

DESIGUALES

ORÍGENES, CAMBIOS Y
DESAFÍOS DE LA BRECHA
SOCIAL EN CHILE



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

DESIGUALES

Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile

www.desiguales.org

© Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), junio 2017

www.cl.undp.org

© Uqbar Editores

www.uqbareditores.cl

ISBN: 978-956-7469-86-4

Edición de textos: Andrea Palet, Pilar de Aguirre

Diseño y Diagramación: TILT Diseño

Difusión: Acento en la Ce

Primera edición junio 2017

Primera reimpresión julio 2017

Impreso en Santiago de Chile en los talleres de Ograma Impresores

En la impresión de este libro se utilizó papel bond ahuesado de 80 gramos para el interior y papel cuché de 250 gramos polilaminado para la portada

Los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente

Cita recomendada:

PNUD (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

En el presente libro, siempre que es posible, se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista. Conscientes de que existe debate al respecto, consideramos sin embargo que las soluciones que hasta ahora se han intentado en nuestro idioma no son sistemáticas y obstaculizan la lectura. Por lo tanto, en los casos en que sea pertinente, se usará el masculino genérico, que la gramática española entiende que representa a hombres y mujeres en igual medida.

REDISTRIBUCIÓN DE INGRESOS Y SEGURIDAD SOCIAL

Entre las funciones de los Estados modernos está recolectar impuestos, transferir recursos y beneficios a grupos de la población, garantizar ciertos bienes y servicios en calidad de derechos, regular las relaciones entre empleadores y trabajadores, fijar salarios mínimos y controlar los monopolios. Todas estas acciones tienen consecuencias distributivas sobre el ingreso y los demás recursos socioeconómicos, y con ellas los gobiernos pueden contribuir decisivamente a reducir las desigualdades (o a reproducirlas).

La función distributiva de los gobiernos tiene uno de sus exponentes más claros en el modelo del Estado de bienestar, cuyo origen se remonta a la creación de la seguridad social en la Alemania de 1880, cuando se hizo obligatoria la protección de los ingresos de los trabajadores en las situaciones de vejez, invalidez, enfermedad y accidentes del trabajo. Otros países europeos siguieron el ejemplo alemán y agregaron la seguridad social a las funciones tradicionales del Estado hasta ese momento, que eran proveer orden interno, seguridad en las fronteras e infraestructura para el territorio nacional. Los gobiernos de esos países también asumieron responsabilidad por la atención de salud, la provisión de educación, la transferencia de ingresos a familias con necesidades, la vivienda, el empleo y el cuidado de niños y ancianos.

De esta manera, el Estado de bienestar fue uno de los artífices del descenso de la desigualdad en el siglo xx en países de Europa, en Australia y en Nueva Zelanda. Su expansión aumentó significativamente el gasto público social hasta alcanzar niveles entre el 25% y el 35% del PIB. Sin embargo, el envejecimiento de la población ha puesto en discusión la factibilidad del modelo en algunas de esas economías, pues se prevén incrementos importantes del gasto en un futuro próximo.

La función social del Estado se desarrolló de manera más tardía en otras regiones. En América Latina, los países pioneros fueron Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay, que introdujeron la seguridad social en la década de 1920. En un principio estos sistemas cubrieron a los empleados públicos y los trabajadores industriales; posteriormente se fueron incorporando otros grupos que obtenían beneficios acordes a su capacidad de presión o al interés que mostraban los gobiernos por ellos. En un primer período, estos países organizaron la atención de salud en torno a la seguridad social, mientras que los sistemas educativos se desarrollaron a través de los Ministerios de Educación pero con participación significativa de la oferta privada en algunos casos.

La acción social de los Estados latinoamericanos ha sido menos profunda que la que caracteriza al modelo del Estado de bienestar en términos del monto de los beneficios y el porcentaje de la población cubierta por los programas sociales; por eso los especialistas han preferido usar una denominación diferente para estos países, como “Estado social”, “Estado proveedor”, “Estado de compromiso” o, simplemente, “políticas sociales”.

La pregunta central de este capítulo es si en los últimos veinticinco años el Estado chileno ha tenido o no un papel efectivo en reducir la desigualdad en el ámbito de los ingresos y la seguridad social de pensiones, salud y protección de ingresos en el desempleo. Otros ámbitos de la acción gubernamental con consecuencias distributivas, como la educación y la institucionalidad laboral, se abordan en los capítulos previos.

En la primera parte se evalúa el impacto de la política fiscal (transferencias gubernamentales e impuesto a la renta) en redistribuir los ingresos que resultan del funcionamiento del mercado. Es importante tener en cuenta que el funcionamiento del mercado ya contiene el efecto de leyes, regulaciones, bienes públicos y otras iniciativas de los gobiernos, por lo que la influencia del Estado en la distribución de ingresos es más amplia que la redistribución fiscal.

En la segunda parte se analiza la distribución de la seguridad social de las pensiones de vejez, la atención de salud en la enfermedad y la protección de ingresos en la cesantía. En estos casos importa tanto la protección efectiva que obtiene la población como la seguridad *ex ante* que supone contar con protección en caso de necesidad. En el país una parte de la seguridad social es administrada por entidades privadas, pero esta función está mandatada por el Estado y opera de acuerdo con normas establecidas en leyes y reglamentos públicos, de modo que es pertinente evaluar sus resultados distributivos en este capítulo, que trata sobre mecanismos del Estado.

Redistribución de ingresos

La redistribución de ingresos se realiza en la actualidad a través de transferencias gubernamentales e impuestos, pero en épocas pasadas fue también frecuente la fijación de precios de los productos de primera necesidad. Un antecedente de principios del siglo xx fue la situación de los arriendos de piezas en conventillos, viviendas precarias o retazos de terrenos ubicados en las afueras de las ciudades, en el contexto de la masiva migración del campo a las ciudades. Las continuas alzas en estos alquileres dieron origen a un movimiento de arrendatarios que en 1925 logró que el gobierno dictara un decreto ley que rebajaba en un 50% el valor de los arriendos de las habitaciones “insalubres”, y fijaba montos máximos para las restantes.

Más adelante, durante el corto gobierno socialista de Carlos Dávila (1932), se creó el Comisariato General de Subsistencia y Precios, cuyo fin era proteger a los sectores populares de la carestía a través de la fijación de precios y la clausura de empresas que no respetaran estas disposiciones. El organismo no funcionó en el segundo gobierno de Arturo Alessandri, pero se activó con el arribo del Frente Popular en 1938, cuando el Comisariato intervino nuevamente los precios de los arriendos de las viviendas económicas. En 1953, el organismo fue sustituido por la Superintendencia de Abastecimiento y Precios, la que dio lugar en 1960 a la Dirección de Industria y Comercio (Dirinco), organismo que tuvo un papel activo en la fijación de precios de productos básicos en la década de los sesenta e inicios de la de 1970.

Otros mecanismos que se usaron en esas décadas para redistribuir ingresos y el poder adquisitivo hacia los trabajadores y sectores populares fueron las tasas de impuestos diferenciadas según tipos de bienes y los salarios mínimos por sectores de la economía. Asimismo, en el contexto inflacionario de la época adquirieron gran importancia los reajustes de salarios, que se fijaban por ley una vez al año, pero que se diluían a medida que las empresas subían los precios de sus productos para recuperar el valor de las utilidades.

El impuesto a la renta con carácter progresivo debutó en el país en 1925, cuando el gobierno de la época aprovechó una supresión temporal del Congreso para introducir progresividad en las tasas de este impuesto. En las décadas siguientes se le introdujo un gran número de regímenes especiales, beneficios y exenciones, lo que dio como resultado un impuesto difícil de administrar y fiscalizar, y por ello poco efectivo como mecanismo redistributivo. Mayor importancia tuvo la asignación familiar, cuyo objetivo era servir de complemento al salario, de modo que el ingreso del trabajo alcanzara a cubrir las necesidades de los hogares. Su monto estaba segmentado por estamento ocupacional —fue más generoso para los empleados que para los obreros— y hacia 1960 llegó a representar un tercio del gasto total de la seguridad social (Arellano, 1985).

El régimen militar que tomó el poder en 1973 eliminó casi todos estos mecanismos redistributivos. Solo siguieron funcionando algunas transferencias monetarias de bajo monto,

dirigidas a los sectores más pobres. En particular, la asignación familiar disminuyó significativamente su valor y se focalizó en los asalariados de ingresos más bajos, se introdujo una transferencia por hijo menor de 18 años para las familias pobres que no accedían a la asignación familiar (SUF), y se crearon las pensiones asistenciales (Pasis) para mayores de 65 años y discapacitados de familias pobres y sin acceso a pensiones contributivas.

Una de las primeras medidas del gobierno militar fue derogar la fijación de precios para que en adelante los determinaran las fuerzas de la oferta y la demanda, que servirían de guía para la asignación de recursos en la economía de mercado. No obstante, en el sector formal de la economía el salario mínimo siguió operando como un piso para las remuneraciones.

En materia de impuestos se introdujo el IVA con tasa única en reemplazo de la tributación diferenciada según tipo de bienes. También se reformó el impuesto a la renta instaurándose un régimen integrado entre empresas y personas, de modo que los dueños y socios de las empresas empezaron a descontar del pago del impuesto el tributo ya pagado por las empresas, y se rebajó sustancialmente el impuesto que estos dueños y socios pagaban por las utilidades que reinvertían. Como resultado, la recaudación del impuesto a la renta como porcentaje del PIB cayó a la mitad, del 5,1% en 1980 al 2,6% en 1990 (Marfán, 1998).

Este diseño no experimentó cambios con la llegada de la democracia en 1990. Fue en la segunda mitad de los años 2000 que se pusieron en marcha las pensiones solidarias, se amplió significativamente la cobertura de las transferencias y se introdujo la lógica de derechos que garantiza el acceso a los beneficios a todos quienes cumplan con los requisitos de elegibilidad.

Las transferencias monetarias hoy se destinan a familias del 40% o 60% de menores recursos, dependiendo del programa, y constituyen pagos que operan bajo la lógica de derechos garantizados. Estos atributos –amplia cobertura y acceso garantizado– las sitúan a medio camino entre los derechos universales garantizados y las transferencias focalizadas en la pobreza.

Para identificar a la población elegible para estos programas se usaba hasta hace poco la Ficha de Protección Social, y antes la Ficha CAS. Estos instrumentos evaluaban la condición socioeconómica de los postulantes y entregaban un puntaje que determinaba su prioridad en el acceso a los beneficios. En 2016 se comenzó a aplicar un nuevo sistema de identificación de los usuarios, basado en datos administrativos en posesión del Estado (registros de impuestos, tenencia de vehículos y propiedades, etc.), que opera bajo la lógica de exclusión de quienes tienen recursos económicos por sobre el umbral establecido del 40% o 60%. El cambio es importante porque la población vulnerable ya no “tiene que probar que es pobre”, como ocurría con el sistema de las fichas.

Todas las transferencias gubernamentales en el país tienen asociados requisitos de acceso adicionales a la condición socioeconómica, como la edad, la condición de discapacidad, la adscripción a un programa de combate a la pobreza u otros; la sola condición de pobreza o

vulnerabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para recibir una transferencia monetaria del Estado.

Las pensiones solidarias son la transferencia monetaria que distribuye más ingresos en la actualidad. Fueron introducidas en 2008 por recomendación de la primera comisión de reforma de las pensiones (Comisión Marcel), para suplementar la cobertura y el monto de los pagos del sistema de pensiones contributivas. Las pensiones solidarias contienen dos instrumentos, PBS y APS: la pensión básica solidaria (PBS) transfiere ingresos a los adultos mayores y personas discapacitadas del 60% de la población de menores recursos, no cubiertas por el sistema contributivo de seguridad social; el aporte previsional solidario (APS) es un pago que complementa la pensión contributiva cuando su monto está por debajo de \$ 304.000 en el segundo semestre de 2016. A inicios de ese año, la PBS y el APS se pagaban a más de un millón trescientas mil personas, en su mayor parte mujeres que no se desempeñaron en un trabajo remunerado o lo hicieron de modo esporádico, por lo que recibían una pensión contributiva de muy bajo monto. En conjunto, estos dos instrumentos dan cuenta de dos terceras partes del total del gasto público en transferencias monetarias.

Las pensiones contributivas pagadas por las APS responden más bien a una lógica de ahorro que de seguro social y están desprovistas de contenido redistributivo. Por eso no se incluyen en la evaluación del impacto redistributivo de la acción fiscal. En cambio, en algunos países estas pensiones constituyen una transferencia gubernamental que es financiada por cotizaciones que funcionan como un impuesto, en el sentido de que no hay correspondencia entre el pago y el beneficio individual. En la mayoría de los países desarrollados las pensiones contributivas funcionan en una modalidad mixta, a medio camino entre un esquema puro de ahorro individual y uno completamente redistributivo.

Por su parte, el impuesto a la renta personal grava los ingresos provenientes del trabajo o del capital a través de una estructura de tasas que crecen con el nivel de ingreso. Este impuesto opera con un gran tramo de exención y no lo pagan las personas que perciben menos de 13,5 unidades tributarias anuales, correspondientes a un promedio mensual de \$ 607.000 en 2016. Eso implica que el 75% del total de los perceptores de ingresos está eximido de pagar el impuesto a la renta personal.

En 2014 se reformó el régimen de tributación de las utilidades integrado entre empresas y personas, que estipulaba que los dueños y socios pagaban impuesto solo para las utilidades que retiraban (el mecanismo del FUT). La reforma, que entra en vigencia en 2017, opera con dos modalidades, una que deroga el FUT y mantiene el sistema integrado y otra en la que el FUT sigue operando, pero en un régimen de pago semiintegrado entre personas y empresas.

Las citadas características del impuesto a la renta, sumadas a un grado significativo de evasión y elusión, resultan en un impuesto que representa apenas el 8% de los ingresos tributarios del Estado (promedio 2010-2015). Es mucho más importante el IVA, que da cuenta de casi la mitad

de los ingresos tributarios. El IVA grava las transacciones de los bienes y servicios de consumo final con una tasa pareja del 19%, de la que quedan exentos algunos pocos servicios como los arriendos, la educación, el transporte de pasajeros y los servicios médicos y hospitalarios.

Efecto distributivo de la política de impuestos y transferencias

El impacto redistributivo de las transferencias y del impuesto a la renta es escaso en el país, como se observa en el Cuadro 1. El estrato socioeconómico bajo recibió en 2015 un monto de transferencias correspondiente al 13% de su ingreso disponible, mientras que los hogares del estrato alto pagaron un impuesto a la renta equivalente al 8% de su ingreso disponible. En el conjunto de los hogares las transferencias representan el 3% del ingreso, y el impuesto a la renta el 3,5%.¹ Estas cifras corresponden a promedios del total de hogares y ciertamente los porcentajes son más altos si se consideran solo los hogares que reciben transferencias o pagan el impuesto a la renta.

El Cuadro 1 incluye estimaciones de la incidencia del IVA en el ingreso de los hogares. Este gravamen compromete recursos cuatro veces más altos que las transferencias o el impuesto a la renta, y es ligeramente regresivo puesto que impone una menor carga porcentual a los hogares del estrato alto (porque los hogares de altos ingresos pueden ahorrar parte de ellos y pagar menos IVA, dado que este grava solo el gasto en consumo).²

CUADRO 1 Ingreso del hogar que se recibe como transferencias o se paga en impuestos (%)

Quintiles de hogares según ingreso per cápita	Ingreso promedio del hogar	Transferencias monetarias como % del ingreso	Impuesto a la renta como % del ingreso	IVA como % del ingreso
Q1	319.000	13,6	0,0	15,4
Q2	548.500	7,4	0,0	15,0
Q3	766.400	3,9	0,2	15,0
Q4	1.092.400	1,8	0,5	14,1
Q5	2.520.000	0,3	8,0	11,6
Promedio	956.800	3,1	3,5	13,4

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Casen 2015.

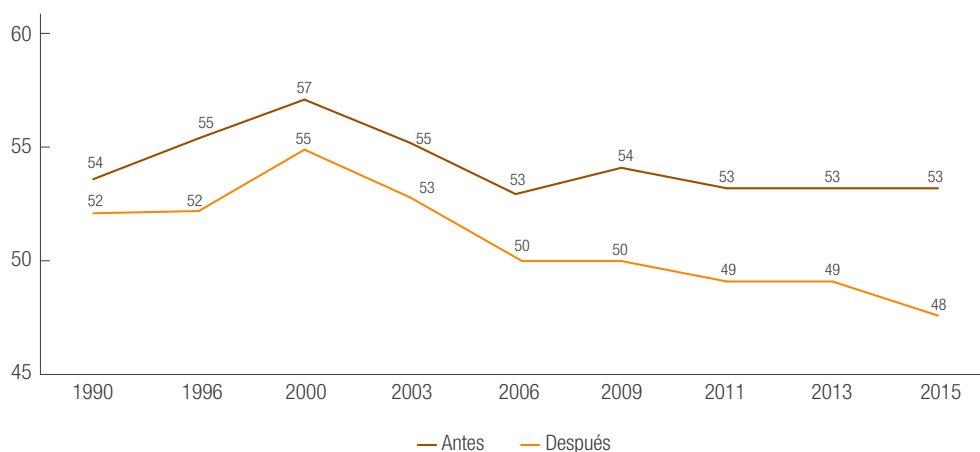
Nota: La unidad de medición es el hogar ponderado por el número de miembros. Se incluyen hogares con ingreso igual a cero, y servicio doméstico puertas adentro se considera un hogar aparte.

El IVA reduce la capacidad de consumo de los hogares, pero no modifica su nivel de ingreso propiamente tal. Por esta razón no se incluye en las evaluaciones sobre el impacto redistributivo de la política fiscal *sobre los ingresos*, pero es importante tener en consideración su impacto sobre la capacidad de consumo de los hogares.

Para conocer qué impacto tienen las transferencias monetarias y el impuesto a la renta sobre la desigualdad de ingresos se requiere comparar la distribución de ingreso *disponible*, que incluye las transferencias recibidas y descuenta los impuestos directos, con la distribución de ingreso primario, que no considera tales transferencias e impuestos. Es un ejercicio solo referencial, puesto que no toma en cuenta que en ausencia de transferencias e impuestos muchas otras cosas cambiarían y los ingresos primarios serían muy distintos de los que supone este procedimiento “mecánico”.

Las transferencias gubernamentales y el impuesto a la renta redujeron la desigualdad de ingreso en cinco puntos porcentuales del coeficiente de Gini en 2015, desde 52,6% a 47,6%. El efecto es insuficiente para revertir la elevada desigualdad de ingresos del país, pero más que duplica el impacto que estos instrumentos tenían en la década de 1990 (Gráfico 1). El aumento del impacto redistributivo de la política fiscal se debe principalmente a la puesta en marcha de las pensiones solidarias en 2008, que aumentaron significativamente el volumen de recursos transferidos a los hogares vulnerables del país. No obstante, el total del gasto en transferencias monetarias representa solo el 1% del PIB en la actualidad.

GRÁFICO 1 Efecto del impuesto a la renta y transferencias sobre el coeficiente de Gini



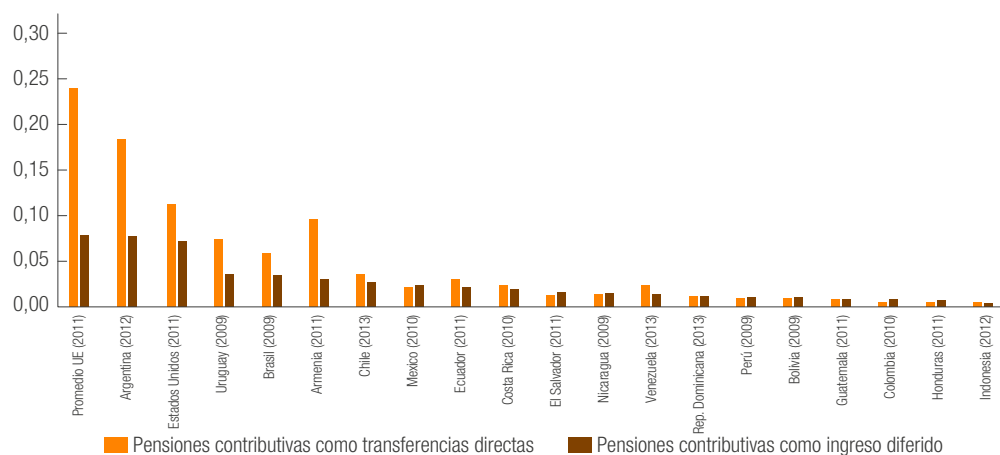
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas Casen, años respectivos.

Comparado con otros países, como se aprecia en el Gráfico 2, el impacto redistributivo de transferencias e impuestos en Chile es bajo respecto del promedio de la Unión Europea, pero intermedio en la región de América Latina: mayor que en México o Costa Rica, pero más bajo que en Argentina o Brasil.

Los datos provienen de un reciente estudio liderado por Nora Lustig (2016) que cubrió 27 países en desarrollo, a los cuales se agregaron estadísticas de un conjunto de países desarrollados. Los resultados conforman dos escenarios según se consideren las pensiones contributivas como ahorro de las personas o como transferencias gubernamentales y por lo tanto redistribución de ingresos. En el primer caso el impacto redistributivo de la política fiscal es muy distinto, en especial en los países desarrollados. En la Unión Europea, el coeficiente de Gini se reduce en 7,7 puntos porcentuales en el primer escenario y en 19 puntos en el segundo, respecto de la situación que regiría de no mediar impuestos ni transferencias. Eso sí, el fuerte impacto redistributivo en el segundo escenario está sobrestimado por la metodología “mecánica” que se ha usado.³

Más allá de las pensiones, en los países desarrollados, en particular en aquellos del centro y norte de Europa, la política fiscal redistributiva opera con impuestos a la renta progresivos de gran cobertura poblacional y con transferencias más bien planas, pero que benefician al conjunto de la población o a gran parte de ella. En cambio en Chile y buena parte de los países latinoamericanos el impuesto a la renta ocupa un lugar secundario frente al IVA, a la vez que las transferencias tienden a ser de bajo monto y están focalizadas en la población pobre o vulnerable. La combinación de políticas de los países europeos no solo tiene mayor potencia redistributiva sino además un carácter integrador, en la medida en que toda o la mayor parte de la población accede a los mismos beneficios.

GRÁFICO 2 Efecto redistributivo (cambio en el coeficiente de Gini) de la política fiscal en 19 países y la Unión Europea



Fuente: Lustig (2015).

Ingreso ampliado y transferencias de servicios sociales

El moderado efecto redistributivo de la política fiscal en Chile es congruente con una política pública que no ha tenido por objetivo explícito la redistribución de ingresos sino hasta hace muy poco. No es que los gobiernos posteriores a 1990 hayan ignorado que Chile tenía un problema serio de desigualdad, sino que se dio prioridad a los grandes problemas sociales que se heredaron de la dictadura, a saber, allegamiento, pobreza, deterioro de los servicios sociales y deuda social con los profesores y otros grupos de la población. Hubo también mucho cuidado en no poner en riesgo el crecimiento de la economía, que venía proveyendo empleo e ingresos, con un fuerte impacto sobre la reducción de la pobreza. Otro factor importante ha sido la influencia que han ejercido los sectores empresariales sobre las decisiones de política pública, en particular la tributaria, como se muestra en el capítulo undécimo del presente volumen.

En este contexto, se apostó a que la educación sería la herramienta que permitiría reducir la desigualdad y la mayor parte del gasto social se concentró en ese sector, así como en salud. Como se muestra en el Cuadro 2, el gasto público en educación, salud y vivienda como porcentaje del PIB prácticamente se duplicó entre 1990 y 2015; y medido como el monto total de recursos por habitante, creció seis veces en términos reales en este período.

CUADRO 2 Gasto público en educación, salud y vivienda

	% del PIB	% del gasto social	% del gasto público	Gasto per cápita (1990 = 100)
1990	5,5	42,6	26,2	100
1995	6,5	48,9	30,0	155
2000	7,5	54,0	33,6	222
2005	7,3	58,9	36,7	284
2010	8,9	60,1	40,5	441
2015	10,5	65,6	44,7	593

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Dirección de Presupuestos, Informe de las Finanzas Públicas, años respectivos.

Ahora bien, el gasto público en educación, salud y vivienda se traduce en bienes y servicios que reciben los hogares, por lo que es pertinente evaluar su incidencia sobre la distribución del total de recursos con que estos cuentan. Para eso se requiere cuantificar el costo de los bienes y servicios que recibe cada hogar, resultado que deriva en el ingreso *ampliado*, que es la suma del ingreso monetario más el equivalente monetario de las transferencias en servicios. La comparación del Gini entre el ingreso monetario y el ingreso ampliado informa sobre el impacto distributivo de este tipo de transferencias. Es importante notar que lo que se evalúa es solo la dimensión monetaria de estas transferencias; tanto o más relevante es la distribución de la educación y la salud en sí mismas, como dimensiones del bienestar distintas del ingreso, aspectos que se tratan más adelante en este capítulo para salud y en el capítulo octavo para educación.

Para estimar el equivalente monetario de los servicios recibidos por educación y salud es necesario cuantificar el gasto en que incurre el Estado en la provisión de componentes particulares de estos servicios. El procedimiento involucra cuantificar para cada hogar el equivalente monetario de los servicios de educación y salud que reciben en forma subsidiada desde el Estado, y se hace recurriendo al costo de provisión de esos servicios. Para la vivienda que se adquirió con un subsidio público se usa como valor monetario de la transferencia el alquiler imputado, que es el que se tendría que pagar cada mes si se arrendara una vivienda con similares características y ubicación. En caso de que el subsidio haya cubierto solo una fracción del valor de la vivienda, se descuenta del alquiler imputado el monto del dividendo pagado.⁴

El valor monetario de las transferencias gubernamentales en bienes y servicios es muy significativo. Los hogares del quintil más pobre más que duplican sus recursos si se suma a sus ingresos el equivalente monetario de los servicios recibidos; en el segundo quintil, el valor de estas transferencias representa el 50% de los ingresos monetarios y en el tercer quintil el 28%. En cambio para el quinto quintil representan solo el 3% de sus ingresos (Cuadro 3).⁵ Como resultado, a la distribución del ingreso ampliado se le asocia un coeficiente de Gini que es 11 puntos porcentuales menor que la distribución del ingreso disponible, un efecto mucho más alto que si se consideran solo impuestos y las transferencias monetarias.

Este resultado no es tan bueno como pareciera a primera vista. Es cierto que la política pública ha sido capaz de incrementar en forma considerable los recursos de que disponen los hogares de menores ingresos gracias a la gran expansión que tuvo el gasto social en el período posterior a 1990, pero el resultado refleja también una estructura socialmente muy segmentada de estos servicios: en Chile la población más pobre accede a servicios que le entrega gratuitamente el Estado en instituciones públicas y que tienen problemas de calidad (educación) o de largas esperas (salud), los sectores medios acceden preferentemente a servicios privados de mejor calidad, que son cofinanciados por el gobierno y los usuarios (educación particular subvencionada, atención de libre elección en Fonasa), y los grupos de altos ingresos compran servicios privados de educación y salud de mayor calidad y costo, sin mediar financiamiento público.

CUADRO 3 Recursos recibidos como porcentaje del ingreso monetario de los hogares, por quintil de ingresos

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
Educación	63,3	26,9	14,3	6,4	1,2	8,6
Salud	30,2	15,6	8,9	4,4	0,9	5,1
Vivienda	12,8	7,1	5,2	3,7	0,9	3,0
Total (2011)	106,2	49,6	28,3	14,6	3,0	16,7
Chile 1990	39,2	16,5	9,5	8,1	0,7	4,6
OCDE	66,3	41,0	30,2	22,3	12,8	25,8

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Casen 2011; OCDE (2011); y Bravo, Contreras y Millán (2002).

En los países de la OCDE la distribución de los servicios sociales provistos por el Estado está mucho menos segmentada. En Chile, el valor monetario de los servicios que como porcentaje de su ingreso monetario recibe el quintil primero es 35,4 veces más alto que en el quintil quinto (106,2/3,0). En el promedio de los países de la OCDE la diferencia es de 5,2 veces (66,3/12,8 en la última fila). La menor brecha que en promedio presentan los países de la OCDE es reflejo de transferencias que se distribuyen de modo más parejo entre la población. Nuevamente, la opción europea por los impuestos progresivos y las transferencias planas de estos servicios ha probado ser más efectiva para reducir tanto la desigualdad de recursos como la estratificación social, pero ello no quiere decir que sea fácil de aplicar en un país como Chile, porque la modalidad que ha estado vigente por décadas ha beneficiado a las clases medias altas, y es probable que se opongan a modificaciones que las afecten (Schneider, 2016).

Seguridad social

La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a su población para asegurarle el acceso a la asistencia médica y garantizar alguna forma de ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo y relacionados. El objetivo es proveer seguridad económica a la población frente a riesgos sociales a través de seguros de carácter obligatorio que son mandados por los gobiernos y financiados por mecanismos inclusivos.

La protección social es un bien porque cubre una necesidad de la población incluso si no se producen los eventos adversos que cubre, porque la certeza de estar protegido es en sí misma un constituyente del bienestar. No es lo mismo vivir en incertidumbre, temiendo por los efectos de un evento negativo de salud o de ingresos, que saber que se está protegido ante tales eventos.

La seguridad social trae consigo un componente redistributivo. En un arreglo de mercado, los seguros en general los adquieren quienes tienen mayor capacidad de pago, mientras que el seguro social aspira a la cobertura universal. Para eso se requiere operar con esquemas que financien la incorporación de los grupos de menores ingresos. Asimismo, los seguros privados ofrecen una cobertura más completa de riesgos a quienes han adquirido planes más caros, mientras que el seguro social provee beneficios más parejos. Por ello los sistemas de seguridad social debieran entregar una distribución más pareja de la protección de riesgos que bajo los arreglos de mercado.

En esta sección se evalúa la distribución de la protección social en tres dimensiones: la atención médica en caso de enfermedad y los ingresos en la vejez y en el desempleo. Interesa conocer

cómo se distribuye la protección efectiva que se recibe cuando ocurren estos eventos, pero también la distribución de la seguridad de que se dispone antes de su ocurrencia.

En Chile participan en la administración de estos sistemas organismos privados, como las administradoras de fondo de pensiones (AFP) o la administradora del seguro de cesantía, pero se trata de esquemas diseñados y mandatados por el Estado, aunque en su implementación intervengan algunos elementos de mercado. Por ejemplo, los trabajadores asalariados están obligados por ley a afiliarse al sistema de pensiones y es el Estado, a través de leyes y normativas, el que define el porcentaje de la cotización, los instrumentos en que pueden invertirse los ahorros previsionales y las reglas que determinan el monto de las pensiones.

El sistema de seguridad social

La seguridad social se creó en Chile en 1925 y se expandió significativamente en las siguientes cinco décadas, como se detalla en el capítulo sobre desigualdad en la historia del país. El sistema vigente tiene su origen en las reformas introducidas durante la dictadura militar, a fines de 1970. En esos años entró en funcionamiento el sistema de pensiones de capitalización individual, que se financia con una contribución obligatoria que se deposita en cuentas de ahorro personales en las administradoras de fondos de pensiones (AFP). Este sistema se hizo obligatorio para los nuevos trabajadores, mientras que los antiguos cotizantes pudieron optar por quedarse en el sistema de reparto. La mayoría se trasladó al nuevo sistema, puesto que ello les significaba un aumento de la remuneración líquida, dado que la tasa de cotización era en promedio la mitad de la pagada en el antiguo sistema.

En adelante, las pensiones del sistema de reparto empezaron a ser administradas por el Instituto de Normalización Previsional (INP), su financiamiento quedó a cargo de recursos fiscales definidos en la ley de presupuestos de cada año y las cotizaciones de los trabajadores que se quedaron en el sistema ingresaron al fisco como recursos generales del Estado.

Los fondos previsionales de las AFP se pueden invertir en instrumentos financieros de renta fija y renta variable (bonos y acciones), tanto en Chile como en el exterior. Estas inversiones están reguladas y hay límites sobre los porcentajes máximos que pueden invertirse en los distintos instrumentos financieros. Al momento de jubilar, la persona tiene dos opciones para convertir el ahorro previsional en un flujo mensual de pensiones. En la modalidad de renta vitalicia, el fondo acumulado se usa para adquirir una pensión vitalicia en una compañía de seguros de vida, mientras que en la modalidad de retiro programado el fondo de ahorro sigue siendo administrado por la AFP, que paga una pensión que se reevalúa cada año según la expectativa de vida de la persona.

El actual sistema de salud también tiene su origen en las reformas que se introdujeron durante el régimen militar. En esos años se dispuso que todos los trabajadores asalariados y pensionados debían pagar una cotización obligatoria, que se podía depositar en el sistema público (Fonasa) o en seguros privados (Isapres), mientras que el Servicio Nacional de Salud se desconcentró en veintiséis servicios de salud territoriales, que quedaron a cargo de los hospitales públicos, y la administración de los consultorios de atención primaria se traspasó a los municipios.

Esta reforma dio paso a un sistema de seguros dual, que opera con lógicas distintas y que segmenta a la población según nivel de ingresos y riesgo de salud. El Fonasa ofrece un conjunto relativamente estandarizado de atenciones de salud a sus afiliados en consultorios y hospitales públicos, pero incluye la opción de libre atención, que establece que una parte de sus afiliados puede atenderse con prestadores privados. En cambio, las Isapres ofrecen múltiples planes de salud cuya cobertura depende del monto cotizado y del riesgo de salud de los afiliados. La lógica del seguro privado es de mercado, en el sentido de que hay correspondencia entre el pago y los servicios ofrecidos.⁶

La llegada de la democracia en 1990 no modificó la organización de estos sectores. Se optó más bien por la recuperación de la oferta pública, sin abrir conflictos políticos que pudieran arriesgar la transición a la democracia. Más tarde, en los 2000, se puso en marcha un conjunto de políticas de protección social que se hicieron cargo de riesgos que no estaban bien cubiertos por el sistema de seguridad social vigente.

Así, para ampliar la cobertura de las pensiones y mejorar el monto de los pagos, y dado que el sistema de capitalización individual no cubría a quienes trabajaban en empleos informales o en labores domésticas en sus hogares, a la vez que un porcentaje importante de quienes cotizaban lo hacían en forma irregular por efecto de una realidad laboral mucho más fragmentada que la supuesta en el diseño del sistema, se introdujo un componente solidario administrado por el Estado. La puesta en marcha del pilar solidario transformó el sistema de seguridad chileno en uno mixto, que combina elementos de capitalización individual y transferencias monetarias del Estado. Antes existía una pensión asistencial (Pasis), que se pagaba a personas de escasos recursos sin acceso a la pensión contributiva, pero se trataba de un subsidio del Estado antes que de un componente de la seguridad social.

El cambio más importante en la salud fue la reforma que tuvo por eje central la ley AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Esta seleccionó un subconjunto de problemas sanitarios, los más importantes en términos de carga epidemiológica y/o de percepción ciudadana, y les otorgó garantías de oportunidad en lo que respecta a tiempos de espera máximos, a su calidad a través de la acreditación de establecimientos y certificación de médicos, y a protección financiera mediante un desembolso anual máximo por familia según problema de salud (Paraje e Infante, 2015).

En los 2000 entró también en funcionamiento el seguro de desempleo, un mecanismo que existe desde hace largo tiempo en otros países. En Chile los empleadores tenían la obligación legal de pagar una indemnización en caso de despido del trabajador, equivalente a un mes de sueldo por cada año trabajado para ese empleador, con un tope de 11 meses. El nuevo seguro de desempleo no sustituyó la indemnización por despido, de modo que hoy ambos esquemas operan de manera simultánea en el país.

El seguro de desempleo no incluyó a los funcionarios públicos, porque se consideró que tenían estabilidad en sus empleos, ni a los trabajadores por cuenta propia y asalariados sin contrato, por la dificultad de saber si están efectivamente empleados o desempleados. La administración del seguro se depositó en una sola entidad, la Administradora del Fondo de Cesantía (AFC), que se licita por diez años. Esta modalidad tuvo por propósito aprovechar las economías de escalas existentes en la gestión del seguro y así reducir costos. La AFC opera bajo un mandato público y se regula a través de normas y reglamentos por la Superintendencia de Pensiones.

Distribución de la seguridad económica durante la vejez

Como se mencionó, el sistema de pensiones funciona con dos pilares, el contributivo y el solidario. El primero se refiere a las pensiones que obtienen quienes cotizaron para la seguridad social, sea en el sistema de AFP o en el antiguo esquema de reparto. El pilar solidario tiene por foco a la población de menores recursos que no tiene acceso a una pensión contributiva, o que obtiene una pensión de bajo monto.

La cobertura de ambos pilares para años seleccionados del período 1990 a 2015 se presenta en el Cuadro 4. El indicador es el porcentaje de la población de 65 y más años que recibe una pensión, distinguiendo entre pensión contributiva y no contributiva.

La cobertura de la pensión contributiva se ha expandido a medida que crece el porcentaje de pensionados de las AFP (última columna). Los afiliados de las AFP pueden jubilarse sin importar el número de cotizaciones que hayan depositado a lo largo de la vida laboral, por lo que el monto de la pensión resultante puede ser muy bajo, mientras que en el antiguo sistema de reparto se debía cumplir con un mínimo de cotizaciones. Así, el régimen de las AFP es más permisivo en la obtención de la pensión, lo que explica que aumente el porcentaje de adultos mayores que recibe una pensión contributiva a medida que crece el número de pensionados de las AFP.

En el caso de la pensión no contributiva, la cobertura ha crecido desde fines de los 2000 tras la introducción de las pensiones solidarias. En 2015 recibía pagos no contributivos el 58,4% de la población de 65 y más años, que es la suma de la población cubierta por la pensión

básica solidaria (22% de los adultos mayores) y el aporte previsional solidario (46%). Como este último beneficia a personas que reciben una pensión contributiva de bajo monto, la suma de la cobertura del componente contributivo y no contributivo es mayor al 100% en el 2009 y 2015.

CUADRO 4 Población de 65 y más años con pensiones contributivas y no contributivas (%)

	Pensión contributiva (AFP e INP)	Pensión no contributiva (Pasis y pensión solidaria)	% de pensionados de AFP en régimen contributivo
1990	54,1	18,9	6,6
2000	56,8	14,5	30,2
2009	60,3	42,8	49,9
2015	66,5	58,4	60,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Superintendencia de Pensiones, INE y Casen, años respectivos.

A continuación se examina el aspecto distributivo del sistema de pensiones. Son tres las preguntas de interés: i) ¿qué porcentaje de los pensionados según estrato socioeconómico recibe una pensión de monto inferior a un estándar mínimo?, ii) ¿qué posición ocupan en la distribución general de los ingresos los hogares donde viven adultos mayores?, y iii) ¿cómo se distribuye la seguridad *ex ante* que las personas tienen sobre los ingresos de que dispondrán para la vejez?

La primera pregunta evalúa la capacidad del sistema de pensiones para proveer un estándar de vida mínimo a los jubilados. Se refiere por tanto al esquema contributivo, en que los trabajadores pagan una cotización durante el ciclo laboral a cambio de recibir un pago que les permita solventar los gastos durante la vejez. En rigor se debiera analizar la situación de quienes cotizaron en forma regular, pero no se dispone de tal información. No es un problema en el caso de los pensionados del INP, puesto que el sistema de reparto exigía cumplir con un mínimo de cotizaciones para obtener la jubilación, de modo que los pensionados cumplen con este requerimiento. Para los pensionados de las AFP no hay tal garantía, pero en su defecto se cuenta con el suplemento provisto por el aporte previsional solidario (APS) para las pensiones de monto muy bajo. La suma de ambos componentes debiera entregar una pensión mínima en este grupo.

¿Cuál debiera ser el monto de la pensión mínima? A diferencia del salario mínimo legal, no se dispone de un mínimo preestablecido para el monto de la pensión. Para fines de este análisis, entonces, se define como mínimo un pago equivalente al 70% del salario mínimo del año respectivo. Este porcentaje corresponde a la tasa de reemplazo promedio de las pensiones para un historial completo de cotizaciones en los países de la OCDE y ha sido propuesto como meta para Chile. El valor propuesto para la pensión mínima corresponde al pago que hubiese obtenido durante la vejez un trabajador que ganaba el actual salario mínimo y cotizaba en forma regular.

Los resultados se presentan en el Cuadro 5 por estrato socioeconómico, definido según la escolaridad de los pensionados. No se usa el ingreso para estratificar porque está en parte determinado por el monto de la pensión, lo que causaría un problema de recursividad en la definición. Por otra parte, la fuente a la que se recurrió (encuesta Casen) no contiene información que permita conocer la clase ocupacional a la cual pertenecían los actuales jubilados.

En concordancia con las voces críticas de la sociedad civil escuchadas en el último tiempo, los resultados en el Cuadro 5 muestran que hay un problema muy serio con el monto de las pensiones, puesto que alrededor del 50% de los jubilados percibía una pensión contributiva inferior al mínimo entre 2000 y 2009. Este porcentaje se mantiene en 2015, una vez que se suma el pago solidario complementario (APS). En ausencia de este componente, un 72% de adultos mayores recibiría una pensión inferior a la mínima.

No se trata de que los montos de las pensiones sean altos y parejos para todos, pero bien se puede postular que ningún pensionado que cumpla con los requisitos de elegibilidad que define el sistema obtenga una pensión por debajo de un mínimo. Es importante notar que el monto mínimo que se usa aquí es solo ilustrativo, en ningún caso se trata de una propuesta de política pública.

CUADRO 5 Pensionados de 65 y más años con pensión bajo el mínimo (%), según nivel de escolaridad

	Distribución aproximada del total de pensionados según escolaridad				Total
	50% inferior	20% siguiente	20% siguiente	10% superior	
1990	48,4	31,5	21,0	7,6	37,1
2000	68,9	60,1	29,3	7,3	53,3
2009	66,8	60,4	36,0	18,9	52,4
2015	89,6	73,1	62,4	33,0	72,5
2015 ⁽¹⁾	57,2	49,2	41,0	21,3	47,0

Fuente: Elaboración a partir de encuestas Casen, años respectivos.

Nota: El mínimo se define como el 70% del salario mínimo de cada año.

(1) Incluye APS.

Las causas de las bajas pensiones difieren según el régimen contributivo. Las pensiones pagadas por el INP son financiadas por el Estado y experimentaron una fuerte caída en términos reales durante los años ochenta porque absorbieron una parte del ajuste a que fue sometido el gasto público por la crisis de la deuda externa y el rescate que tuvo que realizar el régimen de un número significativo de bancos y empresas. Durante los noventa hubo una recuperación parcial del valor de las pensiones, pero la prioridad del gasto público estuvo centrada en el fortalecimiento de la educación, la salud y la vivienda social.

En el caso de las AFP, el bajo monto de la pensión se explica principalmente por la irregular frecuencia de las cotizaciones a lo largo del ciclo laboral, que deriva en una acumulación

insuficiente de ahorro en las cuentas individuales. En el capítulo séptimo se examinan las trayectorias laborales de más de 60.000 personas y se muestra que los trabajadores con bajos salarios alternan períodos en que son asalariados formales y períodos con empleos informales, desempleo y/o inactividad. Del total de 132 meses considerados en el análisis, los trabajadores hombres que perciben salarios bajos estuvieron ocupados en empleos formales un promedio de 82, mientras que las mujeres lo hicieron un promedio de 73 meses. En contraste, los hombres con salario alto trabajaron en empleos formales un promedio de 115 meses y las mujeres 109 meses.

Estos datos apuntan también a una desigualdad de género en los pagos. Hay que tener en cuenta que a la menor densidad de cotizaciones que presentan las mujeres se agregan una edad más temprana de jubilación y una mayor expectativa de vida. Cada uno de estos elementos contribuye a ampliar la brecha de género en las pensiones en el sistema de capitalización individual. En 2016 las mujeres obtenían en promedio una pensión que incluso con el APS era 30% más baja que el promedio de los hombres.

La segunda pregunta concierne a la posición de los jubilados en la distribución de ingresos de los hogares. El bajo monto de las pensiones llevaría a suponer que los adultos mayores viven en una situación extendida de pobreza o vulnerabilidad de ingresos. Sin embargo no es el caso, puesto que los mayores de 65 se distribuyen en forma bastante pareja entre los quintiles de ingreso (Cuadro 6). No están en una situación más desmedrada de ingresos de sus hogares que el promedio de la población. Ello se explica porque existen otras fuentes de ingresos en el hogar: solo en el 8% de los hogares donde viven adultos mayores la pensión de uno de ellos constituye el único ingreso. En el promedio de los hogares con adultos mayores la pensión de vejez o viudez representa el 36% del ingreso total (Casen 2015).

La importancia porcentual de la pensión en el ingreso total del hogar decrece en los quintiles de mayores ingresos (Cuadro 7). En 2015 representaba en promedio el 17% del ingreso del hogar en el quintil más alto y el 60% en el quintil pobre. De este modo, la ausencia de otros ingresos hace más probable que el hogar donde viven jubilados se encuentre en situación de pobreza.

CUADRO 6 Distribución porcentual de la población de 65 y más años por quintil de ingreso del hogar

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1990	14,2	20,2	22,4	22,2	20,9
2000	11,5	20,0	24,5	24,2	19,8
2009	22,0	23,5	20,1	19,0	15,5
2015	21,2	22,9	21,0	19,6	15,3

Fuente: Elaboración a partir de encuestas Casen, años respectivos.

Nota: Incluye a todas las personas de 65 y más, aunque no reciban una pensión contributiva o solidaria/asistencial.

CUADRO 7 Porcentaje de la pensión en el ingreso del hogar, por quintil de ingreso del hogar

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
1990	49,1	47,0	33,9	26,3	20,3	34,2
2000	48,6	48,3	37,4	30,1	25,2	36,7
2009	60,6	39,9	28,9	21,3	15,0	34,9
2015	60,3	40,9	27,2	22,4	17,1	34,9

Fuente: Elaboración a partir de encuestas Casen, años respectivos.

Nota: Considera solo hogares con personas de 65 y más años.

La tercera pregunta alude a la distribución de la seguridad que se tiene sobre los ingresos de que se dispondrá durante la vejez. No es sorprendente que el problema de las bajas pensiones haya hecho cundir la sensación de inseguridad en la población. Menos de la mitad de las personas de entre 24 y 54 años de los quintiles primero y segundo cree que contará con los ingresos requeridos para cubrir las necesidades básicas cuando sean adultos mayores (Cuadro 8). La sensación de inseguridad es mayor en las mujeres, un resultado consistente con la menor cobertura y los menores montos de las pensiones de este grupo.

CUADRO 8 Población entre 25 y 54 años que piensa que contará con ingresos suficientes en la vejez para cubrir sus necesidades básicas, 2016 (%)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Hombres	42,7	51,5	59,3	65,1	71,7	61,0
Mujeres	27,9	47,8	57,8	63,3	85,0	55,0
Total	32,9	49,2	64,3	78,5	78,4	58,0

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta PNUD-DES 2016.

Distribución de la atención de salud

Una característica casi única de la seguridad social de salud en Chile es que la cotización obligatoria se puede destinar al seguro público (Fonasa) o a seguros privados (Isapres). El punto no es que pueda haber proveedores públicos o privados, sino que los referidos seguros operan con lógicas muy distintas en términos de la relación entre aporte y beneficio. En el seguro público la cotización se deposita en un fondo general y casi no existe correspondencia entre el monto cotizado y la atención de salud recibida, salvo en la modalidad de libre atención, en la cual a través de un copago se accede a prestadores privados que operan con precios fijados por Fonasa. En cambio los seguros privados operan bajo una lógica de mercado.

Este diseño segmenta a la población según su nivel de ingreso y riesgo de salud. En 2015, las Isapres reunían al 16% de la población adscrita a la seguridad social de salud (el 92% de la población nacional), en particular aquella de mayor ingreso y menor riesgo de salud,

para la cual el monto de la cotización puede financiar el acceso a la salud privada de calidad (Cuadro 9). Fonasa congrega a la población de ingresos medios y bajos, cuyo costo de atención de salud no se alcanza a financiar con las cotizaciones y debe ser complementado con aportes fiscales. El seguro público acoge también a las personas con mayor riesgo de salud, como los adultos mayores, de los cuales el 93% está afiliado a Fonasa.

Entre 2000 y 2015 la población adscrita a Fonasa aumentó en doce puntos porcentuales; la mitad de este incremento se explica por una caída en la participación de las Isapres y la otra mitad proviene de población que no estaba adscrita. Además, en este período aumentó considerablemente el presupuesto público destinado a fortalecer la atención de salud, conforme a los requerimientos de la reforma AUGE: en los años citados el gasto público en salud creció desde el 2,8% al 4,4% del PIB. También han aumentado las críticas de los usuarios de las Isapres; entre el 2009 y 2015 creció de 10% a 30% el porcentaje que no estaba satisfecho con este sistema.

CUADRO 9 Población en Isapre según quintil de ingreso del hogar, sexo y edad, 2015 (%)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Hombres, 18-64	4,6	5,0	8,7	18,6	55,1	20,8
Mujeres, 18-64	2,4	3,7	6,1	14,7	49,6	15,8
Hombres, 65 y más	0,8	1,3	3,1	7,8	34,9	8,1
Mujeres, 65 y más	1,6	1,2	3,0	6,7	25,6	6,1
Total	2,8	3,6	6,6	15,2	49,6	16,2

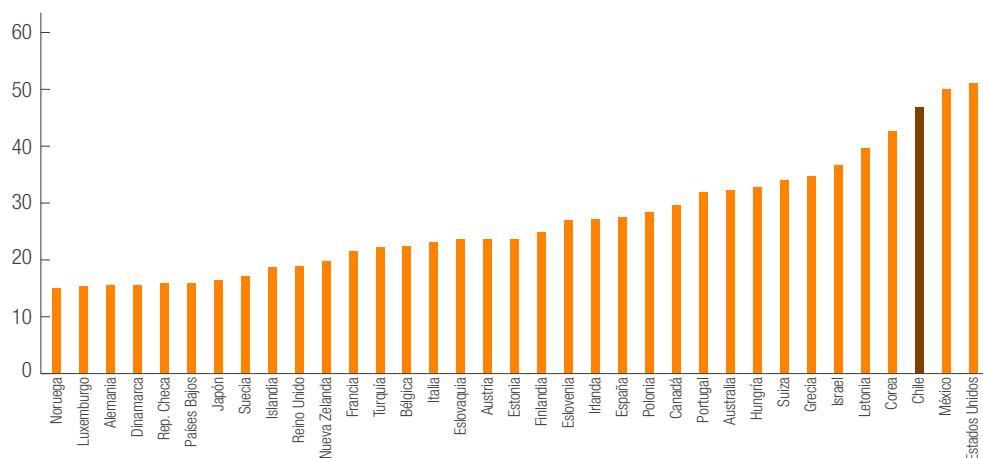
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Casen 2015.

Nota: Considera solo población en Isapre y Fonasa (92% del total); quintiles de ingreso equivalente ($n^{0,5}$).

No obstante, Chile tiene una de las participaciones más elevadas de gasto privado entre los miembros de la OCDE (Gráfico 3). En el quinquenio 2010-2015 el gasto privado representó el 47% del gasto total en salud en el país, comparado con el 27% promedio en la OCDE. El gasto privado incluye las cotizaciones que se depositan en las Isapres, el pago de cotizaciones adicionales para acceder a planes de salud más completos en las Isapres, los seguros complementarios que ofrecen las clínicas y compañías de seguros, los copagos requeridos en la atención de salud, y la compra de medicamentos y otros similares. Así, la elevada incidencia del componente privado hace que la distribución de los servicios de salud sea más dependiente de la capacidad de pago de los hogares en el país.

Uno de los fundamentos de la provisión pública de salud en el mundo es que la atención de salud es un derecho fundamental y su acceso no debiera depender de la capacidad de pago. Dicho eso, la desigualdad en esta materia se mide a través de dos indicadores: i) el acceso a un conjunto de prestaciones médicas ajustado por la necesidad de salud, y ii) la confianza que la población tiene en acceder a servicios médicos en caso de enfrentar un problema grave de salud. En ambos casos se propone la igualdad como ideal normativo.

GRÁFICO 3 Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud, OCDE 2010-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE, promedio anual 2010-2015.

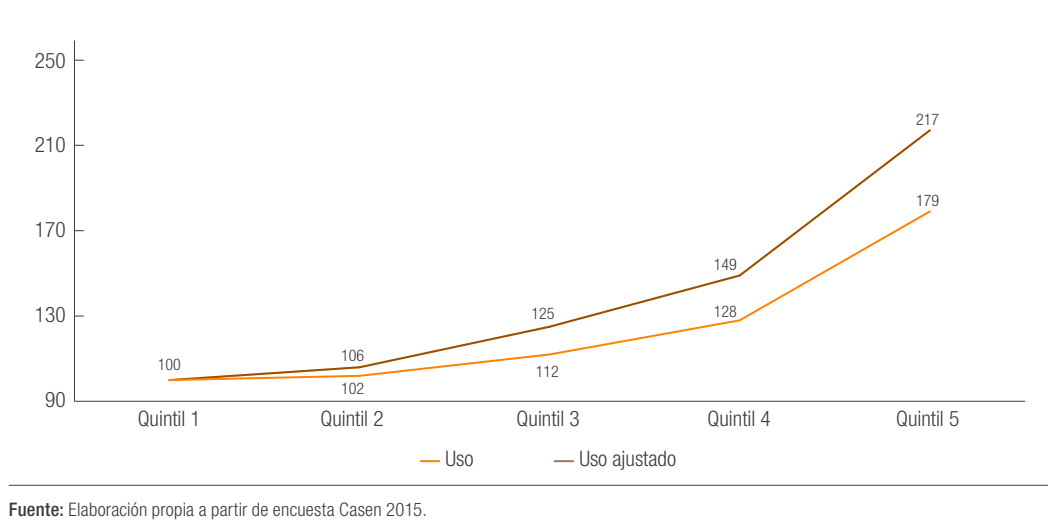
El primer indicador alude a la distribución del acceso a los servicios de salud, sea a través de prestadores públicos o de privados, dado que el sistema chileno es dual. La medición se realiza a partir de los microdatos de la encuesta Casen, que pregunta a las personas sobre el uso que hicieron en los últimos tres meses de un conjunto de prestaciones de salud, incluyendo consultas médicas, exámenes y hospitalizaciones.

Un indicador simple del acceso es el porcentaje de personas que hizo uso de estas prestaciones, cuya distribución por quintiles de ingreso se ilustra en el Gráfico 4 para el caso de la consulta con médicos especialistas. El indicador se expresa como un índice con base igual a 100 para el primer quintil. Se aprecia con claridad la gradiente en el acceso a esta prestación médica, que aumenta fuertemente en el quintil más rico, donde la tasa de acceso a especialistas es 79% más alta que en el quintil pobre.

Sin embargo, se necesita ajustar el indicador simple por un índice de necesidades de salud, puesto que la variable relevante es el acceso de acuerdo con la necesidad. El índice de necesidades se construye con datos de edad, sexo, estado de salud registrado, discapacidad y ocurrencia de un problema de salud en los últimos tres meses. El peso de cada variable en el índice lo determina una regresión (probit) entre el uso/no uso de la prestación y las citadas variables.

El indicador resultante –“uso ajustado”– se presenta también en el Gráfico 4 y su comparación con el indicador simple muestra que la corrección por necesidad incrementa la brecha de atención entre quintiles de ingreso, puesto que hay mayor necesidad de salud en los estratos más bajos. La tasa de acceso ajustada por necesidad del quintil alto es ahora 117% más alta que en el quintil pobre.

GRÁFICO 4 Tasa de uso de consultas médicas de especialidad por quintil de ingresos



En el Cuadro 10 se presentan los resultados del acceso ajustado por necesidad para un conjunto de prestaciones en años seleccionados del período 2000 a 2015. Para no abrumar con cifras, para cada prestación/año se usa un indicador único, que es la ratio en el acceso ajustada por necesidad entre el quintil 5 y el quintil 1.

CUADRO 10 Acceso a servicios de salud ajustado por necesidad, ratio entre quintil de ingresos 5 a 1

	2000	2009	2015
Consulta general	1,42	1,39	1,14
Consulta de especialidad	2,82	2,79	2,17
Consulta de urgencia	0,89	1,00	0,69
Consulta dental	2,72	2,08	1,68
Examen de laboratorio	2,14	1,74	1,26
Imágenes	2,52	1,97	1,58
Cirugía y hospitalización	1,18	1,21	1,18

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas Casen, años respectivos.

Los resultados muestran que las brechas más importantes de equidad se producen en la consulta de especialistas, en la consulta dental y en el acceso a exámenes e imágenes. No obstante, la casi totalidad de las brechas presenta una tendencia a la baja en el período, por lo que se reduce la desigualdad en el acceso a la atención de salud. Una tesis doctoral reciente asocia este resultado con la reforma AUGÉ y el fortalecimiento de la oferta pública de salud que trajo consigo (Frenz, 2016).

El segundo indicador alude a la distribución por estrato socioeconómico de la confianza que se tiene en recibir atención de salud en caso de necesidad. La pregunta formulada en encuestas inquiriere específicamente por el grado de confianza que la persona tiene de que obtendrá atención médica oportuna si enfrenta una enfermedad catastrófica o crónica grave.

En el Cuadro 11 se muestra la distribución de la confianza por estrato socioeconómico en años para los cuales se dispone de información comparable. El resultado más importante es que hay un grado significativo de desigualdad. El porcentaje de personas que en 2016 dijo tener mucha o bastante confianza es del 63% en el nivel socioeconómico alto y solo del 17,5% en el nivel socioeconómico bajo. Este resultado está muy lejos del objetivo que debiera satisfacer un sistema de seguridad social, que debe reducir la incertidumbre frente al riesgo de salud.

CUADRO 11 Población mayor de 18 años que confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave, 2016 (%)

	Quintil de ingreso del hogar					Total
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
Hombres	13,3	22,5	25,6	24,4	67,7	28,0
Mujeres	20,2	22,2	32,3	46,5	58,9	29,2
Total	17,5	22,3	29,2	35,0	63,3	28,6

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta PNUD-DES 2016.

Nota: El porcentaje reúne a quienes tienen mucha o bastante confianza (versus poca o ninguna confianza).

La protección de ingresos en el desempleo

El seguro de desempleo introducido en los años 2000 opera con dos fondos: la Cuenta Individual de Cesantía (CIC) de cada trabajador, que es un fondo de ahorro, y el Fondo de Cesantía Solidario (FCS), que es el componente del seguro propiamente tal. Estos fondos se financian con aportes diferenciados de empleadores y trabajadores. En caso de quedar desempleado, el trabajador con contrato indefinido y un mínimo de 12 cotizaciones en la cuenta individual tiene derecho a recibir un pago mensual mientras se mantenga cesante, hasta agotar el fondo de ahorro, sin importar si fue despedido o si renunció. Si sigue cesante una vez agotado el fondo individual, la persona accede a pagos del fondo solidario hasta un máximo de cinco meses, pero en condiciones más restrictivas relacionadas con el número de cotizaciones realizadas y la razón del desempleo. Si quien pierde el empleo es un trabajador por obra, faena o a plazo fijo, con un mínimo de 6 cotizaciones, puede acceder a todo el ahorro de su cuenta de inmediato.

Está claro que la introducción del seguro de desempleo elevó la protección al trabajador despedido, sobre todo de aquellos que no estaban cubiertos por la indemnización por años

de servicio. Sin embargo, la cobertura del seguro es parcial. En diciembre de 2015 solo la mitad de los trabajadores cesantes recibió pagos del seguro de desempleo.

El acceso al seguro de desempleo no presenta diferencias sistemáticas entre los estratos socioeconómicos, medidos por años de escolaridad por las razones señaladas en el caso de los pensionados. No obstante, se aprecia una fuerte desigualdad de género, pues la tasa de acceso de los hombres es 20 puntos porcentuales más alta que en las mujeres. Esta diferencia podría reflejar una mayor tasa de ocupación de los hombres en empleos formales que cotizan en el seguro de desempleo, así como una información dispar sobre el funcionamiento del seguro, ya que la activación de los beneficios no es automática sino que se requiere que la persona los pida.

CUADRO 12 Cesantes que recibieron pagos del seguro de cesantía, 2015 (%)

Nivel de escolaridad	Hombres	Mujeres	Total
Básica/ninguna	60,7	32,8	50,9
Media incompleta	70,1	22,4	53,7
Media completa	52,7	31,5	45,2
Superior no universitaria	52,0	34,4	45,7
Universitaria completa	69,6	35,3	57,6
Total	57,8	31,8	48,6

Fuente: Elaboración a partir de encuesta Casen y seguro de cesantía.

Nota: Considera personas cesantes por más de dos semanas y menos de dos años.

Conclusiones

La principal pregunta de este capítulo es si la redistribución fiscal y los mecanismos de seguridad social mandados por el Estado han sido eficaces para reducir la desigualdad en los últimos veinticinco años en el país. Y la respuesta es que ha habido avances en este período, pero que son insuficientes si se piensa en el potencial que tienen estos mecanismos para disminuir la desigualdad y proveer seguridad económica a la mayoría de la población.

En los países desarrollados de referencia, la política fiscal redistributiva opera con impuestos a la renta progresivos de gran cobertura poblacional y con transferencias que benefician al conjunto de la población o a gran parte de ella. Esa combinación de políticas tiene no solo mayor potencia redistributiva sino un carácter integrador, pues toda o la mayor parte de la población accede a los mismos beneficios. En Chile el impuesto a la renta tiene un lugar secundario frente al IVA, y las transferencias tienden a ser de bajo monto y se focalizan en los estratos más desfavorecidos. Los gobiernos democráticos desde 1990 privilegiaron la

expansión del gasto público en educación, salud y vivienda para revertir fuertes déficits acumulados en esos sectores, para construir capacidades en las personas y porque el crecimiento económico estaba probando ser muy efectivo en reducir la pobreza de ingresos. Pero el acceso a estos servicios es segmentado por clases sociales, desde servicios gratuitos provistos por el Estado para los más pobres a servicios de calidad que las clases altas compran en el mercado. La opción europea ha probado ser más efectiva en reducir la desigualdad de recursos y la estratificación social, pero su aplicación en Chile tendría que enfrentar la probable oposición de las clases medias altas, que se han beneficiado de la modalidad vigente.

El sistema de pensiones opera en Chile con un pilar contributivo y un pilar solidario, y este último es clave para que la distribución de las pensiones sea menos desigual que la distribución de los salarios. No obstante, el resultado más sobresaliente es el bajo monto de las pensiones. Alrededor de la mitad de los pensionados mayores de 65 años recibe una pensión que, incluyendo el aporte solidario, es inferior al 70% del salario mínimo del año respectivo. Este umbral corresponde al pago que obtendría durante la vejez un trabajador que ganara el salario mínimo actual y cotizara regularmente. No sorprende que la distribución de la seguridad *ex ante* sea muy desigual y que solo los estratos altos se sientan tranquilos respecto de la situación económica que esperan tener en la vejez.

El sistema de salud tiene un componente público y otro privado, y con seguros que funcionan con lógicas de seguridad social y de mercado. Como resultado, la atención de salud se distribuye entre la población en forma menos desigual que el ingreso, pero está lejos del ideal igualitario. Ha habido avances y la brecha entre estratos socioeconómicos en el acceso a prestaciones médicas ajustadas por necesidad se ha reducido en los últimos quince años. No obstante, hay una fuerte desigualdad entre grupos sociales en términos de la confianza que tienen en acceder a atención médica oportuna en caso de enfermedad grave.

Por su parte, el seguro de desempleo introducido en los años 2000 ofrece protección de ingresos a los cesantes que hayan trabajado en empleos formales cubiertos por el mecanismo, pero el acceso a los beneficios es parcial –solo la mitad de los cesantes los recibe– y particularmente desigual en la dimensión del género.

En síntesis, los impuestos, las transferencias y los mecanismos de seguridad social reducen la desigualdad, pero su impacto en Chile es relativamente bajo en comparación con los países desarrollados. El Estado chileno no hace uso del potencial redistributivo de estos mecanismos. Las razones son variadas, entre ellas privilegiar otras funciones de esos instrumentos, cuidar los incentivos de ahorro e inversión y la capacidad de influencia de ciertos actores sociales. Son motivos atendibles, pero el país tiene un problema objetivo de desigualdad y solo el Estado tiene las facultades para inducir cambios significativos en plazos oportunos, sin provocar disrupciones mayores en la sociedad. De esta forma, no parece positivo que el Estado chileno se prive de tener un rol más decidido en lo distributivo.

Existe un cúmulo de experiencia acumulada en materia de buenas y malas políticas públicas que puede servir de guía. Ciertamente el tema no es solo técnico sino sobre todo político, pero no debiera ser difícil obtener un mandato de la sociedad chilena para reducir la desigualdad.

Entre las áreas de intervención posibles, lo más urgente es tener un sistema de seguridad social mucho más efectivo de pensiones y de salud, que entregue un piso de seguridades a la población en estas dos áreas esenciales del bienestar. Es una demanda generalizada y el país cuenta con los recursos y las capacidades necesarias para profundizar los cambios que se iniciaron hace una década.

-
- 1 Los resultados del Cuadro 1 provienen de los datos declarados en la encuesta Casen y están sujetos a subdeclaración, tanto en el caso de los ingresos del hogar como en el monto de las transferencias monetarias (el total de personas que declara recibir transferencias es menor que lo efectivamente pagado por los respectivos organismos). El efecto neto de ambos efectos sobre los resultados es ambiguo, puesto que las cifras en el Cuadro 1 resultan del cociente entre transferencias e ingresos. Por su parte, el impuesto a la renta se calcula como el pago que debieran realizar las personas según su nivel de ingresos y la correspondiente tasa del impuesto. El procedimiento supone que las personas pagan el impuesto que deberían pagar (no evaden) y que los ingresos declarados en la Casen son los mismos que se declaran al Servicio de Impuestos Internos (SII). En la práctica hay evasión tributaria y subdeclaración de ingresos en la Casen, por lo que el efecto neto sobre el porcentaje de impuesto respecto del ingreso es, nuevamente, ambiguo.
 - 2 En cambio, el efecto de las exenciones del IVA es parejo entre los estratos de hogares. La exención del transporte público beneficia a los estratos bajos, y la exención de los servicios de educación y salud beneficia a los estratos altos (que adquieren estos servicios en el mercado). Para estimar el efecto del IVA se requirió imputar en la encuesta Casen la estructura de consumo informada por la encuesta de presupuesto familiar del INE.
 - 3 En países con montos generosos de pensiones, muchos adultos mayores pueden vivir de estos pagos sin mediar otro tipo de ingresos. El método asume que en ausencia de las pensiones estas personas tendrían un ingreso igual a cero, lo que causa que el escenario contrafactual presente una desigualdad de ingresos más alta que la que efectivamente habría en tal evento, puesto que muchos adultos mayores vivirían con familiares.
 - 4 Este procedimiento es válido para agregados de población (que es el caso de interés), puesto que equivale a estimar el subsidio neto como un promedio ponderado entre viviendas que pagan dividendos y aquellas que ya lo pagaron.
 - 5 Estas son cifras promedio que consideran a todos los hogares de cada quintil, hayan o no accedido a la provisión pública de estos servicios.
 - 6 Ha habido varias propuestas de reforma que apuntan a tener un plan de salud único en las Isapres, cuyo costo no esté sujeto a la capacidad de pago ni al riesgo esperado, pero a la fecha no han tenido éxito.