pertenecientes a algún régimen formal de previsión. Se percibe por los hijos menores de 18 años de edad (o de 24 si son solteros y están estudiando, y sin límite de edad si son inválidos), la cónyuge que no trabaja, la madre viuda, los niños huérfanos y los ascendientes mayores de 65 años de edad.

La asignación familiar es una importante transferencia monetaria que realiza el Estado. Sin embargo, su carácter universal lo torna en un subsidio caro y poco eficiente. Por tal motivo, la asignación familiar fue recientemente (1990) fraccionada en tramos según el nivel de ingreso de la persona, lo que ha permitido mejorar la focalización y eficiencia del subsidio.

El subsidio único familiar (SUF) tiene por objetivo beneficiar a la población de escasos recursos que no accede a los sistemas de previsión. Está dirigido a los padres o tutores de niños menores de 15 años y a la mujer embarazada de extrema pobreza. Así, el SUF puede entenderse como la asignación familiar para las personas pobres y excluidas del sistema formal de previsión.

El beneficio es otorgado por los municipios de acuerdo al resultado entregado por la ficha CAS-2. Este es un instrumento que permite identificar a la población en extrema pobreza y focalizar los programas asistenciales hacia los sectores más pobres. Además, para acceder a este subsidio se deben cumplir algunos requisitos. Así, los menores de seis años deben participar en los programas de control establecidos por el Ministerio de Salud y los mayores de seis años deben acreditar su condición de alumno regular en algún establecimiento educacional. El SUF tiene una duración de 3 años, renovables por un período similar, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos. Sin embargo, no todos los elegibles reciben el beneficio, puesto que existe un

límite al número de subsidios que se pueden otorgar. Según estimaciones, el SUF cubriría sólo el 52,1% de la población elegible.

Las pensiones asistenciales (PASIS) son una ayuda económica a los mayores de 65 años y a los inválidos mayores de 18 años de edad, que carezcan de previsión, y cuyos ingresos mensuales per cápita no excedan al 50% del valor de una pensión mínima. Al igual que el SUF, el proceso de inscripción y selección de beneficiarios se lleva a cabo en las municipalidades basado en el resultado de la ficha CAS-2. El beneficio del PASIS se extingue cuando el beneficiario fallece o cuando la pensión no es cobrada durante seis meses consecutivos. De acuerdo a las estimaciones disponibles, el PASIS cubriría sólo el 51,9% de los elegibles mayores de 65 años de edad. Ello debido a la existencia de techos en el número de PASIS que pueden otorgarse.

Entre los subsidios monetarios es importante mencionar la garantía estatal de pensión mínima del sistema de AFP. Esta fue establecida junto con el nuevo sistema de previsión social en 1980 aunque existía desde antes que se reformara este sistema previsional⁷ y consiste en que el Estado chileno garantiza a cualquier persona que satisfaga las condiciones para alcanzar un pensión de vejez, invalidez o sobrevivencia un nivel mínimo de pensión mensual.

Si bien en la actualidad el gasto fiscal por concepto de pensión mínima es reducido, esto se debe a que para garantizar dicha pensión se utiliza primero el fondo acumulado por el jubilado y recién cuando este fondo se agota el Estado entrega fondos por concepto de esta garantía. Por ello, se espera que el gasto fiscal vinculado a este subsidio crezca a través del tiempo, convirtiéndose en un problema de importancia.⁸ Wagner (1991) presenta —a través de una trayectoria simulada de la evolución de las obligaciones fiscales en materia de pensión mínima— estimaciones del gasto fiscal vinculado con este subsidio y estima que en 1987 equivaldría a un 4,1% del gasto efectuado en el programa de asignación familiar y a un 7,3% del de pensiones asistenciales. Sin embargo, manteniendo constante las condiciones del estado estacionario que él define en su trabajo, en el año 2030 el gasto fiscal correspondiente habrá aumentado seis veces, producto de un crecimiento importante de la población en edad de jubilación, que se proyecta en función del número de personas que se integran actualmente a la fuerza de trabajo.

Los subsidios monetarios están dirigidos preferentemente a los hogares más pobres de la población (Cuadro 7). Los hogares pobres —dos primeros quintiles— captaban en 1990 alrededor del 80% de los subsidios monetarios en el caso de los programas netamente asistenciales: PASIS y SUF.

Por otra parte, los subsidios monetarios representan una parte significativa de los ingresos de las familias más pobres (Cuadro 8). En 1990, los subsidios monetarios posibilitaban un incremento de 23% sobre el ingreso autónomo del decil más pobre. Para los deciles segundo y tercero, los respectivos incrementos eran de 7,9% y 5,3%. En cambio, los ciados subsidios representaban incrementos marginales sobre el ingreso de los deciles más ricos. Esto a causa de los mecanismos de focalización y del escaso monto de los beneficios.

B. Los programas alimenticios

En Chile la acción del Estado en materia de nutrición se centra en los grupos poblacionales clasificados como biológicamente vulnerables, es decir, con mayores requerimientos nutricionales y por lo tanto más expuestos a sufrir deficiencias en su

CUADRO 7

INCIDENCIA DISTRIBUTIVA DE LOS SUBSIDIOS MONETARIOS (1990) (Porcentaje)

	Cuintil					Total
	I	II	III	IV	V	
Asignación familiar	21,6	25,7	21,2	17,6	13,9	100,0
SUF	50,7	29,3	13,6	4,8	1,5	100,0
PASIS	45,5	22,2	19,4	10,0	2,9	100,0

Fuente: CASEN, 1990. *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*. MIDEPLAN (1992), Santiago, Chile.

CUADRO 8

SUBSIDIOS MONETARIOS COMO PORCENTAJE DEL INGRESO AUTÓNOMO (1990) (Porcentaje)

Decil de ingreso	Ingreso autónomo	Asignación familiar	PASIS	SUF	Otros subsidios	Total subsidios
1	100	5,8	7,0	4,9	5,4	23,0
2	100	5,0	1,3	1,4	0,2	7,9
3	100	3,3	0,9	0,8	0,4	5,3
4	100	2,4	0,4	0,5	0,3	3,4
5	100	1,8	0,4	0,2	0,1	2,6
6	100	1,3	0,3	0,2	0,1	1,8
7	100	1,0	0,2	0,1	0,0	1,3
8	100	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9
9	100	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5
10	100	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Total	100	0,9	0,2	0,2	0,2	1,4

Fuente: CASEN, 1990. *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*. MIDEPLAN (1992), Santiago, Chile.

consumo de calorías. Así, los programas con explícito contenido nutricional están focalizados hacia los menores de 6 años, las embarazadas, las nodrizas y los escolares de enseñanza básica. Actualmente, el gasto social alimentario está concentrado en dos programas: el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Escolar (PAE).

El PNAC ha operado durante más de 20 años. Su propósito es mejorar el nivel de salud de la población menor de 6 años y de las embarazadas. Un objetivo específico del programa es prevenir y recuperar la desnutrición infantil mediante la entrega de productos lácteos, arroz y sopa puré. El programa condiciona la obtención de los alimentos a

controles regulares de salud en los establecimientos de atención primaria del SNSS y municipalidades. Ello permite, entre otras cosas, vigilar el desarrollo del niño, prevenir enfermedades e implementar programas de inmunización y educación sanitaria. Su cobertura es universal, todo menor de 6 años, mujer embarazada y madre lactante, que cumplan con los controles de salud establecidos, pueden acceder al beneficio.

El PNAC está constituido por dos subprogramas: el básico, que se aplica a los menores, embarazadas y lactantes en situación nutricional normal, y el de refuerzo, cuyos beneficiarios son personas en riesgo biomédico. El aporte nutricional del PNAC, expresado en calorías y proteínas, decrece con la edad del niño. Los alimentos del programa básico cubren, en promedio, un 50% de las necesidades diarias de calorías y, un 170% de las proteínas durante el primer año de vida. La cobertura de calorías y proteínas disminuye a un 14% y 43% en el grupo de 1 a 2 años, y a un 10% y 33% para los preescolares.

La administración y financiamiento del PNAC se realiza en forma descentralizada, asignándose un presupuesto anual a cada servicio de salud sobre la base de la población objetivo. El Ministerio de Salud tiene un rol normativo, de supervisión y evaluación en el logro de los objetivos del programa. El PNAC representa alrededor del 10% del gasto público en salud. Los principales determinantes del gasto en el PNAC son el número y tipo de beneficiarios, las fluctuaciones en los precios de los productos distribuidos y las restricciones presupuestarias del Ministerio de Salud.

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) consiste en la entrega diaria de raciones alimenticias a escolares entre 6 y 14 años, que se encuentren cursando la educación básica en escuelas con financiamiento público. El programa fue creado en 1964. Su objetivo era disminuir los problemas de repitencia, deserción y ausentismo escolar y elevar el rendimiento del alumno. En su versión actual, el programa enfatiza los objetivos nutricional y educacionales. El PAE comprende tres tipos de programas alimenticios: ración de 700 calorías y 20 g de proteínas (33% de las recomendaciones de la FAO/OMS); ración de refuerzo de 1.000 calorías y 30 g de proteínas (40%); desayuno mejorado o merienda de 350 calorías para escolares del sector rural.

El programa es dirigido y financiado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), organismo dependiente del Ministerio de Educación. El presupuesto de la Junta representa, actualmente, alrededor del 8% del gasto del Ministerio. La totalidad del servicio de alimentación es contratado a concesionarios privados. Para tal efecto se realizan licitaciones cada tres años, seleccionándose las empresas que ofrecen mejores precios y mayor calidad.

Respecto a la focalización de los programas alimenticios, y a pesar de su cobertura universal, la entrega de alimentos del PNAC en los controles de salud de los centros de atención primaria contribuye a su focalización por autoselección. La cobertura del PNAC en 1990 era de alrededor de 90% y 85% para los quintiles primero y segundo, respectivamente (ver Cuadro 9).

Por otra parte, la focalización del PAE ha experimentado diversos cambios en el tiempo. En la actualidad la metodología de focalización se basa en modelos de predicción (logísticos) que seleccionan las variables asociadas con insuficiencias alimenticias. La asignación de raciones se lleva a cabo de acuerdo al siguiente procedimiento: las raciones de 1.000 calorías se orientan a las escuelas con mayores insuficiencias, mientras que, las escuelas con necesidades intermedias reciben raciones de 700 calorías. Al interior de cada escuela, es responsabilidad del profesor la distribución de los alimentos entre los alumnos. Por otra parte, las escuelas con bajas insuficiencias no recibieron ayuda.

CUADRO 9

INCIDENCIA DISTRIBUTIVA DE LOS PROGRAMAS ALIMENTICIOS EN 1990
(Porcentaje)

Quintil	I	II	III	IV	V	Total
PAE	52,4	27,3	13,2	5,3	1,8	100,0
PNAC	38,0	30,9	18,1	9,5	3,5	100,0

Fuente: MIDEP/PLAN. *Programas sociales: Su impacto en las hogares chilenos* (1993), Santiago, Chile.

C. Evaluación de los subsidios monetarios y programas alimenticios

La experiencia chilena con los subsidios monetarios ha sido relativamente exitosa. Así, el SUF y el PASIS son dos programas de naturaleza netamente asistencial, cuyo objetivo es canalizar recursos hacia los más necesitados e impedidos de trabajar por su edad o condición física. Además, estos subsidios están cuidadosamente focalizados a través del uso de la ficha CAS-2.

Debe notarse que, dado el escaso monto de los beneficiarios individuales, los subsidios representan sólo un complemento al ingreso familiar, en ningún caso tratan de sustituir tal ingreso. Por este motivo, no se producen problemas de desincentivos característicos a programas de asistencialidad que entregan beneficios más importantes al beneficiario. Por lo demás, no son sujetos de subsidio quienes están en condición de trabajar.

Por otra parte, el proceso de focalización que ha experimentado la asignación familiar la ha transformado en una efectiva ayuda para las familias de menores recursos adscritas a un régimen previsional. Ello, a costa de disminuir un beneficio marginal para las personas de mayores ingresos. Si el monto que recibe el quintil más rico fuese traspasado al quintil de menores ingresos, éste vería incrementar sus ingresos en casi 6%, en tanto que la pérdida para el quintil más rico sería de un 0,3% sobre sus ingresos. Este ejercicio ilustra la racionalidad de la focalización y, más importante, muestra la ineficiencia que aqueja a subsidios generales como controles de precios y semejantes.

Los programas alimenticios forman parte de la política nutricional que tuvo una gran eficacia en la disminución de la desnutrición infantil, objetivo alcanzado hace ya algún tiempo. Ello es particularmente atinante al PNAC, un programa con una finalidad nutricional más explícita que el PAE, cuyos objetivos priorizan la parte educacional. En todo caso, desde una perspectiva netamente nutricional cabe preguntarse si dichos programas han evolucionado de acuerdo al perfil nutricional del país. Al respecto, la última evaluación comprensiva del PNAC ocurrió en 1979; la próxima evaluación se realizará en 1993. Los resultados que se derivan de ese estudio serían claves para decidir el futuro del programa.

Un tema central en ambos programas alimenticios es su interrelación con otros programas sociales: los controles de salud en el caso del PNAC y la asistencia a clases para el PAE. Así, se ha observado que los controles de salud son altamente valorados por la población y que la demanda por alimentos del PNAC está más bien condicionada a los primeros. Así, la frecuencia de retiro de alimentos disminuye con la mayor edad

del niño y la consiguiente ampliación de intervalos entre los controles de salud. Por tal razón, existe la presunción que la razón entre beneficio (retiro de alimentos) y costos (tiempo de acceso) puede estar cayendo. Ello aconsejaría revisar la estructura y objetivos del programa.

Por otro lado, el PAE tiene como principal objetivo incentivar la asistencia a clases y proveer una mayor eficiencia en la entrega de material pedagógico. Al respecto, existen indicios de una sostenida complementariedad entre el PAE y la asistencia a clase. Sin embargo, no existen antecedentes sobre la eficacia del PAE referentes a los rendimientos de la educación.

En suma, ambos programas han cumplido una labor importante pero requieren ser constantemente evaluados para decidir su continuidad o implementar los cambios necesarios para su mejor rendimiento.

V. Resumen y Consideraciones Finales

La implementación de sistemas de medición, evaluación y control ha sido esencial para incrementar la eficiencia de la política social en Chile. Al respecto destacan la encuesta CASEN, que mide la incidencia distributiva de los programas sociales, y los mecanismos de acreditación socioeconómica vinculados a los subsidios monetarios y programas alimenticios (ficha CAS e índice socioeconómico del PAE). También ha resultado clave el adecuado diagnóstico de las necesidades que en materia de programas sociales requiere la población. Así, por ejemplo, los excelentes indicadores en el campo nutricional y de la salud materno-infantil son producto de políticas diseñadas eficientemente en base a un perfil de nutrición y de salud de la población. Ahora bien, la naturaleza cambiante de los citados perfiles obliga a su constante monitoreo y a la introducción de los cambios necesarios en las políticas sociales.

La experiencia de asociar programas sociales ha sido exitosa. Así, los programas alimenticios fueron integrados a redes que buscaban su complementación con programas de control de salud y de asistencia escolar, lo cual ha derivado en beneficiosos efectos complementarios en materia de los objetivos nutricionales, de salud y educación. Por otra parte, la adscripción a ciertos programas sociales ha sido utilizado en la focalización de otros programas.

Los programas sociales en materia de educación prebásica, básica y media, atención de salud cerrada y ambulatoria, y el programa de alimentación complementaria (PNAC), están definidos como universales, abiertos a toda la población. De esta manera, la cobertura de estos programas cubre a prácticamente toda la población que desea ser beneficiaria.

Sin embargo, existe consenso para evaluar como inadecuada la calidad de los servicios otorgados en materia de educación y salud. Al respecto confluyen factores diversos: tecnologías obsoletas, infraestructura depreciada, personal mal pagado y desmotivado, y, en general, insuficiencias en el diseño de los programas sociales que se identifican a lo largo de esta sección.

El tema de la calidad es complejo y requiere un tratamiento integral en su solución. Así, por ejemplo, mayores salarios sólo tendrán un efecto positivo si se acompañan de medidas que vinculen desempeño e ingresos y que flexibilicen las cláusulas de contrata y despido.

Los programas de subsidios monetarios están por lo general cuidadosamente focalizados a través de mecanismos de identificación socioeconómica y características

personales (edad, embarazo, insuficiencias físicas o mentales). Los programas nutricionales están focalizados según características personales. Además, en el caso del PNAC, existe una focalización por autoselección, mientras que el programa PAE utiliza un criterio de indicadores socioeconómicos.

El uso de mecanismos de focalización ha sido en general adecuado, derivando en programas muy eficientes en este respecto. Una excepción lo constituiría la asignación familiar, subsidio de tipo universal que resultaba caro e ineficiente al entregar recursos fiscales a sectores de ingresos altos que escasamente los valoraban. En los últimos años este subsidio se ha focalizado, revertiendo la citada ineficiencia.

Respecto de recuperación de costos, no debe confundirse la cobertura universal de los programas de educación y salud con la gradualidad en el acceso al servicio. Así, los programas de salud se financian en forma importante a través de aportes de los beneficiarios. Este aporte adquiere la forma de una cotización mensual más un copago al momento de acceder a la prestación. La citada estructura combina eficiencia, en el tratamiento de riesgos, con equidad, puesto que los pagos dependen del ingreso del beneficiario. Por otra parte, existe gradualidad en el caso de los programas de educación básica, media, y prebásica. Ello parece ineficiente en el marco de una educación pública caracterizada por baja calidad y escasez de aportes, a la cual acceden, además, familias que estarían dispuestas a pagar por un mejor servicio educativo. Por otra parte, la educación superior recibe aportes fiscales que, parcialmente, se destinan a subsidiar la docencia. Sin embargo, el cobro de matrícula representa una fracción sustancial del financiamiento de las universidades.

La descentralización en los programas de salud y educación ha operado más a nivel formal que real. Así, por ejemplo, en un período de diez años sólo un 18% de las escuelas ha optado por implementar cambios curriculares acorde con las características específicas de su población escolar, su medio geográfico u otros. El restante 82% de los establecimientos ha optado por seguir la pauta única y centralizada del Ministerio. Así, también, los servicios de salud siguen en la práctica dependiendo de la autoridad central en materias que la ley les confiere autonomía.

Hay razones comunes detrás de la falta de autonomía que presentan los productores de salud y educación. Entre éstas destaca la falta de preparación y/o motivación del personal para ejercer la autonomía. Ello se relaciona con la falta de estímulos claros que premien una mejor gestión de quienes laboran en los establecimientos educacionales o de salud. Además, los primeros 10 años de la experiencia de descentralización se realizó bajo un régimen fuertemente centralizado en materia de decisiones políticas. Ello, como es obvio, limitó el grado real de autonomía y de participación de la comunidad en los programas sociales.

El sector salud, específicamente, ha visto limitada su autonomía debido a rígidos financieros. Primero, la condición de empleados públicos de los funcionarios en los hospitales torna exógena la escala de salarios y el nivel de la planta. Segundo, los mecanismos de asignación de recursos para la compra de insumos dependen en la práctica de presupuestos macroeconómicamente determinados y de negociaciones entre la autoridad central y regional.

Los mecanismos de asignación de recursos en los sectores sociales han tenido resultados mixtos. La subvención educacional aparece como un instrumento simple, eficiente y de bajo costo administrativo, para transferir recursos fiscales a los establecimientos de educación no superior. Admite, eso sí, incrementos en su nivel y cambios secundarios en su estructura.

Sin embargo, la subvención ha sido limitada en su uso más interesante: servir como un subsidio a la demanda que incentive la competencia entre los productores de servicios educacionales. Al respecto, se ha restringido el acceso de los padres a los resultados de las pruebas de rendimientos escolares, que entregan información vital para la toma de decisiones educacionales. Ello ha obedecido a presiones del gremio de profesores—quienes ven amenazada su estabilidad laboral— y a aprensiones que intelectuales y funcionarios del sector poseen tanto sobre la capacidad de elección de los padres como sobre las implicancias de equidad del sistema de subvenciones educacionales.

La asignación de recursos fiscales a la educación superior se ha diversificado. Sin embargo, se sigue privilegiando el aporte directo, no sujeto a desempeño, lo cual tendría implicancias adversas en términos de la eficiencia de las instituciones del sector.

Los mecanismos de asignación de recursos en el área de salud, FAP y FAPEM, se desvirtuaron debido a su dependencia respecto a presupuestos globales predeterminados, a la obsolescencia de la estructura de costos de las prestaciones, y porque inducían a la sobrefacturación de las prestaciones. En todo caso, el diseño de estos mecanismos es altamente complejo debido a la diversidad de servicios prestados y a la propia naturaleza del mercado de la salud. En cualquier caso, el sector de salud ha operado con un sistema de subsidios a la oferta. Hospitales y centros de atención primaria reciben recursos sin importar la calidad de las prestaciones otorgadas. Ello se haría notar en la mala percepción que tiene el público respecto del sistema de salud. No se trata sólo de la escasez de recursos, también hay quejas sobre la atención y el trato recibido. Es así que en el conjunto de reformas en estudio figuran mecanismos que involucran a los demandantes en la asignación de recursos del sector.

En términos de provisión privada de servicios sociales hay dos experiencias que derivan lecciones de interés. Primero, la provisión de educación por oferentes privados financiados con recursos públicos ha sido una experiencia masiva y que ha derivado en obtención de estándares de calidad superiores—después de aislar el efecto de otras variables— al ofrecido por los establecimientos municipales. En este sentido, la provisión privada de servicios educacionales ha sido un aporte al sistema de educación públicamente financiado.

Segundo, en el ámbito de la salud la aparición de aseguradoras privadas (ISAPRE) provocó cambios de importancia en el entorno relevante del sistema de salud público. Allí se mostró que un sistema público solidario es inconsistente con un sistema privado que ofrece beneficios en proporción a los aportes de las personas. En efecto, la presencia de las ISAPRE provocó el éxodo masivo de personas de mayores ingresos del sistema público, donde subsidiaban a los beneficiarios de menores ingresos. Además, la presencia de alternativas motivó a que el personal médico y paramédico elevara sus expectativas de renta. De este modo, el sistema de salud público enfrenta el doble desafío de incrementar las rentas del personal en un contexto de pérdida de ingresos.

Anexo

Gasto en Educación

Los Flujos Financieros del Diagrama 1 para el Sector Educación se obtuvieron del Compendio de Información Estadística de 1992, MINEDUC y del Anuario Estadístico de 1992, Consejo de Rectores Universidades Chilenas.

El gasto total para dicho año fue de \$ 631,4 (MM), el cual corresponde al gasto total del sector público y privado, excluyendo el PAE.

El gasto privado, que representa un 36,3% del gasto total en educación, se estimó como sigue:

- (1) Para obtener el gasto total de las escuelas particulares pagadas, se supuso un arancel promedio mensual de \$ 50.000, el cual entrega la cifra 19,4% como porcentaje sobre el gasto total en educación. Si se considera un valor alternativo de \$ 40.000, el porcentaje de gasto de estas escuelas sería de 16,2%.
- (2) El arancel promedio para educación superior fue estimado a partir de información para 1990 del Ministerio de Educación, Dirección de Educación Superior. Al respecto, se supuso que la estructura de aranceles por tipo de institución y según aporte en 1990, seguía siendo válida para 1992.

Gasto en Salud

Los Flujos Financieros del Diagrama 4 para el Sector Salud se obtuvieron de las Estadísticas Macroeconómicas del Sistema de Salud Chileno, período 1980-1992, Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. El gasto total en salud fue de MM\$ 658,2, en moneda del mes de diciembre, excluyendo el programa PNAIC (MMS 28,6) que fue considerado en la sección sobre subsidios monetarios y alimenticios.

El Diagrama 4 no considera el copago asociado a la atención institucional del sistema público ni los aportes municipales a los Centros de Atención Primaria.

Notas

- 1 Las ISAPRE ofrecen beneficios en razón de los pagos recibidos. En cambio, el sistema público se caracteriza por subsidios cruzados. El uso de incentivos económicos también determinó la masiva transferencia de cotizantes desde el sistema previsional público a las nuevas instituciones privadas de administración de fondos previsionales (AFP).
- 2 Se utilizó una muestra de 43 países de ingresos medios con información disponible para 1990 proveniente del *World Development Report 1993*, The World Bank.
- 3 Los colegios privados presentan en 1990 una razón alumnos/profesor de 14,4 en comparación con 21,8 y 26,3 para los colegios municipales y particulares subvencionados respectivamente.
- 4 A ello se adiciona inversión por orden del 2,2% del gasto total. Ver Anexo para metodología y fuentes. Estas diferencias son estadísticamente significativas utilizando un test general de medias, el cual supone que las varianzas de las tres submuestras (correspondientes a cada tipo de establecimiento escolar) no son iguales. El estadístico para este test es:

$$t_{\text{est}} = \frac{X_1^P - X_2^P}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

donde X_1^P y S_1^2 denotan la media y la varianza de la variable X , en la submuestra j respectivamente. La hipótesis nula es que las medias son iguales. El test se distribuye t con n_0 grados de libertad, donde $n_0 = \min(n_1, n_2)$.

6 Para 1992 la cifra bordearía el 22%.

7 Esta reforma la convirtió en un derecho general al que puede acceder todo trabajador.

8 Se espera además que el incremento en la tasa de participación laboral de la mujer incrementa el gasto fiscal por concepto de este subsidio. Esto se debe a que la mujer jubila antes que el hombre y además, en promedio, la mujer tiene menores ingresos laborales.

Referencias Bibliográficas

- CASASSUS, J. (1989), "Decentralization and Decentralization of Educational Systems in Latin America: Foundations and Critical Aspects". Paper presentado al Interagency Meeting on Decentralization and Decentralization of Public Policy, Brazilia.
- CASTANEDA, T. (1991), *Para combatir la pobreza*, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.
- EDWARDS, V., J. ASSAEL y G. LOPEZ (1991), *Directores y maestros en la escuela municipalizada*, PHE, Santiago, Chile.
- ESPINOLA, V. (1991), *Descentralización del sistema escolar en Chile*, CIDE, Santiago, Chile.
- HAINDL, E., E. BUDINICH e I. IRARRAZAVAL (1989), *Gasto social efectivo*, ODEPLAN y Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- HENRIQUEZ, G. P. (1991), "El sistema de subvenciones vigente en Chile", versión preliminar, Santiago, Chile.
- HEVIA, R. (1990), *La política de descentralización de los sistemas de educación básica y media en América Latina*, UNESCO, Santiago, Chile.
- LATORRE, C.L., I. NUÑEZ, L.E. GONZALEZ, et al. (1991), *La municipalización de la educación: una mirada desde los administradores del sistema*, PHE, Santiago, Chile.
- LEVIN, H. M. (1991), "The Economic of Educational Choice", *Economic of Education Review*, Vol. 10, Nº 2, 137-158.
- MAGENZO, A., L. EGAÑA y C.L. LATORRE (1988), *La educación particular y los esquemas privatizantes en educación bajo un estado subsidiario, 1973-1987*, PHE, Santiago, Chile.
- VIDEPLAN (1991), *Propuesta de acción en alimentación y nutrición*, Santiago, Chile.
- (1992), *Población, educación, vivienda, salud, empleo y pobreza*, CASEN 1990, Santiago, Chile.
- (1991), "Un proceso de integración al desarrollo. Informe social 90/91", Santiago, Chile.
- (1992), *Impacto distributivo de los subsidios monetarios*, CASEN 1990, Santiago, Chile.
- (1991), "Evolución y distribución del gasto social en Chile", Santiago, Chile. Documento mimeografiado.
- (1991), "Problemática y proposiciones sobre subsidios monetarios SUP y PISIS", Santiago, Chile. Documento mimeografiado.
- (1992), *Avanzando en equidad. Un Proceso de integración al desarrollo: 1990-1992*, Santiago, Chile.
- (1993), *Programas sociales: Su impacto en los hogares chilenos* (en prensa), Santiago, Chile.
- MINISTERIO DE EDUCACION (1991), *Compendio información estadística 1990*, Santiago, Chile.
- MINISTERIO DE SALUD (1992), *Estudio de asignación de recursos financieros al interior del sistema público de salud*, Santiago, Chile.
- (1992), *Recuperación de costos*, Santiago, Chile.
- (1992), *Apoyo al desarrollo institucional del Ministerio de Salud y Servicios de Salud*, Santiago, Chile.
- MUJICA, P. y O. LARRAÑAGA (1992), "Distribución de ingresos y políticas sociales en Chile". ILADES-Georgetown, Santiago, Chile.
- PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACIONES EN EDUCACION (1991), "Las transformaciones educacionales bajo el régimen militar", Vol. I, PHE, Santiago, Chile.

- RACZINSKI, D. (1991), "La ficha CAS y la focalización de los programas sociales", Santiago, Chile. Documento mimeografiado.
- TORCHE, A. (1990), "Algunas reflexiones sobre la situación nutricional en Chile", *Cuadernos de Economía*, Nº 81, PHE, Santiago, Chile.
- (1990), "Elementos para una estrategia de ataque a la desnutrición", *Cuadernos de Economía*, Nº 81, PHE, Santiago, Chile.
- (1985), "Una Evaluación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)", *Cuadernos de Economía*, Nº 66, Santiago, Chile.
- VIAL, I. y R. CAMPI (1991), "Experiencias y dilemas en la focalización del Programa Nacional de Alimentación Complementaria", Instituto Libertad y Desarrollo, Santiago, Chile. Documento mimeografiado.
- WAGNER, G. (1991), "La Seguridad Social y el Programa de Pensión Mínima Garantizada", *Estudios de Economía*, 18 (1): 35-90, Santiago, Chile. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile.
- WINKLER, D. R. (1988), *Decentralization in Education: An Economic Perspective*, Washington, D.C., Estados Unidos.
- WORLD BANK (1991), *Staff Appraisal Report, Chile, Primary Education Improvement Project*, Washington, D.C., Estados Unidos.
- (1989), *Social Development Progress in Chile: Achievements and Challenges*, Washington, D.C., Estados Unidos.