

Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad

Carmelo MESA-LAGO*

Resumen. *A comienzos del decenio de los ochenta Chile fue pionero en América Latina en acometer reformas estructurales que privatizaron total o parcialmente los sistemas de pensiones y salud e inspiraron cambios similares en la mitad de la región y en otros países del mundo. Las reformas fueron implantadas sin diálogo social, redujeron la solidaridad y la equidad, y agudizaron la pobreza y la desigualdad. Los gobiernos democráticos han subsanado durante los últimos dieciocho años muchas fallas de diseño en las reformas originales de salud, pensiones y asistencia sociales. El autor analiza el progreso realizado, las inequidades sociales que persisten en cuanto a cobertura, género y financiamiento, y los retos pendientes.*

Cuando Chile retornó a la democracia en 1990, el país tenía el mejor desempeño económico y el mercado más libre de la región latinoamericana, pero había pagado el precio de un alto costo social durante los diecisiete años del régimen militar. Con las libertades político-civiles cercenadas, los trabajadores y la población de ingreso inferior sufrieron un empeoramiento de la pobreza y la desigualdad. El desempeño positivo en crecimiento y estabilidad fiscal, unido a las restricciones legales y políticas impuestas a la renaciente democracia, llevó a la Concertación (alianza formada por los dos partidos principales) a preservar el modelo anterior, a la vez que se hacían correcciones para aliviar la pobreza y mejorar los servicios sociales, pero sin disminuir sustancialmente la desigualdad (Mesa-Lago, 2002 y 2004).

* Catedrático distinguido emérito de Economía en la Universidad de Pittsburgo y Premio Internacional de Investigación sobre Trabajo Decente de la OIT, 2007. Dirección electrónica: cmesa@usa.net. El autor agradece los comentarios de Silvia Leiva Parra, economista de la Dirección de Presupuesto de Chile, y de Fabio Bertranou, experto en seguridad social en la oficina de la OIT en Santiago de Chile.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos sólo incumbe a sus autores, y su publicación en la *Revista Internacional del Trabajo* no significa que la OIT las suscriba.

La pobreza¹ aumentó del 17 al 57 por ciento de la población en 1970-1976, si bien bajó al 48 por ciento en 1980 y al 39 por ciento en 1990 (aún el doble que antes del golpe militar). La democracia ha logrado un descenso continuo de la incidencia de la pobreza, que se situaba en el 13,7 por ciento en 2006, proporción inferior a la de 1970 y que es ya la más baja de América Latina. En cuanto a la desigualdad, aunque antes de 1973 no hay cifras confiables del coeficiente de Gini (medición entre 0 y 1, en donde 0 corresponde a la igualdad absoluta y 1 a la desigualdad absoluta), las estimaciones de años posteriores indican que registró un incremento considerable durante el régimen militar; llegaba a 0,554 en 1990 y era todavía de 0,549 en 2006, cifra similar a la de otros siete países de la región mucho menos desarrollados (CEPAL, 1997-2007a)². El índice de desarrollo humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desde 1993 ordena a los países del mundo dando más peso a dos indicadores sociales (educación y salud) que a uno económico (PIB por habitante). Chile, que ocupaba el cuarto lugar de la región en 1992, estaba ya en el segundo en los años 2002-2005 (y en el cuadragésimo lugar entre 177 países), especialmente por el progreso del indicador económico, pero también por la mejoría de los sociales (PNUD, 1993-2007/2008).

La viabilidad del modelo chileno era alta, y para continuarla y mejorarla era necesario promover la equidad y la solidaridad y reducir la desigualdad con reformas en la salud y la previsión y asistencia sociales.

Dos preguntas sobre la solidaridad de los connacionales formuladas en la gran encuesta *Latinobarómetro* del año 2003 mostraron que los chilenos tenían el grado más alto de solidaridad de América Latina: el 77 por ciento (cuando el promedio regional era del 54 por ciento), pero la segunda predisposición más baja a sacrificar sus intereses personales por el bien del país: sólo un 51 por ciento (frente a un promedio regional del 61 por ciento). Los países que percibían la mayor solidaridad eran los que tenían las instituciones de política social y los programas más vigorosos de lucha contra la pobreza (CEPAL, 2007b).

En este artículo analizamos las inequidades sociales que existían en Chile y la mejoría lograda bajo la democracia gracias al diálogo social y a las reformas en los sistemas de salud y de previsión y asistencia sociales. Como Chile fue pionero de las reformas estructurales en la materia efectuadas a comienzos del decenio de 1980, el conocimiento de las correcciones a dicho modelo implementadas durante los últimos dieciocho años es importante para el resto de América Latina y para otros países en desarrollo. En la última parte del artículo identificamos los logros conseguidos y los retos que quedan para el futuro.

¹ La «línea nacional de pobreza» equivale en Chile al valor de dos canastas básicas de alimentos, es decir, unos 43.000 pesos al mes por persona en 2006 (alrededor de 80 dólares estadounidenses), y la «línea nacional de indigencia» consiste en el ingreso mínimo necesario para adquirir una canasta alimentaria al mes por persona.

² Los ingresos del quintil más rico de la población eran 13 veces superiores a los del quintil más pobre en 2006, pero el gasto social reducía este diferencial a 6,8 (Consejo, 2008, pág. 7).

Reformas en el sistema de salud

La reforma de salud del Gobierno de Augusto Pinochet, implantada en 1981 sin previa discusión pública, creó un sistema dual. El sector público se compone del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que presta servicios sanitarios del segundo y el tercer nivel, y las comunas (municipalidades) que proveen la atención primaria. Las fuerzas armadas poseen sus propios regímenes. El sector privado lo compone principalmente el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), formado por aseguradoras privadas que recaudan las cotizaciones y «copagos»³ de sus afiliados y que poseen sus propios servicios o los contratan con proveedores privados independientes y hospitales públicos. Este sistema no tuvo una entidad supervisora hasta los años noventa, pero cuando se restableció la democracia surgió un debate amplio que culminó en diversas reformas llevadas a cabo de 1991 a 2005 (véanse nuestros últimos trabajos al respecto, en los que se basa esta parte del artículo: Mesa-Lago, 2005 y 2008).

Teóricamente, toda la población tiene libertad de elección entre el sector público y el privado, pero, en la práctica, los grupos de ingreso medio-superior y alto son los afiliados a las ISAPRE porque pueden sufragar los «copagos», no se les excluye por alto riesgo y son esencialmente urbanos (no existe provisión privada en ciertas zonas rurales). De manera que las personas pobres o con ingreso insuficiente, alto riesgo y residentes en ciertas zonas rurales no pueden realmente elegir y se afilian al Fondo Nacional de Salud.

Inequidades en la cobertura y el acceso

La población cubierta por todos los seguros de salud cayó del 71 por ciento en 1973 al 62 por ciento en 1980, el año anterior a la reforma. La cobertura del Fondo Nacional de Salud bajó del 83 al 59 por ciento durante el período 1984-2006, pero luego aumentó al 70 por ciento; la de las ISAPRE saltó del 3 al 26 por ciento y luego disminuyó al 16 por ciento, mientras que la rúbrica «otros» (fuerzas armadas, seguros privados y no afiliados) se mantuvo en alrededor del 14 al 15 por ciento (FONASA, 2007). El 5,1 por ciento de la población no estaba afiliada en 2006, pero sólo el 0,5 por ciento era pobre y podía carecer de cobertura efectiva, y la gran mayoría de este estrato compraba seguros privados o servicios directos (basado en Encuesta CASEN, 2007).

Aunque la cobertura es casi universal, adolece de desigualdades notorias por ingreso, tipo de ocupación, región, etnia, acceso y género; las inequidades son más graves en el sistema privado que en el público y varias de ellas han sido corregidas o mitigadas por los gobiernos democráticos. El 92 por ciento de la población del quintil más pobre y el 89 por ciento de la perteneciente al segundo quintil socioeconómico estaban cubiertos por el Fondo Nacional en 2006, mientras que un 44 por ciento del quintil más rico pertenecía a las ISAPRE. La proporción de

³ Sistema por el cual el afiliado debe costear un porcentaje del plan sanitario y/o de las prestaciones específicas ofrecidas por un proveedor.

afiliados al Fondo Nacional disminuía según se elevaba el ingreso, y ocurría lo opuesto en las ISAPRE, los demás seguros privados y el régimen de las fuerzas armadas. En todos los quintiles (incluso el más rico), según aumentaba la edad y los riesgos de salud se reducía la cobertura del sistema privado (debido a crecientes «copagos» cobrados por las ISAPRE a los ancianos), mientras que se incrementaba la cobertura del sistema público (basado en Encuesta CASEN, 2007).

Respecto al tipo de ocupación, los trabajadores independientes, aunque representan el 20 por ciento de la población económicamente activa, sólo constituyen el 9 por ciento del total de afiliados titulares a las ISAPRE (se trata mayormente de profesionales de alto ingreso). Por el contrario, el 21 por ciento de los afiliados titulares al Fondo Nacional es independiente y, dado que los indigentes y los trabajadores de bajo ingreso pueden afiliarse y recibir atención de manera gratuita o con subsidios, el 75 por ciento de los independientes está cubierto por el sistema público (basado en *ibíd.*).

Por regiones, la cobertura del Fondo Nacional variaba entre el 54 por ciento en Antofagasta y el 78 por ciento en Maule en 2002; el 58 por ciento de los asegurados en las ISAPRE vivía en la región metropolitana, que, sin embargo, sólo albergaba al 36 por ciento de la población (Superintendencia de Salud, 2007a). A diferencia de otros países de América Latina, en Chile la población indígena constituía sólo el 6,6 por ciento del total en 2000, pero se concentraba en las tres regiones con una incidencia de pobreza y mortalidad infantil mayor, y su esperanza de vida era menor que la del resto de los chilenos; el 80 por ciento de los indígenas estaba cubierto por el Fondo Nacional y el 47 por ciento de ellos era indigente. Había notables disparidades socioeconómicas entre las comunas (educación, vivienda, sistema de agua y desagüe, etc.), con efecto adverso en la mortalidad y en otros indicadores sanitarios; la frecuencia con que la población acudía a los servicios de atención primaria era tres veces mayor en unas comunas que en otras y la de la atención de emergencia variaba cuatro veces.

Los que disponían de recursos tenían acceso oportuno a los servicios, pero los pobres o de ingreso bajo debían esperar largo tiempo. En 2000, el 15 por ciento de los enfermos o accidentados del quintil más pobre no lograba ser atendido porque no tenía dinero. Las ISAPRE podían restringir el acceso: períodos de carencia sin derecho a las prestaciones o con nivel inferior al establecido; períodos de espera o exclusión para enfermedades preexistentes y el embarazo, y exclusión de la cobertura de ciertas patologías y eventos catastróficos. Los afiliados al Fondo Nacional no están sometidos a límites, exclusiones o períodos de carencia. Pero en algunos poblados del norte o muy rurales del sur, las condiciones geográficas, climáticas y de transporte son barreras para el acceso a la atención de urgencia y la de mediana complejidad, con largas listas de espera en los hospitales públicos y para los procedimientos complejos.

Inequidad de género

Dos tercios de los afiliados titulares a las ISAPRE en 2002 eran hombres y sólo un tercio mujeres, mientras que la brecha por género en el Fondo Nacional era

mucho menor: constituían el 57 por ciento y el 43 por ciento del total de cotizantes, respectivamente; pero, al considerar los beneficiarios totales (titulares más dependientes a cargo), la brecha se cerraba (FONASA, 2007)⁴. La discriminación femenina venía causada en parte por factores externos: una inserción en la fuerza laboral del 39 por ciento, frente al 73 por ciento de los hombres, un salario equivalente a un tercio del salario masculino, el 45 por ciento de las ocupadas trabajaba en el sector informal y la cobertura sanitaria dependía a menudo del asegurado hombre.

La brecha también se debía a graves inequidades de género en el sistema privado. El costo de los planes de las ISAPRE discriminaba a las mujeres por tener un factor de riesgo hasta dos veces superior al de los hombres. Usando el ejemplo de una ISAPRE, la prima cobrada a la mujer en edad fértil con cobertura completa de maternidad era entre 1,9 y 3,4 veces mayor que la prima del hombre de igual edad (de 20 a 40 años); el costo de la cobertura de maternidad era financiado sólo por la mujer pero, aún en los planes que excluían la atención del parto, la prima era más alta que la de los hombres de igual edad⁵. Por ello, la enorme mayoría de las mujeres en edad fértil está cubierta por el Fondo Nacional, que concede subsidios a las ISAPRE para este fin; además, en la renovación anual de los contratos en las ISAPRE, las primas podían ser ajustadas según la edad de las mujeres y el número de sus dependientes. Hasta 2002, las ISAPRE se hacían cargo de la licencia por maternidad y recibían un subsidio estatal del 2 por ciento del salario imponible, a pesar de la discriminación que practicaban.

Inequidad en el financiamiento

La inequidad en materia de financiamiento y la falta de solidaridad han sido dos problemas del sistema de salud chileno. Las ISAPRE practican la selección adversa o «descreme» —es decir, rechazan a los que sufren mayor riesgo y son menos rentables, concentrándose en los de menor riesgo y mayor ingreso—, cobran «copagos» a los asegurados y capturan una proporción importante de los recursos disponibles. El sector público queda a cargo de los grupos sociales con mayores riesgos y costos, y más bajos ingresos (menos rentables), por lo que recauda menos recursos. El 20 por ciento de la población estaba afiliado a las ISAPRE pero consumía el 43 por ciento del gasto total de salud en el año 2000, mientras que el 66 por ciento de la población estaba afiliado al Fondo Nacional y absorbía el 57 por ciento del gasto total, proporcionalmente la mitad que las ISAPRE.

⁴ Las diferencias se han reducido ya que, según las cifras del año 2006, las proporciones de titulares masculinos y femeninos son, respectivamente, del 61 por ciento y el 39 por ciento en el sistema ISAPRE, del 60 y el 40 por ciento en el Fondo Nacional y del 74 y el 26 por ciento en los seguros privados. Si comparamos las cifras de los afiliados totales (titulares más dependientes), hay un 52 por ciento de hombres y un 48 por ciento de mujeres en las ISAPRE, un 47 frente a un 53 por ciento en el Fondo Nacional y un 60 frente a un 40 por ciento en los seguros privados (basado en Encuesta CASEN, 2007).

⁵ Información facilitada al autor por Silvia Leiva Parra (Santiago de Chile, 3 de julio de 2008).

La reforma uniformó y aumentó la cotización del trabajador, que pasó del 4 por ciento del salario en 1981 al 7 por ciento en 1986 (a partir del retiro se descuenta un porcentaje igual sobre la pensión); fijó un tope salarial regresivo a efectos de cotización; eliminó la cotización del empleador y confirmó unos subsidios estatales cuantiosos a favor del régimen de las fuerzas armadas. Los grupos socioeconómicos de ingreso medio y alto abonan la cotización del 7 por ciento a las ISAPRE, por lo que el Fondo Nacional pierde el aporte mayor al sistema, a pesar de lo cual debe atender a la población anciana, femenina en edad fértil, pobre y de bajo ingreso (y todos estos estratos son más propensos a la enfermedad que los anteriores). Las cotizaciones (de salud y previsionales) a los sistemas público y privado están exentas del impuesto a la renta, y los «copagos» a las ISAPRE están eximidos del impuesto al valor agregado (IVA), lo cual favorece a la población de mayor ingreso; sin embargo, el costo administrativo de las aseguradoras del ISAPRE es muy alto debido a que realizan gastos considerables en mercadeo y a las utilidades que obtienen. Un grupo clasificado como pobre no lo es y recibe atención gratuita en el Fondo Nacional (los «*free riders*», individuos que sacan ventaja debido a la inadecuada focalización de las prestaciones) y otro grupo afiliado a las ISAPRE se atiende en el sector público (especialmente en urgencia, accidentes, maternidad, enfermedades catastróficas) porque sus servicios son de más fácil acceso o menor costo que los privados; estos dos grupos y las ISAPRE reciben subsidios estatales regresivos. Las ISAPRE aumentaban los «copagos» anualmente (no tenían límite legal) de acuerdo con el riesgo y excluían o creaban barreras a los pacientes costosos (ancianos, enfermos crónicos o terminales, mujeres embarazadas), que se veían obligados a acudir al sector público incrementando los costos de éste. En 2006 sólo el 5 por ciento de la población de 60 años en adelante estaba afiliada a las ISAPRE, mientras que el Fondo Nacional cubría al 90 por ciento, el 72 por ciento del cual era pobre o de bajo ingreso. Al arribar a la edad de jubilación el ingreso disminuye, mientras que el gasto de salud aumenta, por lo que las ISAPRE incrementaban la prima a los afiliados jubilados y muchos de éstos se cambiaban al Fondo Nacional. Un hombre de 60-65 años, afiliado a una ISAPRE tomada como ejemplo, cotizaba casi tres veces lo que uno de 18-44 años; y si tenía más de 75 años, cotizaba 5,5 veces más ⁶. Hasta 1996 se eximía de impuestos al aporte patronal del 2 por ciento del salario de sus empleados, cuya cotización (un 4,7 por ciento de su salario) era insuficiente para afiliarse a las ISAPRE, pero dicho aporte se terminaba con la jubilación.

Desde antes de 1990 existía un factor de equidad que se ha consolidado y expandido con el retorno a la democracia. El Fondo Nacional cubre a los pobres y concede subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados, de acuerdo con cuatro grupos de ingreso (también hay diferencia según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante):

⁶ Información facilitada al autor por Silvia Leiva Parra (Santiago de Chile, 3 de julio de 2008). Los ancianos, si bien tienen un mayor riesgo de enfermedad, no reciben pago de licencia por enfermedad ya que no trabajan, pero esto no es considerado dentro de los descuentos que podría generar esta prestación.

- A. Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público gratuito.
- B. Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita.
- C. Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un «copago» del 10 por ciento por recibir atención pública.
- D. Población con ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos, que ha de abonar la cotización más un «copago» del 20 por ciento por recibir atención pública⁷.

Los dos primeros grupos (que incluyen a los indígenas) reciben prestaciones mucho más costosas que los pagos que realizan, y ocurre lo opuesto en los dos últimos grupos, por lo que las transferencias de éstos a los primeros tienen un efecto progresivo que aumenta la equidad. Los afiliados al Fondo Nacional reciben las mismas prestaciones independientemente de sus ingresos, cotizaciones y riesgo, por lo cual hay una redistribución de recursos de los afiliados de mayor ingreso a los de menos ingreso, y de los sanos a los enfermos.

El impacto de las reformas de salud en la equidad social

Los gobiernos democráticos acrecentaron considerablemente el presupuesto de salud pública, sobre todo los rubros de infraestructura y equipo. Un proceso creciente de control, supervisión y restricción de abusos de las aseguradoras se inició con la reforma de 1995 y la creación de la Superintendencia de las ISAPRE, encargada de: vigilar el cumplimiento de las normas en los contratos y regular sus exclusiones; fijar un índice de precios y tasas máximas para los planes de ancianos y mujeres embarazadas; reglamentar el tratamiento de enfermedades preexistentes; normalizar la información para facilitar la comparación entre los distintos planes de salud (40.586 en 2006) y arbitrar los conflictos entre las ISAPRE y sus afiliados. En 1996 se eliminó la exención tributaria al aporte patronal del 2 por ciento del salario destinada a estimular la afiliación a las ISAPRE. El gasto público en salud aumentó casi cuatro veces en pesos constantes de 1995 a 2005, el componente de dicho gasto pagado con cargo a los impuestos en cinco veces y el gasto en prestaciones por beneficiario en un 66 por ciento. Dado que la cotización pagada al Fondo Nacional se basa en un salario relativamente bajo, resulta insuficiente para financiar los servicios, por lo que el aporte estatal creció del 41 al 55 por ciento en 1990-2004 y la parte de los gastos cubierta por la cotización disminuyó del 45 al 34 por ciento. La suma de cotización y «copago» de las ISAPRE era en promedio 3,5 veces mayor que la cotización promedio al Fondo Nacional;

⁷ Los afiliados titulares se desglosaban así en el año 2006: el 30 por ciento en el grupo A, el 35 por ciento en el B, el 20 por ciento en el C y el 15 por ciento en el D (Encuesta CASEN, 2007).

ahora bien, con el aporte estatal la brecha se reducía a 1,4 veces. En 2006, el 61 por ciento de los afiliados al Fondo Nacional no cotizaba: el 100 por ciento del grupo A y el 40 por ciento del grupo B (FONASA, 2007).

El Presidente Ricardo Lagos declaró en 2002 que era necesario resolver la profunda inequidad que caracterizaba la atención de la salud en Chile, debida a la carga financiera que pesaba sobre las familias y a la enorme desigualdad en cuanto a la rapidez y calidad de la atención (Chile, 2002). Dos propuestas de reforma elaboradas en 2002-2004 no fueron aprobadas entonces por la oposición de los partidos políticos conservadores, las ISAPRE y el Colegio Médico. Se intentaba establecer un fondo solidario estatal destinado a sufragar las cotizaciones de los indigentes al Fondo Nacional (con el fin de que el acceso y costo de los seguros no dependiera de la capacidad económica ni del riesgo del individuo) y crear un fondo de compensación para sufragar la licencia de maternidad en los dos sistemas (que se hubiera financiado con un descuento de 0,6 puntos de la cotización del 7 por ciento, «copagos» de los grupos de ingreso mediano y alto y un alza del IVA). El Estado se hizo cargo en 2002 del pago de la licencia por maternidad⁸, con independencia del asegurador y el nivel de ingreso de la asegurada, eliminando la anterior discriminación de las ISAPRE y suprimiendo el subsidio que recibían. Ahora bien, la licencia es regresiva porque la abona la hacienda pública pero consiste en una cantidad proporcional al salario: la mitad de la población recibe el 80 por ciento del gasto costado por el erario público con los impuestos, muchos de ellos al consumo, que gravan a toda la población.

Las leyes núms. 19.937, 19.949 y 19.966, promulgadas en 2004, redujeron más las inequidades (Chile, 2004a, 2004b y 2004c). Fue fortalecida la rectoría del Ministerio del ramo y se creó la Superintendencia de Salud (que absorbió la Superintendencia de las ISAPRE) para unificar y reforzar la vigilancia y control de todo el sistema. Entre las medidas tomadas para aumentar el acceso a los servicios de salud están la vacunación gratuita contra la gripe, las llamadas telefónicas gratis para las citas de atención primaria y los nuevos servicios de urgencia, la reducción de la lista de espera en hospitales y salas de hospitalización abreviada, los préstamos de salud, la mejora de la atención a los grupos pobre y de bajo ingreso y los subsidios a los pobres para que paguen su consumo de agua potable y el alcantarillado. El Fondo Nacional asigna ayudas según un «índice de capitación» basado en una fórmula de pobreza que favorece a las comunas más pobres y contribuye a disminuir las inequidades tanto en salud como en pensiones. Aunque algunas de estas prestaciones ya existían antes (el grupo A del Fondo Nacional, un subsidio parcial de agua potable), el programa Chile Solidario —gestado en 2002, institucionalizado por la ley núm. 19.949 (Chile, 2004b) y ex-

⁸ La licencia da derecho a seis semanas de descanso antes del parto y doce semanas después, con el salario íntegro; se conserva el puesto de trabajo y no puede haber despido durante el año siguiente (Biblioteca del Congreso, 2008).

tendido en 2006 — se basa en una concepción multidimensional enfocada a la pobreza extrema⁹ que presenta innovaciones importantes:

- Integración de las transferencias monetarias con la provisión de servicios: acceso garantizado al grupo A del Fondo Nacional, pensiones asistenciales, educación, subsidio ampliado al consumo de agua potable (que cubre el 100 por ciento del gasto hasta 15 m³), etc.
- Verificación de los medios de vida (prueba de ingreso) usando múltiples indicadores y participación de los hogares voluntaria, pero condicionada al registro en planes como el de salud.
- Información sobre los derechos para recibir atención pública y logro de cincuenta y tres derechos (salud, educación, vivienda, empleo, ingreso) al salir del programa.
- Administración y presupuesto consolidados en el Ministerio de Planificación.

En 2006 habían participado en Chile Solidario 290.123 familias y casi un millón de personas, y la meta es eliminar la pobreza extrema en 2010 (véanse Pérez, 2006; Chile Solidario, 2008; Ministerio de Planificación, 2008, y Barrientos y Santibáñez, en prensa).

El nuevo modelo impulsa el examen y el diagnóstico temprano de ciertas enfermedades, así como la atención primaria con capacidad para resolver gran parte de las emergencias: la proporción del gasto público en salud asignada a esta última aumentó del 12 al 21,4 por ciento en 1995-2005. La equidad ha mejorado por la eliminación de subsidios del sector público al privado y un mejor control de los afiliados al sistema ISAPRE que utilizan servicios públicos. Dos nuevas entidades clave son el denominado Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) y el Fondo de Compensación Solidario, que se resumen a continuación.

El Presidente Lagos afirmó en 2002 que «para resguardar el derecho a la salud no basta su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera [...] toda persona residente en el territorio, independientemente de su edad, género, educación, etnia o ingreso, debe contar con [...] acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna» (Chile, 2002, págs. 3 y 4). El AUGE es un plan integral de garantías de salud instituido por la ley núm. 19.966 (Chile, 2004c), establecido en 2004-2005 y pionero en la región, que da a todos los afiliados del Fondo Nacional y del sistema ISAPRE una serie de prestaciones de calidad (incluyendo la atención del parto). El plan AUGE se va expandiendo gradualmente a las patologías causantes de mayor mortalidad y discapacidad (cincuenta y seis en 2007), con independencia del ingreso, edad, género y riesgo del afiliado; además, fija el tiempo

⁹ Los beneficiarios de este programa presentan indicadores peores que los promedios nacionales en varios aspectos: jefes de familia de mayor edad, mujeres desprotegidas, analfabetismo; desocupación; trabajo agrícola o informal; menor acceso a la red pública de agua potable y falta de cobertura de seguridad social y de asignaciones familiares.

máximo de espera para las diversas atenciones sanitarias y mejora la definición de enfermedad preexistente. Es gratuito para los pobres y adultos mayores afiliados al sistema público, cualesquiera que sea el grupo socioeconómico al que pertenezcan; la Superintendencia fija una prima comunitaria universal (igual para todos y no modificable hasta después de tres años), en función del costo promedio anual del programa, y define los «copagos» máximos para los afiliados a ambos sistemas, con topes según el ingreso familiar. Los usuarios tienen derecho de exigir el cumplimiento de las garantías al Fondo Nacional y a las ISAPRE y de recurrir a la Superintendencia, que impone multas, suspensión y otras sanciones a los infractores. Las encuestas periódicas nacionales de opinión sobre el plan AUGE muestran que el 50 por ciento de los consultados se siente muy protegido o protegido, el 29 por ciento neutral y el 21 por ciento desprotegido o muy desprotegido; el 51 por ciento tiene un nivel de satisfacción alto, el 38 por ciento, medio y el 7 por ciento, bajo; el 72 por ciento considera que el plan AUGE garantiza el acceso, el 58 por ciento la calidad, el 56 por ciento la oportunidad y el 48 por ciento la protección financiera (Superintendencia de Salud, 2007b).

El Fondo de Compensación Solidario entre las ISAPRE reduce la discriminación por riesgo. Todos los asegurados a una ISAPRE abierta¹⁰ cotizan igual al fondo, pero las prestaciones que reciben se calculan de acuerdo con su gasto de salud esperado, por lo que las mujeres en edad fértil y los ancianos se benefician de las cotizaciones abonadas por los hombres jóvenes al citado fondo. Éste compensa entre sí a las ISAPRE abiertas por la diferencia entre la prima universal y la prima ajustada por riesgos que corresponda. La Superintendencia fija el monto de compensación para cada ISAPRE, lo cual permitirá homogeneizar sus riesgos de salud en el futuro; también regula las alzas de primas, estableciendo un tope al reajuste anual determinado por una banda de precios. Debido a todas las medidas anteriores, las utilidades de las ISAPRE cayeron del 7,7 al 4,3 por ciento del ingreso en 2006, pese a lo cual el costo administrativo por beneficiario de estas aseguradoras era todavía casi el doble que el del Fondo Nacional (Superintendencia de Salud, 2007a).

La Ley de Reforma Previsional de 2008 (Chile, 2008) establece la obligatoriedad de la afiliación de los independientes al sistema de salud a partir de 2016, y exime del pago de la cotización del 7 por ciento a los que reciben una pensión básica solidaria y carecen de recursos (véase más adelante el efecto de la reforma previsional en la equidad social).

Ni los usuarios ni los trabajadores tienen participación efectiva en la administración de la Superintendencia, el Fondo Nacional, las ISAPRE y el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Las comunas deben preparar un diagnóstico y un plan de salud con participación ciudadana, pero no hay capacidad local para hacer efectiva la participación en la mayoría del país porque no se han desarro-

¹⁰ Se habla de aseguradoras ISAPRE abiertas por contraposición a las cerradas, que son instituciones ligadas, por propiedad y finalidad, a una empresa o a un grupo de empresas. En 2006 había diez ISAPRE abiertas y cinco cerradas, las cuales están exentas del Fondo de Compensación Solidario, siempre que la mayoría de su cartera esté conformada por trabajadores, según una circular de 2007.

llado organizaciones de consumidores ni grupos de ciudadanos defensores de la salud. Funcionan consejos de desarrollo en los hospitales y ambulatorios con representantes de la comunidad, pero sin formalización legal, con carácter consultivo y sin decisiones vinculantes. Las leyes núms. 19.937 y 19.966 (Chile, 2004a y 2004c) crearon cuatro cauces de participación, uno de ellos con representación: el de los Consejos Consultivos de Usuarios, compuestos por cinco delegados de la comunidad vecinal y dos de los trabajadores del establecimiento.

Inequidad social y reformas en el sistema de previsión y asistencia sociales

La reforma previsional de 1980, también hecha sin discusión pública, cerró el sistema público caracterizado por el régimen financiero de reparto, la prestación definida y la administración pública, y lo sustituyó por otro privado de capitalización individual y cotización definida gestionado por las nuevas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), entidades privadas con ánimo de lucro dedicadas de manera exclusiva a esta función. Se concedió un breve plazo para que los asegurados al tiempo de la reforma decidieran si quedarse en el sistema público (que quedó unificado y homologado en el Instituto de Normalización Previsional) o mudarse al nuevo sistema privado, pero todos los que ingresaban a la fuerza de trabajo fueron obligados a afiliarse a las AFP. En 2006 el 91 por ciento de todos los afiliados estaba en el sistema privado y sólo el 9 por ciento quedaba en el público (Encuesta CASEN, 2007). De este modo, sólo una pequeña parte de la población activa cotiza al Instituto de Normalización Previsional, pero éste genera todavía al cabo de veintisiete años la mayoría de las pensiones, lo cual ocasiona un déficit operacional que, unido a otros costos de transición, aún en 2006 equivalía al 5 por ciento del PIB (Arenas de Mesa y Mesa-Lago, 2006). La Superintendencia de AFP normaba y fiscalizaba el sistema privado, pero varias funciones de regulación y supervisión estaban atomizadas en otras entidades. El sistema privado carecía y carece de solidaridad puesto que las pensiones mínimas y asistenciales son enteramente sufragadas por el Estado. Las fuerzas armadas que implantaron la reforma se excluyeron de ella, y mantienen regímenes separados con pensiones superiores, mayormente financiadas por el erario público. Aunque se hicieron modificaciones en el sistema privado, éstas no fueron sustanciales. Las AFP tienen un poder considerable ya que los fondos de pensiones que administran equivalieron al 64 por ciento del PIB en 2007 (véase AIOS, 2007), y lograron aplazar una reforma de importancia fundamental durante veintisiete años.

Los párrafos anteriores se refieren a los programas contributivos, pero desde antes de la reforma funciona un plan no contributivo de pensiones asistenciales de vejez e invalidez (PASIS) destinadas a las personas carentes de medios de vida y de previsión social que cumplen unos requisitos que se revisan periódicamente. Aunque dependían de la disponibilidad de recursos estatales y eran limitadas por una lista de espera, está bien demostrado que las pensiones no contributivas son muy eficaces para la reducción de la pobreza. Un defecto del

diseño del sistema privado es que parte de los asegurados no cumplen los requisitos para recibir ni una pensión mínima (porque no tienen los veinte años de cotización requeridos) ni una asistencial (porque no cumplen los requisitos en materia de ingresos), de modo que quedan desamparados.

Inequidades en la cobertura

Basada en los cotizantes activos de todos los programas de pensiones, la cobertura de la fuerza de trabajo era del 73 por ciento en 1973 (año del golpe militar), disminuyó al 64 por ciento en 1980 (antes de la reforma) y llegó a un mínimo del 29 por ciento en 1982; después aumentó al 57 por ciento en 1997 y se estancó al menos hasta 2004 (Mesa-Lago, 2008). Basada en las encuestas de hogares, la cobertura era del 58 por ciento en 2003 y se había elevado al 61 por ciento en 2006 (Encuesta CASEN, 2007). En el sistema privado (las AFP) hay una diferencia considerable entre el cálculo de la cobertura basado en los afiliados (los que están inscritos) y el basado en los cotizantes (los afiliados que han pagado la cuota del último mes): según el primero, la cobertura de la población económicamente activa era del 113,6 por ciento a fines de 2007 (imposible estadísticamente¹¹) y, según el segundo, se quedaba en el 61 por ciento; sólo un 46 por ciento de los afiliados era cotizante activo (AIOS, 2007, y Superintendencia de AFP, 2008). Durante el período 1992-2003 la población de 65 años en adelante cubierta por algún sistema de pensiones se estancó en el 76 por ciento, pero la cobertura de los programas contributivos se redujo, mientras que la no contributiva (asistencial) aumentó; se preveía una reducción de la cobertura contributiva del 65 al 50 por ciento entre 2006 y 2020 (Chile, 2006, pág. 6).

Existen desigualdades de cobertura de la fuerza laboral por ingreso, educación, tipo de trabajo y género. La cobertura del sistema privado aumenta por quintiles de ingreso y niveles de educación. Los afiliados no cotizantes tenían las características siguientes en 2004: el 66 por ciento percibía ingresos muy bajos, el 46 por ciento era pobre, el 52 por ciento poseía un nivel de educación muy bajo y el 75 por ciento no había trabajado en los últimos tres años. Las personas que no estaban afiliadas dieron las razones siguientes para no haberse inscrito: afiliación no obligatoria, carencia de recursos, ignorancia del sistema, falta de trabajo, tener un empleo inestable, desconfianza en el sistema privado, ser ama de casa y considerar muy alto el costo del sistema (EPS, 2006).

En 2005 el 15 por ciento de la fuerza laboral empleada urbana y el 32 por ciento de la rural eran trabajadores independientes. Su incorporación al sistema previsional es voluntaria y, a pesar de veintisiete años de la reforma, sólo un pequeño porcentaje de ellos está afiliado y cotiza: los profesionales de ingreso rela-

¹¹ El enigma se debe a que hay afiliados que se inscribieron y luego dejaron la fuerza laboral o se pasaron del sector formal al informal, o se han jubilado pero siguen trabajando y cotizando esporádicamente.

tivamente alto¹². El 96,6 por ciento de los afiliados a las AFP a fines de 2007 era dependiente (asalariado) y sólo el 3,4 por ciento era independiente; las cifras respectivas de afiliados cotizantes eran del 98,3 por ciento y el 1,7 por ciento (Superintendencia de AFP, 2008)¹³. De 1986 a 2004 la proporción de independientes afiliados que no cotizaba aumentó en un 80 por ciento. Los afiliados independientes tienen, en promedio, menos escolaridad, más edad y menos posibilidades de protección que los dependientes; los que siempre han sido independientes registran una densidad de cotización (el porcentaje del tiempo en edad de trabajar durante el cual el asegurado ha cotizado) muy inferior a la de los que siempre han sido dependientes (EPS, 2004, y Bertranou y Vázquez, 2006). Las causas principales que aducen para no haberse afiliado son: el 37 por ciento porque no es obligatorio, el 24 por ciento por falta de dinero y el 11 por ciento porque no conoce el sistema. Respecto a la vejez, la proporción de independientes con trabajo de subsistencia que esperaban recibir una pensión o tenían algunos ahorros o algún seguro era mucho más baja que en los profesionales y técnicos independientes y que en los trabajadores dependientes; la gran mayoría esperaba ayuda estatal o familiar y no había pensado en el futuro (Subsecretaría, 2008). Los pocos países cuyas leyes incorporan obligatoriamente a los independientes tienen mayor cobertura efectiva (Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay, aunque no Colombia), sobre todo si los trabajadores de ingresos bajos reciben subsidios estatales (Mesa-Lago, 2008).

El 55 por ciento de los afiliados al sistema privado a fines de 2007 eran hombres y el 45 por ciento mujeres (la proporción superior de América Latina), pero los niveles respectivos de afiliados cotizantes eran del 62 y el 38 por ciento (Superintendencia de AFP, 2008). Un 63 por ciento de las mujeres no estaba afiliado en 2006, mientras que el promedio general de la población era del 33 por ciento (EPS, 2008). Esta desigualdad tan notable de cobertura de las mujeres respecto de los hombres se encuentra principalmente en los quintiles inferiores de ingreso (en parte por las características de la inserción femenina en el mercado laboral); en los estratos con poco o ningún nivel de educación; en las empleadas del servicio doméstico, los familiares no remunerados y el trabajo independiente, así como en el tramo de 35 a 44 años de edad. En la población de 65 años en adelante, las pensiones contributivas amparaban al 57,2 por ciento de las mujeres y al 72,6 por ciento de los hombres en 2003 (Mesa-Lago, 2008).

¹² Los independientes dedicados a un trabajo de subsistencia, que constituyen un 79 por ciento del total, tienen una afiliación, cotización y densidad de cotización mucho menores que los profesionales y técnicos, que son el 5,5 por ciento del total (Subsecretaría, 2008).

¹³ Según la Superintendencia de AFP, el porcentaje de independientes que cotiza es mucho más bajo que en las estadísticas de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) o de la Encuesta de Protección Social (EPS) por la forma de clasificar a los independientes: si en el transcurso de su vida cambia su condición laboral, no se modifica ésta en los datos de la Superintendencia, lo cual debería corregirse.

Inequidad de género

A más de la inequidad en la cobertura por género, las mujeres reciben usualmente pensiones inferiores a las de los hombres, debido a varios factores adversos y discriminatorios: una tasa de actividad laboral menor conjugada con interrupciones del trabajo para criar a los hijos (lo cual genera un tiempo reducido de cotización), desempleo mayor, salario inferior por igual tarea y una proporción más elevada en ocupaciones no calificadas, con remuneración baja y sin cobertura previsional. Por otra parte, las mujeres viven cinco años más en promedio que los hombres y se pueden jubilar cinco años más jóvenes, de ahí que su período de retiro promedio sea diez años más largo.

Los sistemas públicos de pensiones suelen aliviar dichas inequidades con medidas solidarias como la concesión de la pensión mínima con menos años de cotización, fórmulas de cálculo basadas en los años más recientes de la vida laboral y tasas de mortalidad unisexo que no discriminan por la esperanza de vida femenina mayor (todas las cuales transfieren recursos del hombre a la mujer). Por el contrario, los sistemas privados acentúan las inequidades de género: han aumentado los años de cotización requeridos para la pensión mínima, la pensión depende del fondo acumulado en la cuenta individual (que varía, a su vez, de acuerdo con las cotizaciones pagadas y su densidad), los riesgos de las personas son distintos y emplean tablas de mortalidad diferenciadas por sexo (Bertranou y Arenas de Mesa, 2003, y Montecinos, 2006). La densidad de cotización de las mujeres era del 42 por ciento en 2006 y la de los hombres del 61 por ciento (EPS, 2008); el fondo acumulado en las cuentas individuales femeninas no sólo es menor sino que ha de repartirse en un período de retiro alrededor de diez años más largo, por lo que la pensión y las tasas de sustitución de la remuneración anterior son menores.

La tasa de sustitución en el sistema privado, calculada con tablas de esperanza de vida diferenciadas por sexo, es del 35 por ciento para las mujeres que se retiran a los 65 años, comparada con una tasa del 46 por ciento para los hombres en igual edad, de modo que la tasa de la mujer es un 24 por ciento inferior. Según algunos cálculos, el 35 por ciento de las mujeres que tenían 40-45 años en el año 2004 percibiría una pensión inferior a la pensión asistencial, mientras que un 10 por ciento adicional recibiría una pensión mayor que la asistencial pero por debajo de la pensión mínima; por tanto, el 45 por ciento cobraría una pensión menor que la mínima (Arenas de Mesa y Mesa-Lago, 2006, págs. 163-165).

La pensión mínima del sistema privado equivalía en promedio en 2005 al 62 por ciento del salario mínimo y al 23 por ciento del salario promedio; ambos porcentajes siguieron una tendencia declinante desde 1990. Se calcula que la mitad de los afiliados a las AFP obtendrá una pensión mínima: el 35 por ciento de los hombres y el 60 por ciento las mujeres. El Banco Mundial estimó en 2000 que el 30 por ciento de las mujeres y el 50 por ciento de los hombres residentes en Santiago no cumplirían los requisitos para acceder a la pensión mínima, y que las proporciones eran probablemente mayores a nivel nacional (Gill, Packard y Yermo, 2005, págs. 176-186). El 46 por ciento del flujo anual de nue-

vos pensionados en los años 2020-2025 recibirá una pensión inferior a la mínima, siendo mujeres el 65 por ciento de ellos (Chile, 2006, pág. 6).

Inequidad en el financiamiento

El sistema privado carece de solidaridad, elimina la redistribución entre generaciones y asegurados y transfiere las funciones solidarias y distributivas al Estado, que debe financiar las pensiones asistenciales y mínimas. Además, implantó en su día los siguientes elementos de inequidad financiera:

- a) Eliminó la cotización del empleador y la transfirió al trabajador, que ha de pagar el 10 por ciento de su salario o ingreso, lo cual incumple la norma mínima de la OIT de que su cotización no debe superar el 50 por ciento del total¹⁴.
- b) El trabajador debe abonar, además, la comisión a la AFP para administrar el programa de vejez¹⁵ y una prima que se transfiere a las compañías de seguro privadas que cubren los riesgos de incapacidad y sobrevivientes. La suma de ambas equivalía en promedio al 2,44 por ciento del salario a fines de 2007, casi un quinto del descuento total del 12,44 por ciento que se hace al trabajador (AIOS, 2007). El promedio de la comisión total en pesos constantes aumentó un 4,8 por ciento de 1982 a 2003 (Arenas de Mesa y Mesa-Lago, 2006, págs. 155 y 156).
- c) La reforma fijó en veinte años el tiempo de cotización necesario para acceder a la pensión mínima, requisito muy difícil de cumplir para la mitad o más de los asegurados, especialmente los que tienen empleo inestable, las mujeres y los independientes.
- d) Por el contrario, el régimen de las fuerzas armadas es de prestación definida, goza de condiciones de acceso más liberales, recibe un aporte cuantioso del Estado empleador y sus afiliados no pagan comisiones.
- e) Los costos de transición son enteramente sufragados por el Estado, que transfiere recursos a una minoría de la población de ingreso medio y alto; son recursos financiados por toda la población mediante impuestos que gravan sobre todo el consumo, pagados incluso por las personas de ingresos bajos y pobres, por lo que surten un efecto regresivo. Dichos costos promediaron el 5,7 por ciento del PIB anual en 1981-2004, todavía ascendían al 5 por ciento en 2006 y se proyectaban al 4,7 por ciento en 2010.

¹⁴ El artículo 71, párrafo 2, del Convenio de la OIT sobre la seguridad social (norma mínima), de 1952 (núm. 102), dice así: «El total de cotizaciones de seguro a cargo de los asalariados protegidos no deberá exceder del 50 por ciento del total de recursos destinados a la protección de los asalariados y de los cónyuges y de los hijos de éstos. [...]».

¹⁵ La comisión fija cobrada por algunas AFP tiene efectos regresivos, pues es igual para todos los asegurados con independencia de su remuneración, lo cual impone una carga relativamente más pesada a los de bajo ingreso.

- f) Un cuarto del costo total (un 1,3 por ciento del PIB) iba al régimen de las fuerzas armadas en 2006, mientras que sólo el 0,4 por ciento del PIB se asignaba a las pensiones asistenciales para los pobres y el 0,1 por ciento a las pensiones mínimas de los afiliados.
- g) El sistema privado ahonda las disparidades existentes en el mercado laboral entre afiliados con ingresos diferentes: en 2004 la razón entre el ingreso máximo mensual imponible y el salario mínimo de los trabajadores activos era de 8,6 veces, y aumentaba a 9,3 veces entre los pensionados con ingresos máximo y mínimo. Es más, la razón se incrementaba a 13 veces al usar cálculos recientes de la densidad de cotización desglosada por quintiles de ingreso de los hogares: la tasa de sustitución de los asegurados que habían ganado el ingreso máximo imponible era 14 puntos porcentuales superior a la de los que habían cobrado el salario mínimo (Arenas de Mesa y Mesa-Lago, 2006, pág.165).

Por último, no había participación alguna de trabajadores y pensionados ni en la Superintendencia ni en las AFP, a pesar de que aquellos son los dueños de los fondos de pensiones, por lo que los actores fundamentales no podían expresar sus opiniones, vigilar el funcionamiento del sistema y hacer sugerencias de cómo mejorarlo.

El impacto de la reforma en la equidad social

Como se ha indicado, a pesar de las inequidades y otras fallas serias de que adolecía el sistema de previsión social, la reforma a fondo del mismo se postergó por veintisiete años. Michelle Bachelet dio prioridad al asunto en su programa electoral, y recién asumida la Presidencia nombró un Consejo Asesor con amplia representatividad para estudiar la reforma, discutirla en numerosas reuniones públicas y someter propuestas; el 90 por ciento de las recomendaciones del consejo fueron incorporadas en un proyecto de ley terminado a fines de 2006, sometido al Parlamento en 2007 y que se plasmó en la Ley de Reforma Previsional que entró en vigor el 1.º de julio de 2008 (véanse Chile, 2006 y 2008; Garrido y Olivares, 2008, y Superintendencia de Pensiones, 2008).

La ley mencionada establece un Sistema de Pensiones Solidarias con dos componentes. El primero es una pensión básica solidaria de vejez e invalidez, que sustituye de inmediato a la pensión asistencial. Financiada por el Estado, se otorga inicialmente al 40 por ciento de la población de menor ingreso (por el momento determinada por la denominada «ficha de protección social») que no ha cotizado al sistema ni posee otra pensión, con 65 años cumplidos y residencia en Chile por veinte años continuos o discontinuos contados desde el cumplimiento de los 20 años de edad (en ambos casos por un lapso no inferior a cuatro años de residencia en los cinco años inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud). Se considera que el núcleo familiar es el integrado por el cabeza de familia, su cónyuge y los hijos menores de 18 años de edad o mayores de esa edad, pero menores de 24, siempre que sean estudiantes regulares. Si el ingreso de dicho núcleo no llega al máximo por habitante fijado, todos sus integrantes pueden recibir una pensión básica solidaria, de manera que puede haber dos adultos ma-

yores en el núcleo que reciban la prestación sin que ese hogar sea necesariamente de los más pobres¹⁶. La pensión básica solidaria se extenderá de modo gradual: amparará al 45 por ciento de la población de menor ingreso en 2009 y la proporción se elevará al 55 por ciento en 2012 y, después, al 60 por ciento. El monto de la pensión básica solidaria equivale a un 33 por ciento más que la pensión asistencial vigente en 2008, llegará al 67 por ciento en 2009 y se ajustará anualmente según la inflación de los doce meses últimos.

El segundo componente de la reforma de 2008 es el aporte previsional solidario, que reemplaza implícitamente a la pensión mínima. Consiste en una ayuda pagada por el Estado para complementar la pensión contributiva de las personas mayores de 65 años con pocos recursos, independientemente de sus años de cotización. La pensión final que recibirá un afiliado que haya cotizado aunque sólo sea un mes será siempre mayor a la pensión básica solidaria, con el fin de incentivar la cotización. El aporte previsional solidario tiene un tope que irá creciendo de 2008 a 2012 hasta llegar a 510 dólares estadounidenses mensuales; el aporte es decreciente según el monto de la pensión contributiva y se extingue cuando excede el tope fijado¹⁷.

Los requisitos del aporte previsional solidario y la población beneficiaria son similares a los de la pensión básica solidaria. El beneficiario debe pertenecer al 40 por ciento más pobre de la población en 2008, cobertura que subirá gradualmente hasta el 55 por ciento en 2012; tienen derecho a la prestación los miembros de un hogar que no sobrepase el ingreso máximo por habitante fijado. El excedente de la pensión máxima con aporte previsional solidario sobre la pensión básica solidaria aumentará del 12 por ciento en 2008 al 60 por ciento en 2009 y seguirá creciendo hasta 2012. El aporte previsional solidario mejorará sustancialmente las pensiones, promoverá la afiliación y cotización de los activos, y resultará disuasorio para quienes quisieren evadir las cotizaciones y solicitar después la pensión básica solidaria. También se establece un subsidio a las cotizaciones de trabajadores jóvenes durante los dos primeros años de su afiliación. Se estima que la pensión básica solidaria y el aporte previsional solidario beneficiarán a 800.000 personas en 2009 y 1,3 millones en 2012.

Todas las madres (independientemente de su condición socioeconómica) recibirán un bono universal por maternidad, equivalente al 10 por ciento de dieciocho salarios mínimos por cada hijo nacido vivo; si la madre no tiene derecho a la pensión básica solidaria o al aporte previsional solidario, debe haber cotizado al sistema al menos una vez en su vida. El bono se deposita en la fecha de nacimiento del hijo, recibe desde ese momento una rentabilidad anual y se hace efectivo

¹⁶ Dos ancianos de un mismo hogar, aunque vivan con hijos que trabajen y los mantengan (y que según definición de «hogar» de la Encuesta CASEN podrían inclusive no pertenecer al 40-60 por ciento más pobre), podrán percibir la pensión básica solidaria o el aporte previsional solidario. La ley núm. 20.255 fomenta el que los adultos mayores sean independientes con su ingreso y no constituyan un lastre económico para sus hijos trabajadores, aunque pertenezcan al mismo hogar según definición de la Encuesta CASEN.

¹⁷ El tope de la pensión (la pensión máxima con aporte solidario), fijado en pesos mensuales, aumentará, de julio a junio, como sigue (en dólares estadounidenses): 140 en 2008-2009, 240 en 2009-2010, 300 en 2010-2011, 400 en 2011-2012 y 510 de julio de 2012 en adelante.

cuando la mujer cumple los 65 años, aumentando el nivel de su pensión. Se calcula que 250.000 mujeres que hoy carecen de toda pensión de vejez recibirán una pensión básica solidaria (el 60 por ciento del total de estos beneficiarios) y otras 30.000 el aporte previsional solidario. Además, en el seguro de invalidez y sobrevivencia se hace una licitación por separado por sexo; como las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, aquellas tienen una probabilidad menor de usar el seguro, por lo que el excedente de la prima de las mujeres se deposita en sus cuentas individuales; otra novedad es que el cónyuge inválido de una mujer asegurada tendrá derecho a pensión. En caso de separación de los cónyuges, el fondo acumulado en la cuenta de capitalización individual durante el matrimonio puede ser dividido entre los dos con un máximo del 50 por ciento para cada uno. La reforma previsional dispone también la creación de guarderías infantiles que facilitarán el empleo femenino y mejorarán el ingreso familiar y la afiliación a los sistemas de pensiones y salud, lo cual fomentará la equidad.

Los independientes serán cubiertos obligatoriamente, tras un período de transición (destinado a aminorar un posible incremento del sector informal), a partir de 2012 (salvo que manifiesten lo contrario); en el ínterin serán informados de la conveniencia de aportar. Cotizarán el 10 por ciento sobre el 40 por ciento de su renta imponible anual, proporción que aumentará de manera gradual hasta el 100 por ciento en 2014; así, a partir de 2015 todo independiente quedará obligado sin excepción a cotizar sobre toda su renta imponible (y en 2016 también deberán a cotizar al sistema sanitario). Como incentivos, el independiente tendrá acceso a la asignación familiar, las cajas de compensación, la ley de accidentes de trabajo y el aporte previsional solidario; si no cotiza, le será negado el certificado o documento para ciertos trámites y no recibirá devolución del impuesto sobre la renta¹⁸. También se abre la posibilidad de afiliación voluntaria a los que no realizan ninguna actividad remunerada.

Se introducen tres novedades: *a*) los planes de ahorro voluntario colectivo, que consisten en depósitos en las cuentas de capitalización individual negociados por empleadores y trabajadores (aunque puede aportar sólo el empleador) y gozan de ventajas tributarias (pago inmediato de impuestos o pago diferido al tiempo de retirar los fondos); *b*) los Centros de Atención Previsional Integral, encargados de atender al público y otorgar las prestaciones del Sistema de Pensiones Solidarias, y *c*) el Fondo de Educación Previsional, financiado por el Estado y las AFP para divulgar información y educar a la población.

Las medidas para reducir el costo administrativo son: licitación de afiliados bianual para que la AFP que ofrezca la menor comisión gane la afiliación de las 200.000 personas que entran en el mercado laboral anualmente (y la AFP ganadora deberá aplicar esa comisión a sus antiguos afiliados), eliminación de la comisión fija regresiva y autorización a los bancos para administrar las cuentas individuales en competencia con las AFP (la participación bancaria en la inversión de los fondos fue rechazada por el Senado).

¹⁸ El principal problema es que sólo un porcentaje bajo de independientes declara impuesto a la renta, porque la mayoría de ellos son trabajadores informales.

La Superintendencia de AFP es eliminada y reemplazada con una Superintendencia de Pensiones que fiscaliza tanto el sistema público (el Instituto de Normalización Previsional es sustituido por el Instituto de Previsión Social) como el privado, así como el Sistema de Pensiones Solidarias (quitando a las AFP la administración de las pensiones mínimas), los Centros de Atención Previsional, etc.

Se crea la Comisión de Usuarios del sistema con cinco representantes uno de cada grupo: trabajador, pensionado, AFP, Instituto de Previsión Social y académico (éste la presidirá), para que den su opinión sobre la marcha del sistema, vigilen el cumplimiento de las metas de la reforma y guíen las estrategias de educación, difusión y comunicación dirigidas a los afiliados.

Las nuevas prestaciones y entidades serán costeadas de varias maneras, entre ellas con los impuestos generales y los recursos generados por el cese de algunas obligaciones de financiamiento del sistema público. La Dirección de Presupuestos rinde un informe anual basado en estudios actuariales del nuevo sistema y asigna los recursos necesarios en la Ley de Presupuesto para garantizar el Sistema de Pensiones Solidarias.

Resumen de los logros en equidad social y retos pendientes

El cuadro resume las reformas llevadas a cabo por los gobiernos democráticos, que han subsanado la mayoría de las inequidades previas, mejorado los indicadores generales y aumentado la protección y equidad tanto en la atención de salud como en la previsión y asistencia sociales.

Las principales mejoras introducidas por las reformas del sistema sanitario efectuadas desde el decenio de 1990 y, especialmente, en 2004-2005 son:

- amplían el acceso efectivo al sistema, sobre todo el de la población pobre y de bajo ingreso (servicios de atención primaria de urgencia, reducción de lista de espera hospitalaria, subsidio para el pago de agua y alcantarillado), con notable aumento en los gastos públicos de salud y los aportes del Estado;
- garantizan prestaciones universales exigibles (plan AUGE) que se ampliarán gradualmente a las principales patologías y fijan tiempos de espera máximos;
- otorgan atención gratuita para los pobres y subsidiada para las personas de bajo ingreso, y encauzan recursos estatales a las comunas pobres;
- establecen la cobertura obligatoria de los independientes en 2016 y eximen de cotización a los que perciben la pensión básica solidaria y carecen de recursos (Chile, 2008);
- reducen la discriminación por edad y género en las ISAPRE abiertas (gracias al Fondo de Compensación Solidario), transfiriendo recursos de los hombres jóvenes a las mujeres en edad fértil y ancianos;
- regulan el alza de primas de las ISAPRE y les imponen topes;

Cuadro. Resumen de los cambios y mejoras en materia de salud, protección social y equidad realizados en Chile antes y después del retorno de la democracia: 1980-1989 y 1995-2008

Indicadores	1980-1989	1995-2008
Generales		
1. Índice de pobreza	39 por ciento	14 por ciento
2. Coeficiente Gini	0,554	0,549
3. Índice de desarrollo humano del PNUD	Cuarto lugar en América Latina	Segundo lugar en América Latina
Salud		
4. Regulación/supervisión	Inexistente o muy débil, abusos de las ISAPRE	Superintendencia de ISAPRE, luego reemplazada por la Superintendencia de Salud; regula/controla el sistema
5. Gasto público en atención primaria	12 por ciento del gasto público en salud	21,4 por ciento del gasto público en salud
6. Ayudas estatales a las ISAPRE	Exención fiscal al aporte patronal para incentivar afiliación privada y licencia de maternidad a cargo de las ISAPRE, que reciben subsidio estatal	Eliminados los dos subsidios. Licencia de maternidad a cargo del Estado
7. Pobreza	Insuficientemente atendida y mal focalizada	Chile Solidario encauza recursos a los pobres y aumenta su protección (véanse puntos 10-12)
8. Mujeres	Las ISAPRE cobran a la mujer en edad fértil primas varias veces superiores a las del hombre	Superintendencia fija prima máxima a mujer en edad fértil (véanse puntos 12 y 13)
9. Ancianos	ISAPRE cobra primas crecientes según aumenta la edad	Superintendencia fija prima máxima a ancianos (véanse puntos 12 y 13)
10. Trabajo independiente	Afiliación voluntaria (sólo el 9 por ciento del total afiliado a las ISAPRE)	Afiliación obligatoria en 2016 y exención de cotización a los pobres
11. Regiones y comunas	Desigualdades notables	El Fondo Nacional asigna más fondos de capitación a las comunas pobres
12. Derechos universales garantizados	No	El plan AUGE garantiza acceso y calidad de prestaciones a toda la población, independientemente de su ingreso, edad, género y riesgos. Gratuito para pobres y adultos mayores del sistema público

Cuadro. Resumen de los cambios y mejoras en materia de salud, protección social y equidad realizados en Chile antes y después del retorno de la democracia: 1980-1989 y 1995-2008 (fin)

Indicadores	1980-1989	1995-2008
13. Discriminación por riesgos (selección adversa)	Las ISAPRE discriminan, el Fondo Nacional no	El Fondo de Compensación Solidario regula las primas y reduce la selección adversa; mujeres y ancianos «reciben transferencias» de hombres jóvenes
14. Participación social	No	Cuatro cauces de participación
Previsión y asistencia sociales		
15. Regulación/supervisión	Superintendencia de las AFP, pero con funciones atomizadas	Reemplazada por Superintendencia de Pensiones con jurisdicción en todo el sistema
16. Solidaridad	No existe en las AFP, parcial a cargo del Estado	Se refuerza la solidaridad con reforma previsional en 2008 (véase el resto)
17. Pobreza y asistencia social	Pensión asistencial (PASIS) pero a parte de los necesitados y de monto insuficiente	Chile Solidario combate la indigencia. Pensión básica solidaria reemplaza a la pensión asistencial, se encausa a los pobres y se aumenta el monto
18. Pensión mínima	Exige veinte años de cotización. Se calcula que la mitad de los afiliados actuales obtendrá esta pensión, y la mitad de los nuevos una pensión aún menor	Reemplazada por aporte previsional solidario: complementa la pensión contributiva y es independiente de años de cotización; decrece según aumenta la pensión y termina al llegar a un tope; destinada al grupo de menor ingreso
19. Mujeres	Sistema privado acentúa inequidad por género; el 45 por ciento de afiliadas actuales y el 65 por ciento de las futuras pueden tener pensión menor a la mínima	Bono universal por maternidad a todas las madres, independiente del ingreso, que aumenta la pensión. El fondo de pensión puede dividirse entre cónyuges si hay divorcio (véanse puntos 17 y 18)
20. Trabajadores independientes	Afiliación voluntaria (sólo son el 3,4 por ciento del total afiliado a las AFP)	Afiliación obligatoria entre 2012 y 2015. Incentivos a la afiliación y desincentivos a la evasión
21. Costo administrativo	El 19 por ciento del descuento salarial y pagado por el trabajador	Medidas para reducir el costo y aumentar la competencia
22. Participación social	No	Comisión de Usuarios y vigilancia de la reforma

- reducen los subsidios del sistema público al privado;
- unifican y fortalecen la regulación, vigilancia y sanciones en todo el sistema mediante la Superintendencia de Salud;
- crean un cauce de participación de los usuarios.

Por otra parte, la Ley de Reforma Previsional (Chile, 2008):

- otorga protección universal a los pobres y grupos de más bajo ingreso con la pensión básica solidaria, sin lista de espera ni límites presupuestarios;
- establece la obligatoriedad jurídica gradual de cobertura de los trabajadores independientes;
- subsana la falta de protección a los afiliados que no tenían derecho ni a una pensión mínima ni a una asistencial;
- mejora las pensiones bajas con un aporte estatal que complementa las pensiones contributivas inferiores a un tope; el aporte es decreciente según el monto de la pensión y se extingue una vez que llega al tope fijado;
- establece incentivos a la afiliación y la cotización;
- otorga un bono de maternidad a todas las madres y otras prestaciones para mitigar la inequidad de género;
- introduce mecanismos para reducir la comisión administrativa cobrada al trabajador;
- promueve la cotización voluntaria de los empleadores;
- crea una entidad para facilitar la tramitación de las nuevas prestaciones e informar a los beneficiarios;
- unifica y fortalece la supervisión del sistema;
- instituye instrumentos de participación social y educación previsional;
- cimienta la reforma en una base financiera sólida.

Las pocas inequidades que persisten son arduas de eliminar por estar inmersas en el sistema, que es muy difícil de transformar a fondo por razones políticas y económicas; además, si se hacen reformas adicionales podrían aparecer utilidades decrecientes y efectos adversos. Recuérdese que, aunque la mayoría de los chilenos cree en la solidaridad, la mitad de ellos no están dispuestos a sacrificar sus intereses en pro del bien común, lo cual crea resistencia política.

En todo caso hay varios derechos por asegurar y algunas medidas pendientes: *a)* continuar ampliando gradualmente las patologías cubiertas por el plan AUGE y cerciorarse de que toda la población tiene acceso efectivo; *b)* comenzar ya los planes de incorporación de los independientes y tomar medidas concretas para ejecutar la cobertura legal obligatoria; *c)* velar por que las Superintendencias de Pensiones y de Salud cumplan las normas vigentes y evitar que las ISAPRE practiquen la selección de riesgos; *d)* impulsar las guarderías infantiles y eliminar el aspecto regresivo del subsidio de maternidad; *e)* erradicar los «*free riders*» y encauzar los subsidios del Estado hacia los que realmente los necesitan, basándose en la ficha de protección social y en unos métodos futuros todavía más

efectivos; f) controlar aún mejor el pago a los establecimientos públicos de los servicios usados por los afiliados de las ISAPRE y suprimir la exención de impuestos a las cotizaciones y «copagos» a aquellas; y g) asegurar la participación social efectiva en la administración de la salud, reforzando los consejos consultivos de usuarios, así como la representación de los trabajadores y pensionados en el sistema previsional mediante la Comisión de Usuarios.

Es esencial mejorar la información y el conocimiento pobrísimos que tiene la población respecto a los sistemas de salud y previsión. Las encuestas de protección social demuestran que: el 79 por ciento de los afiliados a las AFP desconoce los requisitos para obtener una pensión mínima (un 54 por ciento cree que hay que ser pobre), el 60 por ciento ignora lo que le descuentan mensualmente —y el 56 por ciento el saldo de su cuenta individual—, sólo el 11 por ciento sabe que sus pensiones dependen del saldo de la cuenta individual; por lo general, las mujeres están aún menos informadas que los hombres (EPS, 2004, 2006 y 2008). Las encuestas de opinión del sistema de salud revelan que: el 45 por ciento de los entrevistados desconoce el contenido de las leyes de reforma; el 58 por ciento tiene un conocimiento general bajo, el 35 por ciento, medio, el 2 por ciento, alto y el 5 por ciento, no sabe; sólo la mitad es consciente de que las garantías sanitarias del plan AUGE amparan tanto a los afiliados al Fondo Nacional como a los de las ISAPRE, y, entre los que notaron que hay problemas en la implementación del plan AUGE, el 81 por ciento señaló la falta de información (Superintendencia de Salud, 2007b). El Fondo de Educación Previsional, por tanto, tiene que jugar un papel crucial en mejorar la información y habría que considerar extender sus funciones a la salud o crear un fondo *ad hoc* similar. Debe difundir de manera simple y de fácil entendimiento los nuevos derechos públicos establecidos en la Ley de Reforma Previsional, así como preparar comparaciones del desempeño de las AFP (y las ISAPRE) en cuanto a costos, rendimientos, etc., y simplificar aún más el reporte periódico de la cuenta individual (la «cartola»). En México, la Superintendencia regala a los afiliados un pequeño calculador que les permite saber cuánto tienen ahorrado y, con las cifras de ahorro y salario, les estima la pensión que recibirán al tiempo del retiro.

Para erradicar las inequidades de financiamiento que perduran tendrían que suprimirse, o al menos reducirse, los subsidios estatales otorgados a los regímenes de salud y pensiones de las fuerzas armadas u obligar a sus miembros a integrarse en los sistemas generales, pero ello sólo sería viable si hay una mayor erosión del poder ya disminuido de los militares. Si los empleadores no aportan adecuadamente a los planes de ahorro voluntario colectivo¹⁹, podría estudiarse una cotización obligatoria al sistema previsional; y que una parte de la cotización del 7 por ciento de los afiliados a las ISAPRE se mantuviese en el Fondo Nacional

¹⁹ En el sistema de salud, el aporte voluntario de los empleadores equivalía sólo al 2 por ciento del ingreso operacional de las ISAPRE en 2006 (Superintendencia de Salud, 2007a).

por razones de solidaridad. Para lograr una reducción significativa de la desigualdad de ingreso tendrían que aprobarse medidas específicas en el sistema tributario²⁰.

Las inequidades de género causadas por el mercado laboral deben ser afrontadas mediante la ejecución efectiva de las normas legales —por ejemplo, la obligación de pagar a la mujer igual salario que al hombre por un trabajo igual— y fomentando la inserción laboral femenina y su capacitación profesional; las guarderías infantiles y otras medidas resumidas a continuación ayudarían a lograr estas dos metas (para otras políticas, véase Montecinos, 2006).

La Presidenta Bachelet nombró en 2007 un Consejo Asesor en Trabajo y Equidad integrado por cuarenta y ocho miembros de todos los sectores para dar respuesta a los desafíos de política social, el cual rindió su informe en mayo de 2008. Éste afirma que «el sistema de protección social intenta reducir la vulnerabilidad» y destaca, entre otros aspectos, que «se requiere un mayor nivel de equidad» en la salud pública y privada (Consejo, 2008, págs. 4 y 5). Sin embargo el informe no se refiere a los temas tratados en este artículo, probablemente porque los considera en gran medida resueltos por las reformas de los gobiernos democráticos descritas aquí, pero propone algunas medidas que son pertinentes en este contexto: *a)* un subsidio estatal al ingreso laboral focalizado en el quintil más pobre de la población que disminuya progresivamente hasta cero al llegar a cierto ingreso mensual; *b)* transferencias destinadas a los niños del quintil más pobre; *c)* salas cuna financiadas por los impuestos generales (para criaturas de hasta dos años de edad), subsidios postnatales a los salarios femeninos y capacitación laboral de las mujeres; y *d)* un Consejo de Diálogo Económico y Social que, entre otros temas, analice el mercado de trabajo (Consejo, 2008).

Chile ha avanzado considerablemente en el camino de la protección y equidad sociales durante las primeras dos décadas de la nueva etapa democrática; si el crecimiento económico continúa y va unido a un avance de la equidad social, se asegurará una sociedad aún mejor en el futuro.

Bibliografía citada

- AIOS (Asociación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones). 2007. *Boletín Estadístico AIOS*, núm. 18 (diciembre).
- Arenas de Mesa, Alberto, y Mesa-Lago, Carmelo. 2006. «The structural pension reform in Chile: Effects, comparisons with other Latin American reforms, and lessons», *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, núm. 1 (primavera), págs. 149-167.
- Barrientos, Armando, y Santibáñez, Claudio. En prensa. «New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America», *Journal of Latin American Studies*.

²⁰ Sobre el carácter regresivo del sistema tributario chileno, véase Borzutzky (2007); en cuanto a los tipos de reforma tributaria, véanse varios trabajos en Sojo y Uthoff (2007).

- Bertranou, Fabio, y Vázquez, Javiera. 2006. «Trabajadores independientes y el sistema de pensiones en Chile», *OIT Notas*, núm. 1 (marzo), págs. 1-4. Se encuentra en la página siguiente de la oficina de la OIT en Santiago de Chile: <<http://www.oitchile.cl/pdf/Primer%20numero.pdf>> [consultada el 22 de septiembre de 2008].
- , y Arenas de Mesa, Alberto (directores). 2003. *Protección social, pensiones y género en Argentina, Brasil y Chile*. Santiago, OIT. Se encuentra en la página siguiente de la oficina de la OIT en Santiago de Chile: <<http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/pro/pro011.pdf>> [consultada el 22 de septiembre de 2008].
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2008. Página sobre la protección a la maternidad: <<http://www.bcn.cl/guias/proteccion-a-la-maternidad>> [consultada el 24 de septiembre de 2008].
- Borzutzky, Silvia. 2007. «Bachelet's Chile: Inequality in the midst of plenty», ponencia presentada en el 37.º Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Montreal, 5-8 de septiembre.
- CEPAL (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe). 1997 a 2007a. *Panorama Social de América Latina*. Santiago.
- . 2007b. *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago, CEPAL, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y Secretaría General Iberoamericana. Se encuentra en la dirección: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/27814/2007-382-Cohesion_social-REV1-web.pdf> [consultada el 29 de septiembre de 2008].
- Chile. 2008. Ley núm. 20.255, de 11 de marzo de 2008, de Reforma Previsional. *Diario Oficial*, 17 de marzo. Se encuentra también en el sitio de la Superintendencia de Pensiones, página: <http://www.safp.cl/573/articles-4288_recurso_1.pdf> [consultada el 30 de septiembre de 2008].
- . 2006. Mensaje de S. E. la Presidenta de la República con el que inicia un proyecto de ley que perfecciona el sistema previsional. Mensaje a la Cámara de Diputados núm. 558-354, de 15 de diciembre de 2006. Se encuentra en el sitio de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <<http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-20255/HL20255.pdf>> [consultada el 30 de septiembre de 2008].
- . 2004a. Ley núm. 19.937, de 30 de enero de 2004, que modifica el Decreto Ley núm. 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana. *Diario Oficial*, 24 de febrero. Se encuentra también en el sitio de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada el 6 de octubre de 2008].
- . 2004b. Ley núm. 19.949, de 17 de mayo de 2004, que establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado «Chile Solidario». *Diario Oficial*, 5 de junio. Se encuentra también en el sitio de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <<http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/226081.pdf>> [consultada el 6 de octubre de 2008].
- . 2004c. Ley núm. 19.966, de 25 de agosto de 2004, que establece un Régimen de Garantías en Salud. *Diario Oficial*, 3 de septiembre. Se encuentra también en el sitio de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada el 18 de septiembre de 2008].
- . 2002. *Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de Ley que establece un régimen de garantías en salud. Mensaje a la Cámara de Diputados núm. 1-347, de 22 de mayo de 2002*. Se encuentra en el sitio de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, página: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consultada el 18 de septiembre de 2008].
- Chile Solidario. 2008. Se encuentra en la dirección: <www.chilesolidario.gov.cl> [consultada el 18 de septiembre de 2008].
- Consejo Asesor Presidencial de Trabajo y Equidad. 2008. *Hacia un Chile más justo: Trabajo, salario, competitividad y equidad social*. Santiago. Se encuentra en la dirección: <www.consejoasadorpresidencial.cl> [consultada el 18 de septiembre de 2008].

- trabajoyequidad.cl/view/descargaInforme.asp?file=Informe-Final.pdf > [consultada el 18 de septiembre de 2008].
- Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006*. 2007. Santiago de Chile, Ministerio de Planificación.
- EPS (Encuesta de Protección Social)*, 2002, 2004 y 2006. 2004, 2006 y 2008. Santiago de Chile, Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Centro de Micro Datos de la Universidad de Chile. Se encuentra en la dirección: <<http://www.proteccionsocial.cl/carta.htm>> [consultada el 6 de octubre de 2008].
- FONASA (Fondo Nacional de Salud). 2007. Apartados de Afiliados y Estadísticas del sitio del organismo en la Red: <<http://www.fonasa.cl>> [consultado el 18 de septiembre de 2008]. Santiago.
- Garrido, Francisca, y Olivares, Eduardo. 2008. «Las 50 respuestas para entender todo sobre la reforma previsional», *El Mercurio*, sección Economía y Negocios, 17 enero.
- Gill, Indermit, Packard, Truman, y Yermo, Juan. 2005. *Keeping the promise of social security in Latin America*. Washington, Banco Mundial y Stanford University Press.
- Mesa-Lago, Carmelo. 2008. *Reassembling social security: A survey of pension and health care reforms in Latin America*. Oxford, Oxford University Press.
- . 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), Documentos de Proyectos, núm. 63. Se encuentra en la dirección: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf> [consultada el 26 de septiembre de 2008].
- . 2004. *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), Serie Financiamiento del Desarrollo, núm. 144.
- . 2002. *Buscando un modelo económico en América Latina ¿Mercado, socialista o mixto? Chile, Cuba y Costa Rica*. Caracas, Nueva Sociedad.
- Ministerio de Planificación. 2008. Se encuentra en la dirección: <<http://www.mideplan.cl/final/index.php>> [consultada el 26 de septiembre de 2008].
- Montecinos, Verónica. 2006. *Notas sobre género y seguridad social*. Santiago, documento inédito. Puede solicitarse escribiendo a la autora a su dirección electrónica en la Universidad Estatal de Pensilvania: vxm11@psu.edu.
- Pérez, Cecilia. 2006. *El Programa Puente. La entrada al Chile Solidario*. Santiago, Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS). Se encuentra en la página: <<http://public.programa.puente.cl/index.html>> [consultada el 30 de septiembre de 2008].
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). *Informe sobre Desarrollo Humano*, años 1993 a 2007/2008. Madrid, Barcelona, México; Ediciones Mundi-Prensa.
- Sojo, Ana, y Uthoff, Andras (directores). 2007. *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. Santiago de Chile, Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Subsecretaría de Previsión Social. 2008. *Boletín Previsional*, núm. 3 (julio). Santiago,
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). 2008. *Boletín Estadístico*, núm. 201 (noviembre-diciembre de 2007). Santiago de Chile.
- Superintendencia de Pensiones. 2008. Se encuentra en el sitio: <<http://www.safp.cl/573/channel.html>> [consultado el 25 de septiembre de 2008].
- Superintendencia de Salud. 2007a. *Boletín Estadístico 2006*. Santiago.
- . 2007b. *Informe Final. Estudio de Opinión*. Santiago.