



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE HUMANIDADES

**GASTO PÚBLICO Y DESARROLLO HUMANO
EN CHILE 2006-2022**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTORA EN HUMANIDADES:
ESTUDIOS LATINOAMERICANOS**

PRESENTA:

OLGA LEDESMA POLO

DR. JUAN JOSÉ MONROY GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. ALEXANDER BETANCOURT MENDIETA

CO-DIRECTOR DE TESIS

DRA. NORMA BACA TAVIRA

TUTORA INTERNA DE TESIS

OCTUBRE 2025.



Contenido	
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	21
PARTE I. EL PAPEL SOCIOECONÓMICO DEL ESTADO	21
PARTE II. MODELOS DE DESARROLLO	36
CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL.....	63
Antecedentes históricos	63
Tener una vida larga y saludable	68
Acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral	81
Gozar de un nivel de vida decente y vivienda digna	90
CAPÍTULO III. GESTIÓN DE DATOS. Dimensiones del desarrollo humano y su relación con el gasto público.....	95
TENER UNA VIDA LARGA Y SALUDABLE	95
Garantías explícitas en salud (GES), por casos de salud Fonasa	106
Garantías explícitas en salud (GES), por casos de salud Isapre	117
Cobertura de fuerza de trabajo en relación con cotizantes	123
Número de cotizantes según seguro de salud y región anual	125
Esperanza de vida al nacer	126
ACCEDER AL CONOCIMIENTO PARA UN BUEN DESEMPEÑO SOCIAL Y LABORAL	128
Educación escolar	128
Distribución de educación parvularia por región	152
Distribución de educación básica por región	161
Distribución de educación media por región	168
Distribución de educación superior por región	173
GOZAR DE UN NIVEL DE VIDA DECENTE Y VIVIENDA DIGNA	176
Distribución de ingreso per cápita del hogar	176
Vivienda: inversión habitacional y urbana	177
GASTO PÚBLICO SOCIAL	195
Gasto público por función en relación con el PIB en educación	197
Gasto público por función en relación con el PIB en salud	203
Gasto público por función vivienda en relación con el PIB	205
CAPÍTULO IV	207
VALIDACIÓN DE RESULTADOS	207
CONCLUSIONES	243
FUENTES DE CONSULTA	258
ANEXOS	267

INTRODUCCIÓN

El Desarrollo Humano se fundamenta en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948), cuya base es el reconocimiento de la dignidad humana, la igualdad en derechos, la garantía a los seres humanos de las condiciones básicas de vida digna y libre, y de que se desarrolle en plenitud. Todos estos derechos refieren un cambio total que busca satisfacer las necesidades elementales del individuo en su interrelación con el desarrollo humano, al regular las relaciones humanas con los derechos individuales y de la sociedad en conjunto.

En Chile, a partir del gobierno de Augusto Pinochet, el modelo de crecimiento económico neoliberal detonó el empobrecimiento de los ciudadanos más vulnerables y la concentración del poder económico en unas cuantas manos. Después de la dictadura se han intentado cambios centrados en el desarrollo humano; por consiguiente, es necesario que éstos se reviertan en educación, salud y vivienda para que la sociedad sea incluyente y que practique la equidad y la justicia social.

En ese país, las condiciones socioeconómicas no fueron las esperadas por parte del Estado, por lo que durante 2006-2011 la sociedad se organizó para presentar sus demandas a través de protestas masivas de estudiantes conocida como “la revolución pingüina” junto con padres de familia y profesores; durante éstas, exigían la calidad del sistema educativo y la gratuidad de la educación; aunado a ello, demandaban mayor control y regulación del lucro (mercantilización de la educación). Como consecuencia de estas condiciones, se dio la distorsión y segmentación del mercado, lo que originó

como consecuencia retrocesos en el desarrollo. En el ámbito educativo, el acceso al aprendizaje tuvo como limitante el financiamiento o subvención; esto provocó la exclusión social mientras la educación tenía una amplia cobertura; en cambio, los costos eran muy elevados. La creación de la educación parvularia después de 2006 amplió paulatinamente la cobertura; además, se incorporó a la mujer al mercado laboral y disminuyó la tasa de natalidad. Posteriormente, en 2008 se sentaron las bases para un sistema más amplio de financiamiento en todos los niveles, la educación parvularia formó parte de la subvención, ante estas medidas económicas la matrícula no ha tenido un crecimiento sostenido.

Simultáneamente, la falta de acceso en el sistema de salud intensificó el descontento hacia el servicio público (Fondo Nacional de Salud [Fonasa]) y el privado (Instituciones de Salud Previsional [Isapre]), tanto en la zona rural como en la urbana. Por esta razón, se consolidaron los servicios de salud a través de la Atención Primaria de Salud, Garantías Explícitas [AUGE] y el Plan de Acceso Universal de forma gradual.

En relación con el desarrollo en el sector vivienda, durante 2008-2010 se reflejó un incremento acelerado en el sector de la construcción, pero en febrero de 2010 el sismo y maremoto provocaron una gran devastación en el mismo, donde recintos y servicios públicos dieron origen a la precarización, asentamientos, hogares multifamiliares y una lenta recuperación en casas habitación.

El movimiento estudiantil de 2011 en Chile originó la reestructuración del sistema de becas considerando el seguro médico; los ciudadanos esperaban la reducción del precio de los medicamentos a través de Fonasa, no considerados en el programa GES; así mismo, pedían que se garantizara un fondo económico para asegurar enfermedades catastróficas, modificaciones a la Ley del sistema de pensiones y la seguridad referente a posvandalismo y antivandalismo. Del mismo modo, el alcance de las manifestaciones masivas detonó que en 2019 y 2020 se llevaran a cabo Reformas de Ley respecto a la estructura del Estado en la Cámara de Diputados y Senadores. Las modificaciones fueron en relación con el número de parlamentarios, ajuste en sueldos y reducción de dietas; en materia programática, votaron a favor de la disminución del 50% en el presupuesto anual referente al periodo anterior.

A partir de octubre de 2019, la situación fue cada vez más inestable por el incumplimiento de los derechos humanos, lo que desencadenó una serie de manifestaciones mejor conocidas como estallido social, actos que fueron producto de la insuficiente capacidad de las instituciones del Estado para darle atención. Estas manifestaciones se iniciaron primero en Santiago de Chile y después a lo largo del país; el factor detonante fue el precio del servicio de movilidad, la sociedad pedía la disminución de su valor, incrementado previamente; aunado a esto, requerían que se fijaran los ingresos mínimos garantizados por jornadas laborales completas; asimismo, solicitaban que se estableciera un mecanismo para determinar tarifas de electricidad equilibradas y disminuir el alza; de esta manera, la sociedad también dio continuidad a demandas que a través del tiempo ya habían ocurrido

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) señala que Chile está nominado entre los más altos, y muestra el contraste con una serie de movimientos sociales a través del tiempo. En noviembre de 2019 se firmó el pacto por la paz; en la actualidad, un cambio en la democracia ha dado cambios de manera pausada, derivado de las resoluciones del Estado para legislar.

En 1990 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) presentó un informe en el que emitió el primer índice de Desarrollo Humano (IDH); en éste se consideraron básicamente tres dimensiones: la esperanza de vida, la tasa de alfabetismo y el ingreso per cápita (p.36). El nivel de desarrollo de un país está representado por la sumatoria de los parámetros preestablecidos, lo que garantizó todos los objetivos esenciales del hombre (entiéndase varón o mujer). Desde su creación, el IDH se ha publicado cada año. Evidentemente, ha tenido modificaciones para que en esencia el ser humano logre la calidad de vida e igualdad en diferentes horizontes de tiempo. Durante 2011 se adicionó un componente más en su metodología: el Índice de Desarrollo Humano ajustado por Desigualdad (IDH-D) que promueve la sostenibilidad ambiental y la equidad, se canaliza mediante flujos de recursos dirigidos hacia puntos críticos en relación con la insostenibilidad y desigualdad para alcanzar resultados favorables en beneficio de la sociedad a corto y largo plazo (p.7). Después de la pandemia la incertidumbre ha mermado sobre las proyecciones de largo plazo; en consecuencia, marcaron retrocesos y mediciones que necesitaron ajustes para obtener resultados acordes a la realidad de la sociedad.

De acuerdo con la concepción teórica propuesta por Sen, el desarrollo humano es

un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos, que permite a la persona, en los entornos sociales, económicos, culturales, políticos y medio ambientales en que se encuentre, realizar cosas valiosas para ellos y sus familias, considerando la capacidad de la persona no con base en los ingresos, si no en relación con la libertad individual y la libre agencia. (Sen, 1999, p. 19)

La presente investigación tiene como objetivo analizar el gasto social del Estado en los siguientes rubros: educación, salud y vivienda digna, considerando los beneficios que éste ofrece a la sociedad chilena durante el periodo 2006-2022.

Los objetivos particulares son:

- i. Estudiar los fundamentos teóricos en relación con el gasto público y el desarrollo humano.
- ii. Desarrollar los antecedentes históricos de Chile para comprender la realidad del país de algunos aspectos: económicos, sociales, políticos y culturales.
- iii. Identificar los factores que influyen en el desarrollo humano de algunos aspectos: económico, social, político y cultural en el periodo 2006-2022 y recopilar la información para el análisis según las dimensiones.
- iv. Analizar, con base en lo planeado, la validación de datos y su discusión.

El planteamiento del problema es guiado bajo los siguientes cuestionamientos.

Pregunta de investigación e hipótesis:

¿Qué factores determinantes influyen en el desarrollo humano en la vida social chilena?

¿La condición de vida de los ciudadanos, salud, educación, vivienda digna y la regulación influyen en el desarrollo humano?

¿Para qué? Para identificar, mitigar, controlar y administrar el riesgo entre agentes y así maximizar sus beneficios.

Por consiguiente, con el estudio gasto público total se analizan las decisiones y acciones que emanan de las políticas sociales en beneficio de los habitantes del país.

Con base en lo anterior, la hipótesis que se desprende de esta investigación es la siguiente: El gasto público en factores como salud, educación y vivienda digna pueden ser determinantes en el desarrollo humano de los ciudadanos. El enfoque de la investigación es mixto, de corte transversal, no experimental donde no se manipulan las variables. Para recopilar la información se consideró identificar las variables que permiten conocer las dimensiones que integran el desarrollo humano: a) tener una vida larga y saludable, b) acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral y c) ingresos suficientes para gozar de un nivel de vida decente y vivienda digna (PNUD, 1990a, p.4).

De esta forma, El enfoque de la investigación es cualitativo, de modo que se utilizaron estrategias clásicas, como la investigación de estudio para construir el diagnóstico. En la recolección de datos secundarios se consultó información proveniente de organismos internacionales la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y organismos nacionales: Ministerio de Educación (Mineduc) Ministerio de Salud (Minsal), Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu), Ministerio de Hacienda (Minhacienda) y Dirección de Presupuesto (Dipres)

Para definir el concepto “desarrollo humano” se recurrió a los escritos de Aristóteles, pero no se encontró de manera literal la definición; más bien, este filósofo dio origen al término “felicidad”, que es el principal bien; la felicidad es considerada una actividad del alma: “vivir bien y obrar bien” acorde a la persona, haciendo énfasis en “el morigerado”, que se refiere al deseo de lo que es debido, sin caer en el extremo; muy importante es el equilibrio en el ser humano que se manifiesta en la libertad y capacidad de elegir y realizar actividades de manera dinámica. De esta manera, se busca la “justicia y reciprocidad” en relación con que los gobernantes son guardianes de la justicia; por lo tanto, deben procurar que las personas sean libres e iguales (Aristóteles, 330 a.c., p 26). El filósofo Immanuel Kant (como se citó en Rink, 1803, p. 3) señala que “El género humano debe sacar poco a poco de sí mismo, por su propio esfuerzo, todas las disposiciones naturales de la humanidad”. La dignidad y conocimiento tiene como base una fuerza integrada que el individuo adquiere mediante disciplina, educación e instrucción hacia una estructura cognitiva y moral en todo ser humano, fundamentada

en el entendimiento, la sensibilidad, la razón, la imaginación y la unidad del pensamiento. Dentro de las capacidades morales se consideran la libertad y la autonomía que el ser humano posee, y estos elementos básicos lo facultan para su progreso y el bien del otro. Por lo que la humanidad se educa de una generación a otra y desarrolla sus capacidades mediante procesos de transformación que conducen al bien del ser humano y en beneficio del otro.

Posteriormente, ante la industrialización y los modelos socioeconómicos (capitalismo y socialismo), el magisterio de la Iglesia se pronunció en una primera Encíclica con carácter social: *Rerum Novarum*, cuyo propósito era reconocer un orden social, en beneficio de las condiciones laborales de los trabajadores y la justicia social. “Son todos los hombres iguales, y nada hay que determine diferencias entre los ricos y los pobres entre los señores y los operarios, entre los gobernantes y los particulares” (León XII, 1891, p.16); es decir, la igualdad, la paz y el orden. Fue un documento enfocado hacia el desarrollo social muy importante para la época, dadas las condiciones de explotación laboral y pobreza de los individuos.

El pensador Joseph Lebert (1941) fue uno de los pioneros de la Teología de la Liberación. Durante la Revolución Industrial la riqueza fue generada hacia los que tenían el capital; la mano de obra la proporcionaban los pobres, quienes formaban parte de la sociedad, necesarios para laborar en minas y fábricas, pero vivían marginados —sociedad no integrada o que no participaban de las decisiones establecidas por el Estado en una zona o región—. Así, surgió la Teología de la Liberación, que reconoció

el valor de los seres humanos de forma integral, de tal manera que no vivieran una alineación económica, social, política, cultural.

Después de la Segunda Guerra Mundial, a partir de 1944, el capitalismo se tornó de manera imperante a raíz del Tratado de Breeten Woods, en el que estipuló una base económica que rigió el comercio Internacional y se sentaron las medidas de cooperación financiera; también dio origen al Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial. El término “desarrollo” fue tomado por *el presidente H. Trusman el 20 de enero de 1949* durante la ceremonia inaugural de su mandato, en el que fijó como objetivo primordial impulsar el desarrollo a los países que no tenían calidad de vida (subdesarrollados): carencias económicas en educación, salud, servicios públicos, escasez de recursos que propiciaban altos índices de pobreza extrema. Fue un gran impulso el capitalismo, pero lamentablemente a favor de la acumulación de la riqueza y la desigualdad de la sociedad, derivado de medidas económico-financieras, a lo que llamaron desarrollo económico.

Ante esta realidad, la postura de la religión católica contribuyó al progreso humano mediante acciones sociales y se promulgó la Constitución Apostólica *Gaudium et Spes*, la cual señalaba que se requería colaboración y una nueva civilización plena para que la sociedad contemporánea mejorara condiciones de vida más humanas y fraternas. “El desarrollo debe permanecer bajo el control del hombre. No debe quedar en manos de unos pocos o de grupos económicamente poderosos en exceso, ni tampoco en manos de una sola comunidad política o de ciertas naciones más poderosas” (Concilio

Vaticano II, 1965, p. 33). El concilio fue dirigido a las naciones que tenían modelos económicos y políticos para establecer acciones en favor de la calidad de vida del ser humano y detener el incremento de excluidos, la desigualdad social, los marginados.

En la Encíclica *Populorum Progressio*, la Iglesia se pronunció a favor de asegurar las condiciones básicas de los individuos y naciones, y que los gobiernos eliminaran los monopolios al margen del desarrollo.

El desarrollo no se reduce al simple crecimiento económico. Para ser auténtico, debe ser integral, es decir, promover a todos los hombres y a todo el hombre. El pape del hombre no puede darse sin el desarrollo solidario de la humanidad. (La Santa Sede, 1967, p. 5)

Este planteamiento da un enfoque a favor de la solidaridad, la cooperación y la fraternidad; totalmente opuesto al hedonismo y el individualismo. Después del Concilio Vaticano II, Gustavo Gutiérrez fue el precursor de la *Teología de la Liberación* en Latinoamérica; con su opción a favor de los pobres y la justicia social, proponía que se fomentara en el ámbito económico y social. Después en Medellín en 1968 se llevó a cabo “la conciencia eclesial” con obispos de Latinoamérica, el punto de análisis fue la dependencia que tenían los países subdesarrollados hacia países en desarrollo, haciendo énfasis en que los regímenes capitalista y socialista vulneraban la dignidad humana.

Una situación injusta es la falta de integración sociocultural, que ha dado origen a la superposición de culturas. Y, por lo que toca a lo económico, se implementaron sistemas que contemplaban sólo las posibilidades de los sectores con alto poder adquisitivo, lo que originó una constante inestabilidad política y la consolidación de instituciones puramente formales. (CELAM, 1968, p. 2)

Según el Decreto 326, un ser humano libre goza de ciertas condiciones para el uso de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Estos derechos deberán ser garantizados de manera progresiva, en función de la mayor optimización del uso de los recursos, sin discriminación de ningún tipo y en igualdad de condiciones para hombres y mujeres, con las únicas limitaciones que determine la Ley, y con el objeto de promover el bienestar de toda la sociedad: derecho al trabajo, derecho a la seguridad social, derecho a la vida familiar, derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la salud, derecho a la educación, derecho a la participación en la vida cultural y el libre determinación de los pueblos (CELAM, 1968, p. 2). Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) constituyen para el Estado la obligación de establecer mecanismo jurídicos y administrativos para proceder con justicia en el bienestar de la sociedad (ONU, 1966).

La vinculación del desarrollo humano en Chile en las décadas de 1950-1970 fue conducida por Roger Vekemans en los países del Cono Sur. En Chile desarrolló proyectos que enfocaban cambios estructurales sociales con diversos debates

en torno a la pobreza y la marginalidad urbana que condujo a comprender la desigualdad y la exclusión social. Mediante una serie de debates se abordaron temas en los que se involucraba la participación de intelectuales, políticos y sociedad con relación a la responsabilidad social y la dignidad humana. (Vekemans, 1972, p. 15)

A partir de ese encuentro se dio mayor auge a la Teología de la Liberación entre 1971 y 1990, con diferentes acciones que fueron apoyo a problemáticas como la inequidad social y la exclusión.

Por otra parte, la polarización política e ideológica entre dos bloques capitalistas y socialista, consideró a países que no pertenecían a alguno de los bloques descritos nominarlos “tercermundistas” para constituir un frente común ante la Guerra Fría (1945-1991), aunado a una serie de acciones que situaban las bases a favor del desarrollo y seguridad mediante políticas humanitarias. El desarrollo se expresaba a través mediciones con base en el crecimiento económico; ante esta perspectiva no se describía la realidad de las personas en el contexto social, político, cultural y ambiental; por ello, los números por sí solos ante tendencias e índices discrepaban de acuerdo con las condiciones de vida de la sociedad. Después, O’Donnell et al. argumentaron que la “democracia, el desarrollo humano y los derechos humanos están basados en una similar concepción del ser humano como un agente” (2003, p. 28). Sin embargo, en 1960, Denis Goulet, fundador de la ética del desarrollo, considerado un teórico del desarrollo humano, argumentó: “la ética del desarrollo es humanizar las acciones y

decisiones a fin de un cambio social o los medios para conseguir esos fines” (Goulet, 1996, p. 132). “El objetivo del desarrollo es fomentar la vida. Los países en desarrollo para lograrlo requerirán integrar una estrategia contra la pobreza y el desempleo en que la tendencia será mayor hacia menores mercados internacionales” (Goulet, 1996, p. 85). También señaló que el modelo económico mundial en el que se encuentran inmersos los países en desarrollo no era equitativo.

Entre los resultados más importantes de la presente investigación; se evidencia que el desarrollo humano es un enfoque holístico, dinámico y continuo del ser y hacer humano. Es un vínculo en interrelación de la naturaleza y el entorno, en igualdad de libertades y oportunidades para tener calidad de vida.

El País cuenta con grandes desafíos de manera preventiva y correctiva; tener una vida larga y saludable es menester en el acceso al agua, es una necesidad fisiológica relativa al suministro del servicio, que evita enfermedades infecciosas y mantiene la higiene. Asimismo, en el acceso a la atención médica tiene planes de salud amplios y estandarizados con altas coberturas; sin embargo, el servicio hospitalario implica elevados costos y tiempos de espera aplazados, con infraestructura limitada para cubrir la demanda en tratamientos hospitalarios complejos.

En materia educativa el País ha buscado la calidad en la educación en los procesos de desarrollo enseñanza aprendizaje, para incidir en los resultados. Por otra parte, los ciudadanos gozan de una amplia cobertura educativa a través de Instituciones públicas

y privadas. En Chile la matrícula en educación pública es cada vez menor, la educación se encuentra en su mayoría en manos de las instituciones privadas que auguran calidad educativa para la sociedad, los estudiantes son acreedores a diferentes mecanismos de financiamiento para solventar sus estudios. No obstante, después de culminar la educación básica hay un alto índice de deserción en la matrícula en educación media y las oportunidades de formación académica se esfuman o son limitadas.

En vivienda el Estado ofrece protección a la sociedad como un derecho asistencial, se promueve la urbanización y servicios públicos con un presupuesto restringido. La actividad inmobiliaria se impulsa mediante instituciones privadas que ofrecen la gestión de planes de vivienda de interés social y financiamientos a largo plazo. La oportunidad de adquirir casa-habitación existe, pero el ingreso percibido es bajo, sería relevante fortalecer políticas fiscales con una responsabilidad compartida Gobierno-empresa, que de garantía y seguridad a las familias.

Una vez presentada la introducción, ahora se indica cómo está integrada esta investigación. Contiene cuatro capítulos, en el primero se presenta el estado de la cuestión sobre el papel socioeconómico del Estado y sus funciones, el gasto público y la clasificación funcional del gasto, la justicia social, las políticas sociales, la democracia y el desarrollo humano.

En el segundo capítulo se identifica los factores clave que influyen en el objeto de estudio de algunas medidas, tanto económicas como políticas, sociales y culturales.

El tercero refiere, como primer punto, la dimensión “tener una vida larga y saludable” con el propósito de integrar el análisis de la longevidad, factores que mejoran la calidad y aumentan la esperanza de vida. Se evaluó el gasto según la ley de presupuesto de egresos, dirigido a programas de atención a la salud en diversas partidas, políticas públicas que en su momento se implementaron y que permiten analizar el gasto en salud a favor de la sociedad chilena. Enseguida, como segunda dimensión, “acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral”, que profundiza la educación como base del desarrollo, identifica la proporción de habitantes que no cuentan con formación académica y zonas donde viven según la edad y región urbana o rural. Posteriormente, conocer el alcance de la cobertura en educación universal básica, y la distribución de la cobertura en educación escolar por región parvularia, básica, media y superior en un análisis de cobertura global considerado bajo un horizonte de tiempo. Así mismo, se desarrolla un análisis de la Ley de presupuesto de egresos para identificar partidas presupuestarias de asignación de gasto y su distribución, destinado a infraestructura, tecnologías de la información y comunicación en la educación de calidad. En tercer orden está la dimensión “ingresos suficientes para gozar de un nivel de vida decente”, donde el ser humano satisface sus necesidades según los recursos que ha adquirido y que le permiten vivir dignamente, de tal manera que el individuo optimiza los recursos. El ingreso es un factor significativo y determinante para no vivir en condiciones de pobreza. El nivel de recursos que perciben los ciudadanos da como resultado gozar o no de una casa-habitación propia y de los servicios públicos de calidad. El gasto de vivienda y urbanismo en el presupuesto de egresos del país da pistas para definir la condición de vida de sus habitantes.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

PARTE I. EL PAPEL SOCIOECONÓMICO DEL ESTADO

El Estado es un bloque general que representa la estructura de una nación, integrada por la sociedad, gobiernos e instituciones gubernamentales, cuya misión es el bienestar social en un espacio territorial definido. La naturaleza del ser humano es vivir en comunidad para alcanzar la plenitud, por lo que el Estado tiene como objetivo el “bienestar humano”.

Según Gramsci (1935, como se citó en Portelli, 1973), el Estado es como un instrumento neutral susceptible de usarse por cualquier clase social, un bloque histórico y un sistema social; el primero se conforma de una situación histórica global, estructura y superestructura; el segundo se integra al construir un sistema hegemónico bajo la dirección de una clase fundamental que confía su gestión a los intelectuales. Por bloque histórico se refiere a la interrelación entre la estructura socioeconómica y la superestructura jurídico-política (Portelli, 1973, pp.115-120), Por lo tanto, enfatiza que el Estado es un aparato que refleja una síntesis de coerción y consenso, así como de hegemonía y dominación, lo que permite un análisis más dinámico de las relaciones de poder.

De esta manera, la estructura es la forma en que una sociedad se organiza para producir bienes de consumo y satisfacer sus necesidades. Las normas se implementan con el fin de que la clase dominante obtenga control político, moral, intelectual y

económico mediante el consentimiento (sometimiento) de clases subalternas. Por consiguiente, la hegemonía y el centralismo se transforman en la dirección cultural y moral, puestos al servicio de las ideologías y las luchas políticas vistas como un medio que las consolida. Entonces, la superestructura integra los elementos de la vida social que la caracterizan: cultura, filosofía, religión, ciencia, instituciones sociales, jurídicas y políticas; sociedad civil definida como el fundamento intelectual y moral del Estado, y sociedad política que representa la función de dominio que se expresa en el Estado y en el gobierno jurídico (Betancourt, 1995).

De esta manera, el sistema social se integra sólo cuando se construye un sistema hegemónico bajo la dirección de una clase fundamental que confía su gestión a los intelectuales. El carácter orgánico es que todo intelectual se define en el seno de un bloque histórico determinado, es el vínculo entre estructura y superestructura. Los intelectuales están ligados a diferentes clases. La ideología es la concepción del mundo de la clase dirigente. Las ideologías orgánicas ligadas a una clase fundamental son esenciales. Así mismo, con el desarrollo de la hegemonía la ideología se extiende, ésta crea una o más capas de los intelectuales, son un sistema de ideas que encarnan una visión específica de la sociedad. Se busca cambiar o destruir el sentido común de la clase dirigente por una forma de asumir el mundo que defienda a la sociedad y que permita pleno contacto con ella.

Con base en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el desarrollo se conforma de tres participantes: el primero es el Estado considerado una

institución social que ejerce con calidad y coherencia un marco institucional en la actividad económica, social, política y cultural; el segundo es el mercado definido como un espacio dinámico donde oferentes y demandantes organizan la producción de bienes y servicios; el tercero es el gobierno que se conforma de políticas públicas para dirigir el patrimonio del Estado, los ingresos y gastos fiscales, así como la administración de los recursos humanos correspondientes.

Diversos autores en economía moderna enuncian funciones primordiales del Estado, integradas con base en el papel socioeconómico, en el que se establecen políticas de estabilización, se determinan las prioridades estratégicas de la nación y se administran los recursos comunes de los ciudadanos.

La política fiscal se integra por la captación de recursos, gastos, deuda y las políticas tributarias (códigos, capítulos y programas), integradas en el presupuesto de ingresos y egresos de la nación, que permiten dar cumplimiento a los objetivos de la política económica.

Así mismo, la administración de la hacienda pública se conforma de tres elementos base: el ingreso, el gasto y la deuda pública. Los ingresos son recursos que obtiene y recauda el Estado en el ejercicio de sus funciones, y que se destinan al gasto público; estos, en conjunto, se distribuyen para garantizar el funcionamiento de las entidades: los pagos de personal, la adquisición de bienes y servicios, las inversiones en bienes de capital que destina el Estado en el ejercicio de sus funciones, para satisfacer las

necesidades de la sociedad. El servicio de la deuda pública que deriva de obligaciones contractuales adquiridas a través de financiamiento interno y externo (endeudamiento neto).

El gasto público es uno de los elementos relevantes que encontramos dentro de la política de un país, y consiste en erogaciones de recursos que realiza el Estado para atender las necesidades públicas. El análisis de calidad del gasto público “es el manejo solvente de los recursos públicos para impulsar el progreso de las economías, como es el caso en América Latina de seguir avanzando en el equilibrio equitativo de los recursos” (Mesías et al., 2014, p. 37). El gasto público corresponde a los recursos que desembolsa el gobierno en la compra de bienes y servicios, en los pagos previsionales, en el pago de intereses, en las transferencias y en sus inversiones (Ministerio de Hacienda, 2025). Los recursos destinados con cargo a una partida presupuestaria, bajo estrategias que auguran eficiencia en la gestión (racionalización), disciplina en la política fiscal que conduce al incremento de los ingresos, reducción de la deuda pública y combate a la corrupción. Dado que los recursos son escasos, se debe dar la máxima eficiencia y optimización en función al costo; de esta manera, el gasto integra uno de los elementos del presupuesto que se distribuye por partidas presupuestarias y de acuerdo con su clasificación por finalidades.

Con base en las clasificaciones de gasto por finalidades se describen cuatro modalidades: a) Clasificación de las funciones del gobierno (CFG), b) Clasificación del consumo individual por finalidades (CCIF), c) Clasificación de las finalidades de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares

(CFISFL), y d) Clasificación de los gastos de los productores por finalidades (CGPF). (Naciones Unidas, 2001, p.9) (Naciones Unidas, 2001, p.3) (INE, 2023, p.1)

Por ejemplo, Chile implementó la metodología de Clasificación de las Funciones de Gobierno (CFG), integrada por los elementos ingreso, gasto y financiamiento que conforman la glosa presupuestaria; las erogaciones se clasifican de manera funcional. El clasificador presupuestario inicia en tres niveles, el primero describe las funciones en diez categorías: (701) Servicios públicos generales, (702) Defensa, (703) Orden público y seguridad, (704) Asuntos económicos, (705) Protección del medio ambiente, (706) Vivienda y servicios comunitarios, (707) Actividades recreativas, cultura y religión, (708) Salud, (709) Educación y (710) Protección social.

El segundo desarrolla las subcuentas de las categorías de cada función y el tercero se diseña por clases en subfunción; posteriormente, se puede incluir la sub- subfunción con base en prácticas nacionales e internacionales.

Ilustración 1 Clasificación de funciones

Ejemplo de Clasificación de las Funciones de Gobierno (*Naciones Unidas, 2001, p.9*)

709 Educación

7091 Enseñanza preescolar y enseñanza primaria

70911 Enseñanza preescolar

- Prestación de educación previa a la primaria al nivel 0

Fuente: Elaboración propia con base en Clasificación de las Funciones de Gobierno

El presupuesto proviene del latín *presuppositus*, que significa “antes de lo planeado”; éste se conforma de planes, políticas y programas que tienen por objetivo reducir la desigualdad, erradicar la pobreza y mejorar el nivel de vida de la población.

A grandes rasgos se describe el desarrollo del sistema de evaluación y control de gestión presupuestaria:

El Presupuesto Fiscal es la estimación financiera de ingresos y gastos del sector público para un año determinado de todas las instituciones que integran el Gobierno Central. Esta estimación es compatible con los recursos disponibles y el logro de metas y objetivos previamente establecidos en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, DL N°1263, de 1975. Después, se somete a discusión y aprobación para su análisis global el proyecto de Ley: el Presupuesto Inicial está establecido en la Ley de Presupuestos una vez aprobada en el Congreso y se integra el Informe de Finanzas Públicas. El presupuesto vigente incluye las modificaciones que se realizan al presupuesto inicial durante el año, mediante decretos, y se ejecuta el proceso de entrega mensual, se le da seguimiento a través de mecanismos de ejecución y control; posteriormente, se evalúan los resultados (Ministerio de Hacienda, 2025).

El Estado considera que actúa en diferentes políticas de estabilización para determinar, analizar y articular una serie de estrategias que aseguren la sostenibilidad de las finanzas públicas (CEPAL, 1997, p. 10). La cohesión social producto de la interacción de diversas políticas forma tres dimensiones principales: económica (crecimiento económico), social (bienestar social) y ambiental (cuidado del medio ambiente). Por

consiguiente, la interrelación de dimensiones social-económica, social-ambiental y la formulación de políticas acciona la sinergia entre las tres dimensiones (ONU, 2015). Por consiguiente, la cohesión social puede ser bidireccional, ya que primeramente forma parte del origen y causa de resultados y posteriormente es efecto de las acciones en alguna dimensión.

El Estado y la justicia social, base de derechos y deberes fundamentales

Según Ulpiano, “la justicia es dar a cada uno lo que le corresponde” (Fernández y Tamaro, 2025). En la sociedad moderna, uno de los papeles principales del Estado concierne a la justicia social, es “un principio subyacente para la coexistencia pacífica y próspera dentro de las naciones y entre ellas” (Naciones Unidas, 2024) tiene un significado normativo en las leyes, instituciones y sistemas sociales y es un factor clave para lograr un alto nivel de desarrollo, equidad e igualdad de libertades.

La justicia social, garante del orden social

Hobbes menciona que los Estados modernos se crearon para proporcionar orden social. las personas acuerdan dar poder al Estado para hacer cumplir el Estado de derecho, y a cambio, renuncian a un poder individual (Avila et al., 2016, p. 20). El orden social, pues, y su progresivo desarrollo, en todo momento debe subordinarse al bien de la persona, de aquí se da origen a diversas asociaciones de derecho público y privado.

En efecto, a través del enfoque contractualista, se determinan los beneficios de la

cooperación social, ya que el objeto principal de la justicia es la estructura básica de la sociedad. El Estado garantiza su papel central con algún grado de pertenencia y solidaridad entre los miembros de la sociedad, establecidos los principios básicos de libertad e *igualdad*, como la forma en que las grandes instituciones distribuyen derechos y obligaciones.

Las instituciones están incrustadas en un sistema público, cuya operación del razonamiento es característica esencial, la objetividad de las creencias políticas y morales relacionadas con la justicia social. Se considera que en una sociedad hay conocimiento de los principios que satisfacen las instituciones sociales. Kant supone que esta legislación moral debe ser acordada en condiciones que caracterizan a los hombres como seres libres y racionales (García, 1785); estos principios han de aplicarse a la estructura básica de la sociedad. Rawls (2006) argumenta que una sociedad ordenada no sólo es organizada para promover el bien de sus miembros, sino que está eficazmente bien regulada por una concepción pública de la justicia. La protección jurídica de la libertad de pensamiento y de conciencia, la competencia mercantil, la propiedad privada de los medios de producción y la familia monógama son ejemplos de instituciones sociales (Rawls, 2006) Ahora bien, la justicia social hacia la variante contractual corresponde de una forma institucional y trascendente; bajo esta concepción los principios de justicia parte de que son electos y hay un acuerdo para cumplir la condición de que han de ser públicos. El carácter público de las reglas de una institución asegura que quienes participan en ella sepan qué limitaciones de justicia puedan esperar unos de otros y, a su vez, qué acciones son permisibles como una base común para determinar las expectativas mutuas.

La justicia en un esquema social depende de cómo se asignan los derechos y deberes fundamentales, las oportunidades económicas y las condiciones sociales en la sociedad. Hay derechos jurídicos integrados por normas y reglas que regulan la conducta del ser humano y que son garante de seguridad y justicia dentro del actuar del individuo en la sociedad; y derechos que son empíricos, su interpretación dependerá de los valores, las tradiciones y la ética determinada sin consecuencias jurídicas. De esta manera, la sociedad está compuesta por personas con derechos y obligaciones que necesitan del Estado para organizarse.

En la sociedad moderna surge la relación equidad-igualdad a través de reformas hacia la política social, inclusivas y sostenibles en beneficio de los sectores más vulnerables, fundamentalmente mediante la participación dinámica de la sociedad al reducir la desigualdad y fomentar la justicia social. La equidad alude a la cualidad que mueve a dar a cada uno lo que se “merece”, de acuerdo con principios que determinan la elección de instituciones justas requeridas para la estructura básica de una sociedad, y se asocia a la existencia de una base mínima de subsistencia considerada digna; se generan mecanismos de evaluación y monitoreo a través de la consolidación a largo plazo de las políticas públicas.

La igualdad se relaciona con las distancias entre distintas categorías sociales en términos de poder y recursos (economía política); por tanto, considera aspectos distributivos.

La fuerza de la justicia como imparcialidad deriva de la libertad y la igualdad. La libertad solo puede ser restringida en favor de la libertad en sí misma; cada persona ha de tener un derecho igual al sistema más amplio de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos. (Rawls, 2006, p. 236)

El ser humano tiene características intrínsecas que define su dignidad humana y está sujeto a igualdad de libertades. Las características extrínsecas no dependen de su naturaleza respecto a su condición; corresponde a factores sociales, culturales, ambientales y económicos, por lo que la justicia distributiva está sujeta a la equidad; la vida digna no consiste en la abundancia de bienes, sino en la solidaridad; de ahí que las desigualdades son construcciones históricas y resultado de una determinada estructura social.

La justicia social base de la democracia

Amarhya Sen argumenta que

Una teoría de la justicia tiene que descansar fundamentalmente en ordenaciones parciales, basadas en la intersección o comunalidad de las distintas ordenaciones extraídas de diferentes razones de justicia que puedan todas sobrevivir al escrutinio del razonamiento público. [Por consiguiente], la interrelación entre el razonamiento público y las exigencias sociales participativas son un factor clave para hacer más efectiva la democracia y fundar la acción de la justicia sobre las exigencias de la elección social y la equidad (Sen, 2011, p. 81).

En efecto, el razonamiento público y las exigencias de las decisiones sociales participativas enuncian la especial relevancia entre igualdad y libertad, evidente en interacción con la justicia y la búsqueda de la democracia. Así mismo, es una conexión básica entre la viabilidad y el alcance de las reivindicaciones de los derechos humanos y su propósito al mejoramiento, al avance de la justicia, la superación de la injusticia e incluso juzgar cómo se reduce ésta.

Según Sen (2011), la imparcialidad en la evaluación de la justicia y los arreglos sociales se centra para su comprensión mediante dos maneras de imparcialidad:

- 1) La imparcialidad cerrada centrada en que el hacer juicios invoca sólo a los miembros de una sociedad o nación determinada para quienes se ejecuta.
- 2) La imparcialidad abierta, que es el procedimiento de invocar juicios desinteresados o fuera del grupo focal para evitar el prejuicio al hacer evaluaciones imparciales.

La libertad es central en nuestra vida, es un aspecto valioso de la experiencia de vivir, por lo que tenemos razón para atesorar. La libertad es relevante al menos por dos razones diferentes, primero nos da más oportunidad de perseguir nuestros objetivos, respecto a las cosas que valoramos; segundo, nos faculta el proceso de elección como tal, dada la importancia de las distintas formas de libertad de la justicia. “La distinción entre la visión estrecha y amplia de las oportunidades será vital cuando pasemos de la idea básica de la libertad a conceptos más específicos, como las capacidades que tiene una persona” (Sen, 2011, p. 81).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) menciona que la libertad, para que sea incluida como parte de un derecho humano, debe cumplir algunas “condiciones de umbral” de relevancia, incluida la importancia de la libertad y la posibilidad de influir en su realización, para que figuren de modo plausible dentro de un espectro los derechos humanos.

Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por Ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática. (ONU, 2025, p. 8)

Su relevancia recae en que no sólo afirma los derechos y libertades particulares, sino que tiene importancia social para ser incluida como parte de los derechos humanos y, de modo correlativo, generar obligaciones para que otros vean cómo ayudar a la persona a desarrollar sus libertades.

Muchas de las libertades que ejercemos en sociedad funcionan a través de procesos diferentes de control directo. La libertad democrática puede ser ciertamente empleada para mejorar la justicia social y alcanzar una política más justa. La igualdad es uno de los derechos de las personas que resulta útil en la idea de capacidad; entonces, bajo esta perspectiva, expande las capacidades de todos.

Con todo lo expuesto, la justicia social se enfoca hacia una estructura constitucional en la que se promueve y regula el orden público; cabe considerar que, ante desequilibrios socioeconómicos, los recursos públicos se distribuyen para alcanzarla hacia los más desfavorecidos. Sin embargo, la idea de la justicia comparatista incorpora el papel de las capacidades del individuo centradas en los valores de la dignidad humana, apelando a que sean consideradas un derecho humano y social.

El Estado y la política social

El Gobierno y el Estado están estrechamente relacionados a través de las políticas públicas que buscan resultados a favor de la sociedad para reducir la pobreza y fortalecer a los más vulnerables. Las políticas públicas son estrategias o alternativas de solución en la toma de decisiones por parte del gobierno para dar respuesta a problemáticas sociales, económicas, culturales y ambientales que garanticen el bienestar individual y sectorial en un horizonte de tiempo; la política social emana de la relación del Estado y las políticas públicas que emite el gobierno hacia el bien común con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

De modo que

todos los ciudadanos sean partícipes de los beneficios y actores del desarrollo con fundamentos éticos de una sociedad democrática que refieran apelar ciertos principios a orientar la política social, tales como, la universalidad, la solidaridad y la eficiencia que son principios básicos en la consecución de un sistema social sustentado en el Estado. (CEPAL, 2000, p. 12)

De esta manera, la política social comprende un conjunto interrelacionado de estrategias, acciones y lineamientos por parte del Estado-economía-sociedad, con el propósito de mitigar la desigualdad, garantizar y optimizar el bienestar social que propicia y extiende las oportunidades de superación individual y comunitaria.

La política social incluye políticas de protección social cuyo objetivo es asegurar un mínimo de bienestar; a través de políticas sectoriales que fortalecen y fomentan la formación de activos, especialmente en salud y educación; y políticas de promoción que se orientan al desarrollo de capacidades para la generación autónoma de ingresos (Cecchini & Martínez, 2011, pp.125-130).

En Chile la reducción de la desigualdad mostró avances significativos; posterior al año 2000, derivado del incremento de ingresos salariales, los trabajadores se vieron beneficiados; sin embargo, a consecuencia de choques externos en los mercados financieros y economías del mundo, se desató una crisis en el país, lo que ocasionó cambios sociales en los que la política social fue sujeta a ajustes en beneficios de la sociedad vulnerable. La perspectiva de bajo crecimiento, modificaciones en materia laboral y cambios demográficos generó reformas y ajustes en política social en América Latina y Chile, en particular.

A pesar de los avances en desigualdad derivado de los problemas estructurales e históricos, persisten grandes desafíos de financiamiento de las políticas sociales, en especial en países que tienen niveles más elevados de pobreza y otras carencias en términos de desarrollo social: ingresos por empleo bajos, en materia de reducción de la pobreza y de desigualdad, mejora en indicadores de desarrollo social. Fortalecer el gasto social es aún más imperativo en contextos de mayor inestabilidad y volatilidad económica. (CEPAL, 2018, p.15).

Las políticas sociales sirven de base para el desarrollo, como educación de calidad, atención sanitaria de los enfermos, previsión social, generación y reducción de la informalidad, apoyo de jubilación durante la vejez, vivienda y urbanismo, transporte, mejoras al medio ambiente, etcétera.

PARTE II. MODELOS DE DESARROLLO

El modelo de desarrollo es una construcción histórica y social que hace evidente el proceso de transformación de un país; de acuerdo con la Escuela Regulacionista se articulan principalmente dos factores: 1) el régimen de acumulación (sistema de producción-consumo) que define el crecimiento de una economía nacional para un periodo particular, determinado fundamentalmente por las relaciones sociales de producción, reproducción e intercambio, y 2) “el modo de regulación, refiere las reglas y normas sociales que controlan y terminan de definir el régimen de acumulación” (De Angelis et al., 2013, p. 36)

La perspectiva del desarrollo se considera un proceso complejo que emerge de pilares estructurales del proceso social, económico, político y cultural; no está subordinada a los flujos de comercio.

El desarrollo, entendido como proceso que conduce al perfeccionamiento individual y social del ser humano, solo cobra sentido en la medida en que capte la complejidad de éste, y su doble carácter de protagonista y beneficiario del proceso. El desarrollo es un proceso complejo que requiere ser abordado, analizado y orientado a múltiples perspectivas o “dimensiones”. (Zorro, El desarrollo: perspectivas y dimensiones aportes disciplinarios, 2007, p.17)

El desarrollo como proceso se encuentra estrechamente relacionado con la condición socioeconómica de una nación que interrelaciona el uso de recursos necesarios para

que los individuos gocen de servicios básicos y que simultáneamente se mantenga equilibrio en el sistema de producción-consumo.

Modelo de sustitución de importaciones

Ante el fuerte impacto en los países de Chile y América Latina por la Gran Depresión, producto de las exportaciones de materia prima, desequilibrios en la oferta y demanda agregada y el endeudamiento excesivo, el Estado impulsó políticas proteccionistas y estrategias para promover la modernización en infraestructura y tecnología.

A finales de la década de los cincuenta, Chile había enfrentado la primera etapa de la industrialización;¹ las principales condicionantes para elevar el nivel de vida era disponer de bienes de capital y aprovechar el progreso de la técnica para que el incremento neto del ingreso nacional pudiera ir ofreciendo un margen de ahorro cada vez mayor, por lo que centraron la relación de la región con la economía del mundo. Se pretendía la mecanización de la agricultura, que implicó importación de maquinaria e instrumentos y la exportación de productos primarios para conseguirla. La industrialización en América Latina, y en específico en Chile, fue incompatible con el desarrollo eficaz de la producción primaria y trajo como consecuencia una problemática con perspectiva de conjunto respecto al intercambio en importaciones elevadas y

¹ Con base en la memoria acerca de los orígenes de la industrialización en Chile, la primera etapa inició en 1850-1930 (Ortega, 1991, p. 1); la segunda etapa 1930-1970 se considera dentro de la Segunda Guerra Mundial, la década de las reformas estructurales para el desarrollo regional, seguido de los estilos del desarrollo en América Latina y el Caribe. Después, la tercera etapa comenzó en la década de los ochenta, considerada con la crisis de la deuda, la transformación productiva con equidad, la globalización, desarrollo y ciudadanía; la igualdad en el centro de desarrollo sostenible y la transformación del centro de desarrollo más productivo, inclusivo y sostenible.

exportaciones insuficientes que detonaron un acelerado crecimiento del comercio exterior. El ideal que se pretendía no era crecer a expensas del comercio exterior, sino saber extraer los elementos propulsores del desarrollo económico.

Las propuestas de Prebisch (1964) y Singer (1950) definieron el pensamiento de la CEPAL. El modelo de sustitución de importaciones se apoyó en las teorías clásicas de desarrollo económico referente a efectos negativos del comercio internacional en países desarrollados. Los países pobres fueron tipificados como los que conforman “la periferia o del sur” en las relaciones comerciales con países subdesarrollados y países desarrollados para evitar barreras arancelarias, establecieron subsidiarias en muchos países de América Latina. (CEPAL, 1998, pp. 1-5)

Entre tanto, la industrialización en Chile y América Latina se orientó al mercado interno; por lo que se garantizó a los empresarios nacionales la obtención de altos niveles de rentabilidad por sus inversiones, y para tener un margen de utilidad mayor se dio la explotación laboral, reduciendo el costo de la mano de obra e incrementando horas laborales sin remuneración. El Gobierno de Chile protegía a la clase empresarial bajo el argumento de que se generaba un aumento en la demanda interna que apoyaría las condiciones de despegue económico, postuladas por los clásicos del desarrollo.

Los críticos de la CEPAL concluyeron que el centro continuaba explotando a los países periféricos que requerían reformas estructurales para detonar el desarrollo regional;

realizar la reforma agraria para reducir el rezago del sector primario, la reforma fiscal y financiera, entre otras consideradas indispensables, permitieron la continuidad y profundización del desarrollo industrial; también se promovieron políticas que redujeron la heterogeneidad estructural y la dependencia. Por lo tanto, las deficiencias que corrigieron la política social con desequilibrios originaron reformas con costos sociales que afectaron de manera directa a la sociedad.

Por consiguiente, en 1970 la CEPAL proponía que el crecimiento económico debía ser compatible en igual magnitud con los cambios cualitativos y estructurales de la sociedad. En efecto, se modelaron las estructuras sociales y políticas internas de Chile y América Latina, y en materia económica se fomentó el crecimiento del comercio internacional (balanzas comerciales, financieras y de bienes de capital) que ocasionaban crecientes déficits en la balanza de pagos y que acentuó el proceso de crecimiento global. Por lo que en 1971 colapsó la devaluación del dólar, aunado a los incrementos en las tasas de interés que originaron una gran fuga de capitales, y Estados Unidos tuvo pérdidas exacerbadas en sus reservas de oro. Y para 1973 el Fondo Monetario Internacional (FMI) emitió un nuevo sistema de acuerdos.

Por otra parte, era prioridad una nueva perspectiva que diera solución a la precariedad que se registraba en un gran segmento de la población; se requería la distribución más equitativa del ingreso y la riqueza (desigualdad social), además de atender aspectos de desarrollo social específicos, como empleo, nutrición, educación, sanidad, vivienda y asistencia social.

Los analistas estadounidenses, Paul Baran y Paul Sweezy, recalcaron el papel del imperialismo que Estados Unidos tuvo en la formación de la dependencia y el subdesarrollo latinoamericano. De acuerdo con este punto de vista, Estados Unidos no sólo llegó a dominar el comercio y el flujo financiero latinoamericano, sino que también ejerció una hegemonía política y militar en la región.

En Chile, la educación constituía parte de las “políticas sociales”, pero a medida que avanzaban los procesos de industrialización y su crecimiento, la formación implicó mayor demanda hacia el sistema educativo en el “recurso humano calificado”. Surgió una nueva ideología educativa para la formación de recursos humanos y el incremento de la rentabilidad de la educación, lo que generó en la región nuevas condiciones estructurales.

La situación de dependencia estructural estimuló una serie de factores que contribuyeron a ofrecer un modelo de modernización y responder a las demandas objetivas y subjetivas donde se requerían mayores recursos financieros y humanos para su implementación (Marini & Millán, 1994, pp. 218-222). Ante el desarrollo de la industrialización se dieron cambios sociales y culturales, por lo que se requería una organización económica en sus modalidades de desarrollo.

Modelo Neoliberal

A finales de los años setenta el neoliberalismo imperante se presentó como una alternativa de solución para el desarrollo de las economías mediante el comportamiento de los mercados perfectamente competitivos. Este término proviene de “liberar el mercado” con base en la oferta y la demanda, el control de políticas de estabilización, la regulación constante de la actividad económica y el manejo del gasto público. Chile fue uno de los países en adherirse al modelo neoliberal durante la dictadura de Augusto Pinochet.

En la década de los ochenta, la mayoría de los países de Latinoamérica abandonaron el modelo de sustitución de importaciones; la gran crisis monetaria ocasionó varios problemas, entre los principales están la recesión, el alza en el precio del petróleo y la estanflación internacional. Un efecto secuencial fue la crisis en el desarrollo social. Ante los conflictos económicos se buscó alcanzar la estabilización e implementación de ajustes estructurales; a consecuencia de estas medidas, los costos sociales representaron menor gasto público, pobreza extrema y aumento de la desigualdad social, marginación, desempleo, deficiencias en el sistema de salud y rezago educativo, traducido en menores oportunidades para la sociedad, lucro con los esquemas de seguridad social, mano de obra barata, aumento de la economía subterránea e informalidad, limitada sostenibilidad, incremento de problemas sociales como los movimientos sociales y la delincuencia organizada.

El neoliberalismo, versión extrema de la ortodoxia, “Sostiene que América Latina fue paralizada por la intervención del Estado, el cual distorsionó los precios relativos, impidió el surgimiento de un sector privado dinámico y obligó a muchas personas a desempeñar actividades informales”. (Bulmer, 2017, p. 32)

La exportación de productos primarios de Chile y América Latina estableció las relaciones con la economía mundial, a través de la cual se situaron las bases para que se integraran exportaciones de productos primarios, como cobre y materias primas. Durante el gobierno de Ronald Reagan, a finales de 1982, la relación en los países latinoamericanos se encontraba en déficit entre los préstamos y los activos. Derivado del riesgo financiero los préstamos al sector público y privado e instituciones financieras dieron lugar a una serie de medidas económicas que se concretaron con los países de América Latina. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) dieron origen a la reestructuración financiera por los préstamos a países de Latinoamérica. Con base en el consenso de Washington, se estableció la estabilización de la deuda y se dio deuda nueva a los países que lo requerían.

El Consenso de Washington fue la piedra angular para la consolidación del neoliberalismo, que se conformó por diez puntos:

disciplina fiscal, reordenación de las prioridades del gasto público, reforma tributaria, liberalización de las tasas de interés (liberalización financiera), tipo de cambio de mercado (tipo de cambio flotante), liberalización del comercio,

liberalización de la inversión extranjera directa, privatización, desregulación y derechos de propiedad. (FMI, 2003, p. 1)

Estas medidas se modificaron en 1992 para que los países que pertenecían a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se ajustaran a una serie de puntos clave impuestos por el FMI, el BM y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Con Base en el Consenso de Washington se estableció la estabilización de la deuda; la regulación de las tasas de interés a nivel mundial incrementó el nivel de exportaciones, el crecimiento en países desarrollados, el auge de las importaciones y la aprobación de tratados internacionales, como el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), en los que cada país se hizo acreedor.

En consecuencia, el neoliberalismo ocasionó el desmantelamiento de las empresas públicas y las atrajo hacia la privatización, esto permitió el ingreso de empresas privadas para la prestación de los servicios públicos. En el sector privado las empresas trasnacionales buscaron estrategias, como fusiones o escisiones, y adquirieron empresas nacionales para alcanzar mayor dominio en el mercado; las pequeñas empresas nacionales fueron devastadas, ya que no pudieron sobrevivir a la competencia por las estrategias empresariales, así como por implicaciones económicas en los mercados financieros (mercados globales), monopolios y oligopolios.

La globalización financiera ha dado lugar a crecientes vínculos entre una mayor volatilidad macroeconómica por cuenta de la progresiva eliminación de

restricciones a la libre movilidad internacional de capitales y una mayor vulnerabilidad social relacionada con la inestabilidad del crecimiento económico, el paulatino desmonte de las instituciones y los beneficios de la seguridad social donde los beneficios no son universales. (Zorro, 2007, p. 76)

Esta fase fue crucial y detonadora de nuevas propuestas para la medición del crecimiento y desarrollo económico; el índice se medía a través del ingreso per cápita con el producto nacional bruto, por lo que surgió la necesidad de conocer otros indicadores de desempeño.

En Chile y América Latina, en lo general, la etapa del neoliberalismo prevaleció mediante el libre mercado de bienes y servicios; en otros países está en decadencia.

La Teoría del Desarrollo Humano

La Teoría del desarrollo humano surgió durante 1988; Sen planteó las bases del desarrollo hacia un abanico de oportunidades de elección. En la concepción teórica propuesta define al desarrollo “como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos” (Sen, 1999, p. 19), lo cual constituye la libertad de la persona para alcanzar el bienestar. “Si se acepta que el interés gira en torno al tipo de vida que la gente lleva o puede llevar, ello significa que las necesidades básicas deberían ser formuladas por sus funcionamientos y capacidades” (Sen, 2000, p. 56). Esto significa que los funcionamientos son acciones que a lo largo de la vida se han realizado, por ejemplo: hacer ejercicio, tener salud aceptable, comer alimentos

saludables, ser solidario en la comunidad, disfrutar de seguridad y protección social; en cambio, las capacidades son las potencialidades que tiene el ser humano para dinamizar la vida, de acuerdo con lo que se lleva a cabo. Para el desarrollo humano su objetivo central es el ser humano.

“El fin del desarrollo es el bienestar humano. La manera de relacionar los medios con el fin último debe convertirse nuevamente en el punto central del análisis y de la planeación para el desarrollo” (PNUD, 1990c, p.35). Entonces, el bienestar depende de la capacidad que tenga la persona para valorar, construir y vivir la vida; de ahí nace el equilibrio entre libertad e igualdad.

El Desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano, en principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente (PNUD, 1990b, p.34).

El Índice de Desarrollo Humano en Chile ha sido de los más altos en América Latina, por lo que sería importante identificar qué factores inciden en el ser humano y cuáles son los beneficios para la población, además de establecer los componentes que modifican el desarrollo humano para conocer y comprender las características que afectan las condiciones de vida individual y de la sociedad, a fin de capitalizar las

estrategias. Chile requiere incrementar la inversión, así como mejorar la productividad y la calidad de vida de la población.

Simultáneamente, durante la década de los noventa, el Informe del Panorama Social, emitido por la CEPAL, fue muy satisfactorio para Chile y América Latina en lo general, ya que enfrentaron altas tasas de crecimiento, sobre todo en los primeros siete años; aunque después, la crisis asiática provocó un efecto de desaceleración de la economía dentro del periodo 1997-2002. Durante esa etapa, con base en los efectos de la economía, se situaron los elementos necesarios para conocer las causas de la vulnerabilidad y pobreza en el país, al analizar el ámbito social, incluso a nivel región, y establecer posibles alternativas de solución respecto a la realidad.

En 1990 la CEPAL mencionó que la crisis de los ochenta tuvo implicaciones a largo plazo y ocasionó un estancamiento y deterioro aún mayor en las condiciones económicas y sociales de la población. En los países en los cuales la etapa de la modernización había dado grandes avances, ahora se encontraban devastados debido a la caída del empleo, la disminución de los salarios reales y la restricción en la disponibilidad de recursos fiscales destinados a satisfacer necesidades sociales y los elevados incrementos de la deuda pública. Sin embargo, en una perspectiva crítica hacia la teoría del crecimiento económico, en su origen, el Desarrollo Humano se concentró en el contexto social, y los Derechos Humanos lo hacían en el sistema legal; ambas corrientes se ocupan de conjuntos de condiciones y capacidades que son valiosos en la medida en que permiten a los individuos elegir libremente los funcionamientos.

Ciertamente, los modelos matemáticos dan bases para conocer la causa-efecto en el comportamiento de las perturbaciones monetarias y bursátiles, pero existen otras variables que tienen gran impacto y que son relevantes en el desarrollo y crecimiento económico. Sin olvidar la importancia del crecimiento económico debemos ir más allá. La acumulación de la riqueza se refiere a generar mayor rentabilidad y utilidad en relación con el ingreso, la cual no siempre se alcanza de manera equilibrada para todos los individuos, ya que la riqueza se concentra en unas cuantas personas.

Tan importante es reconocer el papel fundamental que desempeña la riqueza en la determinación de las condiciones de vida y de la calidad de vida como comprender el carácter limitado y eventual de esta relación. Una concepción satisfactoria del desarrollo debe ir mucho más allá de la acumulación de la riqueza y del crecimiento del producto nacional bruto y de otras variables relacionadas con la renta (Sen, 2000, p. 30).

Por otra parte, refiere que el bienestar se enfoca en mejorar la calidad de vida y las libertades de las personas. Las dos razones por las que la libertad es esencial para el desarrollo son la evaluativa y la efectividad, que clasifica las libertades en dos grandes grupos: constitutivas e instrumentales. Las primeras son libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque se refieren a la vida humana; es decir, evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, muertes prematuras o evitables), y también la adquisición de capacidades sociales y culturales

básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas y valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad).

La teoría del desarrollo muestra las bases y una propuesta diferente para medir y abordar el desarrollo con un enfoque hacia una visión holística centrada en el ser y hacer del ser humano (bienestar y capacidades), que las instituciones participan de manera decisiva en el desarrollo humano (Sen y Nussbaum, 1993).

El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo (Sen, 2000, p. 56).

A menudo se pregunta si algunas libertades políticas o sociales, como la libertad de participación y disensión políticas o la oportunidad de recibir una educación básica, <contribuyen o no al desarrollo>. Desde la perspectiva más básica del desarrollo como libertad... estas libertades fundamentales se encuentran entre los componentes constitutivos del desarrollo. Su importancia para el desarrollo no tiene que demostrarse por medio de su contribución directa al PNB o al fomento de la industrialización. De hecho, resulta que estas libertades y derechos contribuyen muy eficazmente al progreso económico. (Sen, 2000, pp. 20-22)

El desarrollo humano implica considerar los elementos constitutivos dentro de las libertades fundamentales de cada individuo para alcanzar las más elementales

capacidades que contribuyen a la efectividad, comprendidas como condiciones para que cada persona pueda llevar una vida respetable y valorable. La universalidad del desarrollo humano tiene sus bemoles, los Informes de Desarrollo Humano (IDH) dejan ver que no todas las personas son sujetas a este desarrollo ni a la calidad de vida; por ejemplo, los que sufren violencia a sus derechos humanos, la inseguridad que viven las personas producto de hechos que no garantizan su libertad, los que viven la cultura del descarte, la desigualdad. Por ello, es necesario crear y ejecutar políticas inclusivas que permitan obtener un desarrollo humano resiliente, que consolide estrategias para transformar el entorno económico, social, cultural y ambiental.

PARTE III. DESARROLLO HUMANO Y GASTO SOCIAL

Desarrollo humano

En las décadas de los cincuenta y sesenta la medida de referencia del desarrollo fue el Producto Interno Bruto (PIB), y se argumentaba que una tasa per cápita de aumento en variación positiva daría como resultado una derrama económica que beneficiaría de manera individual y a la sociedad a un determinado país. El desarrollo es un proceso de transformación de la sociedad que no sólo refleja el comportamiento económico, sino que presta atención a los elementos que manifiestan el bienestar de la población; esto nos muestra una clara evolución en el sentido de que éste no puede explicarse únicamente con un enfoque material o financiero, sino que es un proceso multidimensional que lleva consigo la reorganización y orientación de los sistemas económicos, sociales y culturales, que no se limitan a elevar los niveles de ingreso y

producción, sino que conlleva transformaciones en las estructuras normativas, instituciones en sistemas sociales-administrativas, que modifican las actitudes de los individuos y, en muchos casos, las costumbres y creencias (Brito Et al, 1998).

El concepto de desarrollo no es medible de forma directa, y deben emplearse diferentes mecanismos, como índices de satisfacción, medición de los diferentes aspectos que influyen en la calidad de vida (educación, servicios, salud, seguridad), avances tecnológicos, alfabetización, acceso al empleo y formación. Sen argumenta que “para garantizar la ampliación de las capacidades del ser humano y una mejora en su calidad de vida, la definición de las políticas debe incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas en beneficio de la libertad” (Sen, 2000, p. 30). El desarrollo humano es un proceso dinámico que busca asegurar la subsistencia de la persona y tiene como fin el progreso.

“El desarrollo humano es tarea de todos y en especial del proceso de educación” (Muslow, 2000, p.1). Es el medio por el que una persona mejora la calidad de vida respecto a potenciar las capacidades en una perspectiva multidimensional.

Principalmente,

consiste en remover las condiciones que impiden a las personas ejercer su libertad para llevar vidas dignas, lo que implica una complementariedad entre agencia individual y compromisos sociales, particularmente aquellos relacionados con salud y educación, así como con participación económica y política (Sen, 2000, p. 30).

El IDH se integra por una serie de indicadores que van más allá de sólo estimaciones económicas; éste se ha medido desde 1990 y puede emitirse nacional o subnacional. En Chile y América Latina, uno de los objetivos primordiales del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es contribuir a la consolidación del marco conceptual y normativo del desarrollo en las políticas públicas y en la sociedad. Para evaluar el desarrollo humano, de acuerdo con el PNUD, su clasificación se desprende de tres dimensiones de un índice utilizado para medir una vida larga y saludable, la esperanza de vida, el nivel de conocimiento, el acceso al aprendizaje y el conocimiento. El nivel de vida se mide a través del ingreso nacional bruto (INB) per cápita y el índice de pobreza multidimensional.

De acuerdo con O'Donnell et al. 2003, la democracia, el desarrollo y los derechos humanos están basados en una similar concepción del ser humano como un agente. "El desarrollo humano es un proceso de enriquecimiento de las posibilidades humanas, y se convierte en el patrón de medida con el que también se evalúan otros aspectos del desarrollo" (Salguero, 2012, p.15). Algunas condiciones y derechos básicos serían aplicables a todos los derechos humanos, independientemente de las condiciones sociales, culturales y biológicas de cada uno. Por lo tanto, el desarrollo humano es un enfoque multidimensional que implica ampliar las oportunidades y capacidades para tener calidad de vida.

El reconocimiento de las personas como agente implica la atribución legal de la capacidad de cada ciudadano/a de hacer opciones que son consideradas suficientemente razonables como para tener significativas consecuencias en

términos de la agregación de votos y del desempeño de funciones en el Estado y el Gobierno. Los individuos pueden ejercer estos derechos. (Ballabio, 2010, p.70)

El desarrollo humano es la base de la formación y utilización de las capacidades de la persona, de manera que pueda satisfacer sus necesidades elementales y desempeñarse adecuadamente en una sociedad. Tiene que ver con las personas, no como productores o consumidores, sino como individuos en relación con el progreso y la relación que guardan las necesidades con los derechos. O'Donnell propone algunos criterios para lidiar con esta cuestión: "El perfeccionamiento de la democracia es *per se* desarrollo humano, al ampliar las oportunidades y capacidades de las personas para labrar sus destinos" (O'Donnell, 2003, p. 196).

Estos argumentos del desarrollo humano comprenden una estrecha relación: los funcionamientos corresponden a asumir la vida mediante un proceso dinámico, lo que la persona como sujeto adquiere con sus acciones o logros. La capacidad (cognitiva y moral) faculta de forma libre al ser humano para vivir y gozar de un conjunto de oportunidades al ser beneficiario del desarrollo, y el agente o agencia conduce hacia un conjunto de derechos con equidad a ser un individuo dotado de razón, libre y responsable.

Un ser humano es capaz de crear buenas prácticas elegidas libremente hacia un entorno; el desarrollo humano depende de diversos recursos para alcanzar calidad de vida, igualdad de libertades y oportunidades.

Gasto social

Gasto público social son recursos distribuidos para cubrir políticas públicas enfocadas a disminuir la pobreza y el rezago social e incrementar los niveles de bienestar de la población. Los componentes del gasto público social son los siguientes: “protección social, educación, salud, vivienda y servicios comunitarios, actividades recreativas, cultura y religión, protección del medio ambiente” (PNUD, 2006, p.135). Por consiguiente,

es fundamental proteger y preservar el gasto social, fortalecer la institucionalidad social y laboral, y prestar especial atención a las causas que redundan en que la pobreza y la exclusión afecten de manera desproporcionada a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a las mujeres en edad productiva y a las personas indígenas y afrodescendientes (CEPAL, 2018, p.15)

El gasto público social sirve como referente para analizar la importancia asignada a la política social de un país y, a su vez, verificar cuáles pueden llegar a ser sus resultados. El análisis de sus variaciones en el tiempo y la forma en que se vincula al comportamiento de la economía permite discutir en qué medida las políticas sociales han estado atadas a las posibilidades y ciclos económicos.

La importancia de analizar permanentemente la gestión del gasto social permite identificar y hacer eficiente el uso, pues no se trata de gastar más, sino de “dotar de recursos necesarios aquellos programas que generan un impacto favorable en el

bienestar de la población, evitando el despilfarro de recursos” (Mesías et al., 2014, p. 37). Por lo cual, el uso del gasto público contribuye a optimizar los recursos y lograr una eficiente administración; el avance en los servicios públicos tiene mucho que ver con las políticas sociales. El objetivo principal del gasto público es garantizar el aumento del bienestar de la sociedad mediante la producción o provisión de bienes y servicios que aportan al desarrollo social.

El sociólogo Lipset menciona que “Cuanto más próspera es una nación, más posibilidades tienen de sustentar la democracia” (1959, p. 119). Una economía próspera hace posibles niveles más altos de alfabetización, educación, urbanización y exposición a los medios de información.

Por otra parte, la democracia es una organización política que permite que los ciudadanos elijan entre élites votando en elecciones periódicas y competitivas.

La contribución de Schumpeter a la teoría democrática consiste en acotar el significado de la democracia al de un método de competencia electoral para formar gobierno. Es llamado un enfoque *realista* porque reduce las expectativas y la habilidad de la ciudadanía para influir en los resultados del gobierno democrático. Reduce el papel de la ciudadanía al acto de votar. Sin embargo, este es el enfoque hegemónico en la ciencia política contemporánea, son argumentos insuficientes para alterar la definición básica de la democracia como método de resolución de disputas oligárquico (Vidal de la Rosa, 2010, p. 21).

Ziccardi (2001) señala que los derechos sociales son condiciones prácticas que permiten una comunidad, la cual detalla en tres posiciones; en la primera algunos pensadores mencionan que la teoría de la justicia comprende los derechos a las libertades, como el derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la de asociación, etc. Pero también incorpora los derechos que en términos generales suelen denominarse de bienestar, como el derecho a la salud, educación, vivienda y alimentación. La segunda se enfoca en los defensores que argumentan que la teoría de la justicia no tiene manera de incorporar las demandas de los derechos de bienestar. La relación entre derechos y obligaciones correspondientes no se da con los derechos de bienestar. El Estado no tiene recursos suficientes para garantizar el servicio a todo aquel que lo demande, o bien no tiene mecanismos para vigilar no sólo la cantidad de servicios que se requieren para cubrir la demanda, sino también la calidad. Y la tercera posición se basa en que la falta de adecuación entre los derechos y las obligaciones destaca un problema práctico y empírico: hay una relación asimétrica entre la existencia de necesidades básicas y la posibilidad de exigir el respeto a los derechos. Las necesidades básicas reflejan una falta de poder, y por lo tanto, una situación de vulnerabilidad. Cuando un sector de la población tiene necesidades, puede sufrir coerción mediante el lenguaje del intercambio comercial o la negociación política. Si se carece de lo básico, es imposible rechazar aquello que ofrecen los que detentan el poder.

Por lo tanto, el desarrollo social depende de factores que inciden en los derechos: el progreso de la salud, el desarrollo de capacidades, la formación y educación recibida,

la manera en que influye el entorno social como el desempeño y las oportunidades para contribuir y aportar a la sociedad. Las políticas públicas causan efecto en el bienestar: por ejemplo, la manera en que se afectan las condiciones de salud, riesgos de enfermedad, el avance en educación, la satisfacción de las necesidades básicas de grupos vulnerables, si hay o no discriminación étnica y el riesgo por la inestabilidad de los ingresos. Los derechos de bienestar que forman parte de este estudio son los siguientes: educación, salud, vivienda.

La Educación

Los primeros años de la infancia constituyen el periodo más importante de la vida de las personas porque se sientan las bases de su desarrollo integral físico, psicológico y social. Así también, las posibilidades educativas de los niños pequeños se forjan mucho antes de que ingresen a la escuela primaria. Las capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales se desarrollan desde los primeros meses de vida y constituyen las bases para el aprendizaje posterior y durante toda la vida. La sinergia entre un código genético y las experiencias de interacción con el ambiente van a permitir un incomparable aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales, emocionales, cognitivas, senso-perceptivas y motoras, que serán la base de toda una vida (UNICEF, 2023).

Estas primeras experiencias son vitales en el desarrollo de la capacidad para regular las propias emociones, disfrutar de la salud mental y física, y desarrollar destrezas perceptivas, cognitivas y comunicativas. Cuando se satisfacen las necesidades básicas de un infante (salud, higiene, nutrición, educación, alivio de la pobreza), éste puede

avanzar más en el dominio de competencias básicas; desarrolla la capacidad de pensar con sentido crítico, resolver problemas, colaborar con los demás y alcanzar una mayor confianza en sí mismo.

En consecuencia, las políticas y los programas dirigidos al desarrollo de la educación parvularia pueden tener un impacto sustancial y duradero en el desarrollo humano. La disponibilidad de programas, servicios y políticas dirigidas a los niños y sus cuidadores ayuda a que se logre esta interacción y su trayectoria.

Algunos pensadores consideran a estas primeras experiencias como necesidades universales y otros, relativas al contexto cultural (Ziccardi, 2001, p.31). La interacción entre los conocimientos, las capacidades básicas y la tecnología de vanguardia son factores indispensables para generar mayor productividad, competitividad y desarrollo social. La educación eleva la viabilidad económica de un país; individualmente, es primordial en el desarrollo, pues permite alcanzar autonomía, lograr calidad de vida, tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, la vida familiar, las relaciones interpersonales y culturales.

Los estudiantes llegan a la escuela con una serie de talentos, recursos y comportamientos que influyen en su aprendizaje. Los recursos y comportamientos de las escuelas inciden en la formación que ofrecen a los estudiantes. Los factores organizacionales y la organización del sistema como un todo también afectan en el contexto de cómo aprenden los estudiantes. Los

talentos, recursos y comportamientos de los estudiantes están influenciados por sus familias y hogares; los de las escuelas por los profesores y las autoridades administrativas. El contexto económico, social y político es el telón de fondo para todas estas interacciones (Pretoww & Vegas, 2008, p.69)

Según los datos para Chile, los estudiantes que tienen maestros con mejor desempeño en relación con recursos educativos tienen una alta correlación con los aprendizajes adquiridos. El sistema educativo de ese país es un espacio donde los participantes generan un modelo con características definidas, donde libremente los participantes ejercen la actividad económica de enseñanza-aprendizaje, en el cual se pactan ciertas condiciones para homologar un servicio comercializable. Las políticas educativas que el Gobierno implementa en un espacio determinado de tiempo a corto y largo plazo son las de cobertura y aprendizaje, respectivamente. Éstas requieren de un ambiente que permita encauzar los esfuerzos educativos en una dirección compartida y productiva, así como saber acudir a aquellas que resultan más efectivas para fomentar el nivel académico en los estudiantes.

Salud

La salud física y mental de las personas son factores que tienen efectos en el bienestar individual y social. Una persona sana tiene una esperanza de vida alta, garantiza autonomía, productividad, alto desempeño laboral y mayores capacidades cognoscitivas. Existen factores de riesgo que tienen alto efecto en la salud: los conductuales, los biológicos y los sociales. Las deficiencias en la salud generan

enfermedades transmisibles y no transmisibles, como alcoholismo, tabaquismo, hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, etcétera.

La salud en la sociedad es parte fundamental del progreso y el desarrollo de un país, ya que permite mayor movilidad social y crecimiento económico. Las políticas públicas en el sector salud tienen como propósito fomentar acciones de estilos de vida saludables, mejorar la calidad de vida y dar una adecuada estructura financiera y fiscal para el mismo sector.

Gozar de una vida decente y vivienda digna

Las condiciones mínimas de dignidad son base para que el ser humano tenga calidad de vida. Los derechos fundamentales conducen al progreso de la persona, pero también los derechos asistenciales, bajo dos puntos centrales 1): el Estado acciona políticas públicas para que las personas gocen de un empleo y salario decente y promueve planes adecuados de vivienda y financiamientos, que garanticen condiciones de igualdad en la sociedad, y 2) Las personas perciben recursos económicos para adquirir bienes y servicios y gocen de un espacio que les brinde protección y seguridad. Por ello, percibir un ingreso y tener una vivienda digna son condiciones necesarias para gozar de bienestar.

La vivienda es un derecho social, es el espacio donde el ciudadano tiene la oportunidad de desarrollarse en una vida personal, familiar y comunitaria.

La vivienda forma parte del patrimonio de una persona, hoy en día el incremento de su valor ha sido producto de los financiamientos para los hogares, pues los trabajadores remunerados se endeudan para obtener créditos de instituciones financieras con el fin de adquirir una casa habitación.

La construcción es el sector más dinámico de una nación, debido a que es el motor de la economía en cuanto a inversión pública, obras de infraestructura, casas-habitación, entre otras. La vivienda es una necesidad básica reconocida como parte del derecho a un nivel de vida adecuado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y en el artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales.

La vivienda constituye la base de la estabilidad y la seguridad de los individuos y las familias. Es el centro de nuestra vida social, emocional y a veces económica y debería ser un santuario donde vivir en paz, con seguridad y dignidad. (BNC, 2025, p. 4)

En zonas desarrolladas son numerosas las poblaciones que cuentan con viviendas consideradas en condiciones adecuadas: la seguridad de la tenencia, disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, asequibilidad, habitabilidad, accesibilidad, ubicación y adecuación cultural. Por el contrario, también existen zonas donde hay asentamientos que no cumplen las condiciones por falta de servicios públicos y también están las zonas rurales que no cuentan con servicios públicos.

Las mejoras del saneamiento pueden ampliar las opciones reales y las libertades fundamentales de las personas, actuando como un catalizador para una amplia gama de beneficios del desarrollo humano. Pueden proteger a las personas, especialmente a los niños, de tener una salud enfermiza. Permiten sacar a las personas de la pobreza, minimizando los riesgos y las vulnerabilidades que perpetúan los ciclos de privación. Pueden aumentar la productividad, estimular el crecimiento económico y generar empleo. Asimismo, lograr que las personas se sientan orgullosas en sus viviendas y comunidades, (PNUD, 2006, p.135).

Existe una correlación positiva fuerte de bienestar humano en relación con la mejora del agua. El progreso en agua y saneamiento reduce la escala de mortalidad, implica salud pública, fortalece la dignidad humana y aumenta el crecimiento económico. No obstante, las viviendas pobres regularmente no se encuentran conectadas a una red de abastecimiento de agua segura, puede ser porque no tienen los recursos suficientes para solicitar el servicio o por estar ubicadas fuera de la red de suministro.

El Estado tiene la obligación de instaurar los nuevos y más altos niveles de civilización, los cuales deben adecuarse a las necesidades del incesante desarrollo del aparato económico y elaborar físicamente los nuevos tipos de humanidad. Los cambios en la estructura económica son la base material que está constituida por las relaciones de producción y las fuerzas productivas, que en cierta forma influyen en la superestructura, y viceversa. Cabe destacar que las condiciones materiales son fundamentales para el desarrollo de capacidades humanas, también las ideologías y las instituciones pueden

facilitar o limitar este desarrollo. El Estado busca mantener el consenso y coerción entre la población para fomentar la aceptación de su autoridad.

El desarrollo humano, por tanto, no sólo depende de las condiciones materiales, sino de la capacidad de las personas para desarrollar una conciencia crítica que les permita luchar por sus derechos y mejorar sus condiciones de vida. Mediante la educación, las personas pueden adquirir conocimientos y habilidades que les posibiliten participar activamente en la sociedad.

Cabe resaltar que otro punto significativo es la cultura, vista como un medio de resistencia y de construcción de identidades colectivas que fomentan el desarrollo y la transformación social. El poder no sólo se da en el ámbito político, sino también en el cultural y social. Los procesos de cambio social desafían las estructuras de poder existentes. Sin embargo, las condiciones históricas específicas deben ser consideradas para entender las dinámicas de poder y las luchas sociales. Por ejemplo, los movimientos sociales y cambios políticos tienen un impacto global que continúa influyendo en la política en diversas naciones.

CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL

Antecedentes históricos

Desde la década de los ochenta, Chile se caracterizó por la apertura del país a la economía mundial. Estas políticas, conocidas como el “modelo económico neoliberal”, fueron implementadas durante el gobierno de Augusto Pinochet (1974-1990) que buscaban liberalizar la economía, reducir el papel del Estado, fomentar la inversión extranjera y la privatización de empresas estatales. En este periodo el país sufrió una profunda crisis económica, marcada por una hiperinflación y altas tasas de desempleo (Cortés, 1983).

Tabla 1. Tasa de Inflación y desempleo, país Chile

Tablas de inflación y desempleo, país Chile

TASA DE INFLACIÓN Y DESEMPLEO, PAÍS CHILE																			
* Inflación (Dic.-Dic.)																			
* Desempleo (sin datos)																			
DESCRIPCIÓN	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
INFLACIÓN	163.40%	508.10%	375.90%	340.70%	174.30%	63.50%	30.30%	38.90%	31.20%	20.19%	10.20%	23.10%	19.85%	26.40%	17.40%	21.50%	12.70%	21.40%	27.30%
DESEMPLEO	*	*	*	14.90%	12.70%	11.80%	14.20%	13.60%	10.40%	11.30%	19.60%	14.60%	13.90%	12.00%	10.40%	9.60%	8.00%	7.10%	7.40%

Fuente: elaboración propia con base (BCN, 2021)

Por décadas, el desarrollo industrial y las políticas de ajuste estructural, implementadas por el gobierno, originaron recortes en el gasto público y privatizaciones, las cuales ocasionaron falta de inversión en educación, salud y otras áreas sociales; como consecuencia, se registró pobreza extrema, desigualdades y una disminución en la calidad y en la accesibilidad de los servicios públicos, así como el bienestar de la

población; todo esto provocó una marcada estanflación (inflación), una alta tasa de desempleo. Como afirma, Galdman (2014), “bajos sueldos”.

Durante este periodo, la dictadura militar chilena estableció una alta transformación social, cultural y económica. Dentro de los cambios económicos las políticas de liberalización económica y privatización incrementaron significativamente la inversión extranjera y el crecimiento económico, especialmente en sectores como la minería, la agricultura y la industria forestal, lo que detonó el aumento en la brecha entre ricos y pobres, así como una creciente polarización.

Mientras Pinochet dejaba el poder, en 1990, entregaba también un Chile que contaba con 5.3 millones de ciudadanos en la pobreza, casi cuatro de cada diez chilenas y chilenos no tenían recursos mínimos para vivir dignamente. Según estudios del economista Ricardo French-Davis, el salario mínimo real era más bajo que en 1974 y la desigualdad de ingresos entre el quintil más rico y el más pobre era de 20 veces (RADIO.UCHILE, 2023).

Era una sociedad fundada en la violencia: la dureza dictatorial de las armas primero, y el rigor de la economía de mercado después; las secuelas del terrorismo de Estado persistían en la aplicación de la Ley de Seguridad Interior del Estado contra las movilizaciones mapuches en el sur del país –una legislación promulgada en 1958, pero actualizada en 1975 por la dictadura, orientada a perseguir a quienes se oponían al régimen. En Chile no se violaron los derechos humanos como política de Estado,

destacó de manifiesto la imposibilidad de mirar al futuro si se ocultaba o silenciaba la memoria de la represión.

Además, las políticas de modernización económica no abordaron adecuadamente las necesidades de los grupos más vulnerables de la sociedad, como los pueblos indígenas, los trabajadores informales, los residentes de áreas rurales y urbanas marginadas. Este período estuvo marcado por protestas y movimientos sociales que buscaban abordar las injusticias y desigualdades generadas por la influencia colonizadora del modelo neoliberal; organizaciones de comedores comunitarios, movimiento sindical chileno, movimientos mapuches, movimientos contra la Administradora de Fondos de Pensiones, movimiento ecologista, movimiento estudiantil. De ahí que la represión política y la falta de espacio para la participación democrática dificultaron la implementación de habilidades diplomáticas que promovieran una distribución más equitativa de la riqueza y el bienestar.

Por ejemplo, los Jardines Infantiles Comunitarios en Chile se relacionan estrechamente con el movimiento de pobladoras en la década de los ochenta, ya que muchos de estos centros educativos surgieron en ese período, especialmente durante la dictadura militar (Salazar, 2013) Estos jardines nacieron de la organización de la población y, en algunos casos, desde las tomas de terrenos; las mujeres jugaron un rol fundamental en la creación y mantenimiento de estos espacios de atención y protección a los párvulos. Ellas necesitaban lugares donde los niños pudieran estar protegidos, y aportaron su trabajo para levantar modestos espacios de cuidado infantil. Además, durante esa

época surgieron iniciativas como “Ollas comunes” y el “Comprando juntos” (Red Internacional, 2020), todas gestadas por las mujeres pobladoras, como respuesta a la precariedad económica y la pobreza existente en esos tiempos (Muñoz, 2020, p. 6).

En el sistema de salud, la introducción del sector privado en 1981 amplió las opciones de atención médica para los ciudadanos chilenos, pero también trajo desafíos relacionados con las disparidades en el acceso, la calidad de la atención, las cargas financieras y la estructura y financiamiento del sistema de salud en general.

En la década de los noventa, el desarrollo humano estuvo influenciado por las políticas de gasto público, especialmente en áreas como educación y salud. El país continuó su proceso de modernización económica y social, pero con un cambio significativo en el panorama político debido al retorno a la democracia, luego del fin del régimen militar de Augusto Pinochet en 1990. La modernización económica en Chile en esos años estuvo marcada por la consolidación de políticas neoliberales iniciadas en la década anterior. Chile mantuvo vínculos con organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio, participando en programas de cooperación y asistencia técnica, así como en negociaciones comerciales y financieras a nivel global.

Por lo tanto, se implementaron medidas de austeridad fiscal y se redujo la inversión estatal en áreas como educación, salud y servicios sociales, como parte de un esfuerzo por reducir el tamaño del Estado y promover la eficiencia del mercado. Hubo varias

crisis financieras a nivel mundial que afectaron a los países en desarrollo, incluyendo la crisis financiera asiática de 1997, por lo cual factores externos implicaron repercusiones en la economía chilena, especialmente en términos de flujos de inversión extranjera y comercio internacional. En este período hubo un impulso hacia reformas económicas neoliberales que incluyeron la reducción de la intervención del Estado en la economía, la privatización de empresas estatales, la liberalización del comercio, lo que atrajo inversión extranjera y generó un crecimiento económico sostenido. Como efecto, las políticas contribuyeron al aumento del PIB y al desarrollo de sectores como la minería, la agricultura y los servicios.

Chile se vio influenciado por las tendencias políticas, económicas y sociales de la región, incluyendo procesos de democratización, reformas económicas y cambios en la integración regional a través de organismos como el Mercosur y la Comunidad Andina. En esta década, la pobreza fue un problema significativo en los países en desarrollo, que se caracterizaba por la falta de acceso a servicios básicos como educación, salud, vivienda adecuada y agua potable, así como por la insuficiencia de ingresos para cubrir las necesidades básicas de alimentación y vestimenta. El gasto público se orientó hacia programas y políticas destinadas a reducir la pobreza y promover la inclusión social mediante programas de transferencias de ingresos dirigidos a los grupos más vulnerables de la población, así como proyectos de desarrollo comunitario para mejorar las condiciones de vida en áreas desfavorecidas. Junto con el aumento del gasto público en servicios sociales, también hubo un énfasis en mejorar la eficiencia y la transparencia en la gestión de los recursos. Se implementaron medidas para garantizar que el gasto público se utilizara de manera efectiva y que los beneficios llegaran a

quienes más los necesitaban.

Tener una vida larga y saludable

En los últimos años, Chile ha implementado reformas en el sistema de salud para mejorar la accesibilidad, calidad y equidad en la atención médica. Algunas de estas reformas incluyen el Plan AUGE, que garantiza un conjunto de garantías explícitas en salud, y la promulgación de la Autoridad Sanitaria para fortalecer la regulación y supervisión en el sector.

En materia de salud es importante fortalecer la atención primaria y la participación de los usuarios organizados en planes de prevención para mejorar la atención. Las modificaciones a la Ley en salud, los avances del Plan AUGE, que garantizan la igualdad en el acceso, la solidaridad, la eficiencia en el uso de los recursos y la participación social.

El sistema de protección social en Chile presenta desafíos en términos de acceso y equidad. Se destaca que un amplio segmento de la población no tiene oportunidad a ciertos elementos de protección social o recibe beneficios insuficientes e irregulares. Además, se menciona la existencia de asimetrías en los sistemas de salud y previsión, lo que refleja un poder pulverizado de los individuos y un poder concentrado de quienes controlan los sistemas privados de salud y previsión. Estas acciones buscan abordar los desafíos identificados y promover un sistema educativo más equitativo y de calidad en Chile.

De acuerdo con (CEPAL, 2000, p. 33), la estructura del sector salud tiende a producir inequidades en el acceso y calidad de los servicios de sanidad, tanto en el sector público como en el privado. Uno de los desafíos es la segmentación del mercado de proveedores, que ha generado incentivos incorrectos para el desarrollo de las instituciones prestadoras, dando origen a una inadecuada asignación de recursos entre ambos sectores y las prácticas de selección de riesgos por parte de las Isapre, traspasando al Fonasa a los afiliados de mayor riesgo, como enfermos crónicos y personas de tercera edad, lo que afecta la equidad en el acceso a la atención médica. Estas deficiencias del sistema de salud traen como consecuencia diversos desafíos para redefinir la mezcla pública-privada que alcance mayor grado de solidaridad en el financiamiento, reducir el problema de selección de riesgos y permitir una mejor articulación de ambos sectores, así como transformar la mezcla pública-privada vigente en el sector salud, reestructurando tanto los esquemas de financiamiento como de provisión de servicios de sanidad y plantear la necesidad de reasegurar a Fonasa para evitar prácticas de selección de riesgos por parte de las Isapre, que traspasan a Fonasa a los afiliados de mayor riesgo.

En el año 2000 la esperanza de vida para los chilenos fue de 76.78 años, mujeres 79.98 años y hombres 73.71 años. Este indicador es un factor determinante en la salud, ya que refleja la longevidad y la calidad de vida de las personas. En Chile y en otros países ha aumentado debido a avances en la medicina, mejores condiciones de vida y programas de salud pública.

Por otra parte, el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2000) en Santiago, Chile, dirigido a adultos mayores, muestra una alta prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión, presente en más de la mitad de los entrevistados, con un sostenido aumento a mayor edad, las enfermedades cardíacas que afectan a un tercio de los adultos mayores; la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas mostraron prevalencias similares en el estudio. La presencia de discapacidades físicas y mentales afectan la calidad de vida y la autonomía de los adultos mayores, y son las posibles barreras en el acceso a servicios de salud adecuados, especialmente para aquellos con condiciones crónicas y que requieren seguimiento y tratamiento continuo; también se observa en esta encuesta la influencia de la situación socioeconómica en la vitalidad de los adultos mayores, incluyendo la precariedad económica y sus efectos en la alimentación y el acceso a servicios de sanidad. El estudio menciona que esta problemática de salud requiere de políticas y programas específicos que promuevan la prevención, el acceso equitativo a la atención médica, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de las redes de apoyo social que mejoren la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores en Santiago, Chile.

El análisis sobre la ingesta de alimentos en adultos mayores y las autoevaluaciones de nivel socioeconómico medio cobra relevancia, ya que una alimentación adecuada y equilibrada contribuye a mejorar la calidad de vida y la salud en la vejez. Los resultados muestran que el nivel socioeconómico del adulto mayor tiene una fuerte relación con el consumo de alimentos. Se estima que, en Chile, 10.8% de adultos mayores tiene bajos ingresos, lo que sin duda afecta su alimentación, pues la ingesta de energía es

substantialmente comparada con la ingesta de personas de nivel socioeconómico medio. Estas diferencias se manifiestan en mayor medida si se estudian y observan nutrientes específicos en las personas, como calcio, zinc o vitamina A (Castillo, 2002). Sin embargo, cabe destacar que para atender las enfermedades crónicas se requieren mayores tratamientos médicos y, por consecuencia, el gasto en salud se incrementa progresivamente, tanto para los ciudadanos como para los sistemas de salubridad, lo que plantea desafíos en términos de sostenibilidad financiera y acceso equitativo a los servicios de salud.

Según el Ministerio de Salud (Minsal, 2003) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003, aplicada a 3 619 personas mayores de 17 años, Chile estaba atravesando una fase avanzada de transición demográfico-epidemiológica, que se tradujo en un acelerado envejecimiento de la población. Esto significa que las causas de morbilidad y mortalidad han cambiado, desde las enfermedades infecciosas hasta las enfermedades crónicas no transmisibles, éstas evidencian la magnitud del daño por enfermedades crónicas y la prevalencia de factores de riesgo; el estigma de la desigualdad presente en la mayoría de las enfermedades, con diferencias significativas entre ricos y pobres, entre los habitantes de la capital y los de las regiones rurales, entre los jóvenes y los adultos mayores, entre los hombres y las mujeres del país. El análisis de resultados se desarrolló con base en tres principales objetivos.

- 1) Medir la prevalencia de las enfermedades prioritarias en población general adulta chilena. Los resultados mostraron que 60% de las personas en quienes

se detectó hipertensión conocían su condición; de ellos, 36% estaba en tratamiento farmacológico y entre éstos, sólo 33% estaba con niveles normales de tensión sanguínea.

- 2) Se describe que en enfermos diabéticos antes de los 44 años la prevalencia fue de 0.1% subiendo a 9.4% entre los 45 y los 64 años y llegando a 15.2% en los mayores de 64 años. No hubo diferencias entre las zonas urbanas y rurales. La tasa más alta se observó en la región I (7.6%), mientras que en la región II se dio la tasa más baja. El 85% de los diabéticos conocía su diagnóstico, de los cuales 77.3% de ellos estaba en tratamiento. En general, sólo 25% de los diabéticos que declararon estar en tratamiento tenían glucemias normales.

Respecto al tabaquismo, las personas fumaban en promedio ocho cigarrillos diarios, es superior en los hombres (8.8); también se aprecia un aumento con la edad: de 6.8 en los menores de 25 años a 8.6 en los mayores de 64 años. En la región VIII se presentó la prevalencia más baja (38%); en el otro extremo, destaca la región I con una tasa de 54.1% de fumadores actuales.

- 3) Describir la variación de estas enfermedades según la prevalencia de enfermedades y factores de riesgo entre hombres y mujeres. Un ejemplo es el caso de la presión arterial sistólica, que tiende a ser más baja en las mujeres en comparación con los hombres, aunque las diferencias pueden variar con la edad. Se observó que la presión arterial sistólica aumentó con la edad, siendo más alta en personas mayores de 64 años. Este patrón se replica en otras enfermedades crónicas como la diabetes, las dislipidemias, etcétera.

En factores de riesgo se detecta que tuvieron variaciones según el nivel

educacional y socioeconómico de las personas. Por ejemplo, la hipertensión arterial es mayor entre personas de niveles educacionales bajos. Otro factor es la ubicación geográfica, se señala que un porcentaje de la muestra en la encuesta proviene de zonas rurales, lo que tiene implicaciones en la salud de esa población. También se consideró la distribución geográfica de la población; la encuesta mostró datos estratificados de los resultados según zonas geográficas, como norte, centro y sur de Chile, lo que permitió identificar posibles variaciones en la salud de acuerdo con la ubicación geográfica.

- 4) Constituir una seroteca para estudios futuros. Uno de los objetivos de la ENS fue crear una seroteca. En el caso de la Encuesta Nacional de Salud en Chile, ésta se creó a partir de muestras de suero obtenidas de los participantes de la encuesta. Estas muestras se procesaron, alicuotaron y congelaron para su posterior almacenamiento y análisis.

Los resultados generales confirman el carácter prioritario de estas patologías, la mayoría afecta a más del 25% de la población chilena adulta. La Encuesta Nacional de Salud en Chile muestra que medir la prevalencia de enfermedades y factores de riesgo en la población adulta, contribuye a comprender la situación de salud de las personas y, por ende, al desarrollo humano en el país. Al identificar las necesidades de salud de la población y las disparidades existentes, se pueden diseñar políticas y programas que promuevan un desarrollo humano integral, abordando no sólo las enfermedades físicas, sino también los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar de las personas.

Por iniciativa de la OMS (2004), la primera encuesta mundial de salud escolar en Chile, dirigida a 8 000 estudiantes, tuvo como propósito obtener información sistemática y fiable sobre las condiciones de salud, factores de riesgo y protectores en estudiantes de 13 a 15 años. Los temas incluidos en la encuesta abarcan aspectos como comportamiento alimenticio, sobrepeso y obesidad, actividad física, accidentes y violencia, factores protectores, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, comportamiento sexual e higiene.

Los resultados muestran que los hábitos alimenticios juegan un papel fundamental en la salud de los adolescentes; se observó que menos de 20% de los alumnos reportaron haber consumido frutas todos los días, mientras que cerca de 30% comió verduras diariamente; entre 29 y el 39% de los alumnos tomaron leche o yogur todos los días. Esta proporción fue significativamente mayor en la Región Metropolitana en comparación con la Región del Bío Bío. No obstante, alrededor de 40% de los estudiantes tuvieron un consumo inferior en la Región del Bío Bío en comparación con otras regiones.

Una encuesta dirigida a estudiantes en 2005 en Chile muestra que 1 de cada 3 estudiantes presentaban obesidad o sobrepeso, lo que indica que la malnutrición por exceso es un problema de salud pública relevante y prioritario en este grupo poblacional (OMS, 2004). Respecto a los hábitos alimenticios, sedentarismo y tabaquismo, están asociados a un importante incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer, que son las principales causas de mortalidad en el país. Se destaca que estos

factores son modificables y dependen de estilos de vida, lo que los hace susceptibles de intervenciones preventivas. En la encuesta (OMS, 2004) se encontró que entre 76 y 80% de los alumnos realizaban actividad física fuera de la escuela uno o más días durante la semana, lo que muestra que aún hay un porcentaje significativo de estudiantes que podrían no estar cumpliendo con las recomendaciones de actividad física. La falta de esta o el sedentarismo es un factor de riesgo importante para la salud. La inactividad física aumenta el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y otros problemas de salud.

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer. En la encuesta se menciona que la prevalencia mensual de consumo de cigarrillos en estudiantes entre 21 y 30%, aunque se observa una tendencia de mayor consumo en las mujeres de la Región Metropolitana. Es importante destacar que el tabaquismo en cualquier cantidad representa un riesgo significativo para la salud. Asimismo, los resultados obtenidos en las áreas de salud mental muestran elevadas prevalencias de síntomas depresivos, ideación suicida y consumo de sustancias.

En materia de infraestructura, Chile ha realizado inversiones en sanidad para mejorar la calidad de vida de su población. Se han construido hospitales y centros de salubridad en todo el país para fortalecer el sistema de salud, garantizar y ampliar la cobertura de servicios y mejorar la calidad de la atención médica para la población.

Según el Minsal (2007), durante el período 2000-2005, en Chile se llevaron a cabo importantes proyectos de infraestructura sanitaria; así, destacan la construcción y modernización de diversos hospitales, incluyendo el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Hospital Regional I de Antofagasta y el Hospital Regional de Concepción.

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile es un centro de alta complejidad ubicado en la ciudad de Santiago. Durante este período, se realizaron inversiones significativas en su infraestructura, con el objetivo de ampliar su capacidad de atención, modernizar sus instalaciones y equiparlo con tecnología médica de vanguardia. El Hospital Regional de Antofagasta es un importante centro de salud ubicado en la región norte de Chile. En el período mencionado se llevaron a cabo proyectos de construcción y ampliación en este hospital para mejorar la atención a la población local, fortalecer los servicios de salud y garantizar una infraestructura adecuada para la prestación de servicios médicos.

El Hospital Regional de Concepción, ubicado en la región del Bío Bio, también tuvo avances en su infraestructura durante los años 2000-2005. Se realizaron inversiones para modernizar sus instalaciones, adquirir equipamiento médico de última generación y mejorar la calidad de la atención médica brindada a los pacientes.

De acuerdo con datos del censo de 2002, el total de la población que habitó en ese período fue de 15 116 435 personas; en áreas urbanas vivía el 86.6%, y en las zonas rurales, 13.4% de la población total.

Tabla 2. Cobertura de consultas médicas en atención primaria

Cobertura médica en atención primaria

Consultas médicas en atención primaria	Descripción	Año	Total Consultas	Infantil	Adolescente	Mujer	Adulto	Adulto Mayor	Salud Mental
	Número de consultas		1995	8,269,565.00	3,207,627.00	857,582.00	287,839.00	3,916,517.00	-
		2004	14,381,010.00	4,575,723.00	1,819,214.00	209,075.00	5,719,983.00	1,785,201.00	271,814.00
Participación en Total de consultas (%)		1995	100%	38.8%	10.4%	3.5%	47.4%	0.0%	0.0%
		2004	100%	31.8%	12.7%	1.5%	39.8%	12.4%	1.9%
Tendencia			73.9%	42.7%	112.1%	-27.4%	46.0%	100.0%	100.0%
Variación real			6,111,445.00	1,368,096.00	961,632.00	78,764.00	1,803,466.00	1,785,201.00	271,814.00

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal (1995-2004).

La presente tabla muestra el total de consultas que se realizaron en 1995 y 2004. Respecto a la información que se muestra, el análisis de tendencia señala la realidad respecto al comportamiento en la atención médica de 1995 y 2000. La consulta médica en atención primaria se aprecia que con datos base de 1995, el total de consultas tuvo un incremento de 73.90%. Las cifras reales evidencian variaciones en la participación. Adultos tiene un aumento de 46%, en este periodo se refleja una alta participación en atención a adultos mayores, se precisa que antes no contaban con dicha clasificación, por lo que su incremento es al 100%; posteriormente, la consulta infantil ocupa un incremento de 42.70%, seguido del incremento de 112.10% en adolescentes. Continúa la nueva clasificación de salud mental y, por último, la atención a la mujer ha disminuido con un 27.40%.

Este análisis nos permite detectar, en orden vertical, que la mayor cobertura en 2004 la integra atención en consulta adulto e infantil; posteriormente, le sigue adolescentes y adultos mayores. Sin hacer menoscabo, en orden a la tendencia se muestra así:

adultos, adultos mayores, infantil, adolescentes, salud mental y mujer.

Principales reformas

Durante el período 2000-2005, en Chile se llevaron a cabo diversas reformas en el sistema de salud con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica, ampliar la cobertura de servicios y fortalecer el sistema en su conjunto. Algunas de las reformas más significativas implementadas en ese período son:

- a) En 2002 se promulgó la Ley de Farmacia en Chile, su objetivo fue regular el funcionamiento de las farmacias y establecer normas para la dispensación de medicamentos: garantizar el acceso oportuno y seguro, promover la calidad y la equidad en la distribución de fármacos en el país. Esta Ley impuso normas para el establecimiento de las farmacias e incluyó requerimientos de infraestructura, personal y equipamientos necesario para operar. Se determinaron protocolos y procedimientos para la dispensación de medicamentos, con el objetivo de garantizar la seguridad y eficacia en el proceso. La ley contempla mecanismos de control de precios de los medicamentos, con el fin de evitar prácticas abusivas y garantizar el acceso de la población a los tratamientos necesarios. Se promovió el uso de medicamentos genéricos como una alternativa segura y económica para los pacientes, fomentando la competencia en el mercado farmacéutico; también se establecieron mecanismos de farmacovigilancia para monitorear la seguridad de los medicamentos una vez que están en el mercado.

- b) Durante los años 2000 a 2005 se llevaron a cabo diversas reformas en el sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapre) en Chile, con el fin de mejorar la regulación y supervisión de estas entidades privadas de salud. Estas tenían como objetivo aumentar la transparencia, equidad y calidad en la prestación de servicios ofrecidos por las entidades privadas, con el objetivo de fortalecer el sistema en su conjunto y garantizar una atención médica de calidad para la población afiliada.

El sistema de salud privado en Chile es conocido por sus altos costos, copagos y restricciones, lo que podría plantear desafíos financieros para las personas que buscan servicios privados.

El Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile fue creado durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos Escobar, siendo Michelle Bachelet ministra de Salud. Este programa representa un importante avance en la garantía de acceso a la atención médica y tratamientos para enfermedades específicas. En 2004 se implementaron reformas destinadas a mejorar la eficiencia, equidad y calidad del sistema de salud chileno al Plan Auge; que supuso avances significativos en las políticas públicas, destinados a brindar acceso universal a garantías explícitas; asimismo, condujo a avances en el acceso a la atención médica, la prevención de enfermedades y el bienestar general de la población. Durante este período, se reforzaron las políticas orientadas a fortalecer la atención primaria, con el objetivo de acercar la atención médica a la comunidad, promover la prevención de enfermedades

y mejorar la coordinación de la atención entre los distintos niveles del sistema de salud. Estas políticas contribuyen a la sostenibilidad y eficiencia de los sistemas al reducir la carga de enfermedades prevenibles y mejorar la gestión de los recursos sanitarios.

A pesar de los avances en el sistema de salud chileno, persisten desafíos en la protección social, como la falta de cobertura universal, la desigualdad en el acceso en servicios de salud y la insuficiencia de mecanismos de protección financiera.

De acuerdo con los antecedentes aportados por la Encuesta Nacional 2004, la percepción que tiene la población sobre las instituciones de salud se ha modificado. El 42% de los encuestados estableció que el país ha logrado generar más oportunidades para una mejor atención. Sólo un 28% consideró que existían menos oportunidades que antes. El 30% determinó que se han mantenido. La encuesta consultó sobre si ellos o sus familias han tenido la posibilidad de acceder o aprovechar las oportunidades que el país ofrece en salud, el 57% respondió positivamente y el 42% en forma negativa. La respuesta positiva es la cuarta entre ocho alternativas sobre las posibilidades que ofrece actualmente Chile para acceder a nuevas oportunidades. (PNUD, 2004c, p. 159)

En el contexto de la sanidad, es fundamental implementar políticas públicas integrales que promuevan la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas, fortalezcan el sistema de salud, la prevención de enfermedades y la equidad en el acceso a la atención médica.

Los ingresos del Ministerio de Salud en recaudación a Fonasa corresponden al 84.5%

promedio. La mayor captación de ingresos en 2005 para el sector salud proviene de transferencias corrientes (36.27%), aporte fiscal (48.68%) y otros ingresos corrientes (7.31%). En 2004 los gastos de servicios de salud se distribuyeron fundamentalmente en personal (36.3%), prestaciones de seguridad social (20.17%), bienes y servicios de consumo (18.14%) y transferencias (18.89%); que correspondió a aquellas realizadas a otras entidades públicas. Las inversiones representaron sólo 2.21% del presupuesto ejercido y al servicio de la deuda, 1.72%.

Acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral

La educación es un factor clave en el desarrollo humano, por lo que la calidad y equidad en el conocimiento son fundamentales para el desarrollo integral de las personas y la sociedad en su conjunto.

En el informe de resultados de Latinbarómetro 1995-2015 de 18 países, respecto a una muestra de 20,250 entrevistas, donde presenta el monitoreo de 20 años sobre dos importantes temas: la democracia y economía, se observa que, a mayor nivel de educación, mayor es el apoyo a la democracia, especialmente en países con brechas sociales medias. A mayor percepción de desigualdad económica y política, el apoyo a la democracia es menor, aunque el mayor aporte explicativo lo realiza la percepción de desigualdad política. (Latinbarómetro, 2015)

A fines del año 2000, la CEPAL y el Ministerio de Planificación y Cooperación

(Mideplan) llevaron a cabo la octava encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) para el bienio 1997-1998; los resultados mostraron una pérdida de vigor de la tendencia en la reducción de la disminución de la pobreza, respecto a la evolución del empleo e ingresos de los hogares, que se manifestó en la década de los noventa.

La cobertura representativa de todos los hogares del país tenía por objetivo medir con gran detalle y desagregación el estado y evolución de las situaciones, en el bienio (1997-1998), por lo tanto, mostró un análisis de la disminución estimada de la pobreza en 80 mil personas y el aumento de 30 mil indigentes resultados de una gran disparidad en el comportamiento de las distintas regiones, y sobre todo entre áreas urbanas y rurales, en lo que se refiere especialmente a la evolución del empleo e ingresos de los hogares, su efecto se ve contrarrestado de manera importante por la evolución del decil más rico, cuyo ingreso per cápita aumentó en 3.13%. Este hecho explica la reducción casi imperceptible del coeficiente de Gini (de 0.560 a 0.559), aparentemente incompatible con las mejoras producidas en ciertos segmentos de la distribución. (CEPAL, 2001, pp. 5-35)

Tabla 3. Cobertura por nivel educativo, país Chile

Cobertura por nivel educativo

Cobertura por nivel educativo, país Chile									
Total de alumnos	Educación Parvularia	Educación especial	Enseñanza básica	Enseñanza media	E. Media humanístico - científica	E. Media técnicos profesionales	Educación de adultos	Educación superior	Total
4,536,944	10.50%	1.80%	51%	20.90%	12.60%	8.30%	3.40%	12.4%	100.00%

Fuente: Mineduc, Estadística de la educación 2003.

La información descrita en la tabla muestra el porcentaje de alumnos que se encuentran dentro de la cobertura global en los niveles escolares en 2003. Según el Mineduc (2003), del 100% del total de alumnos inscritos 50.70% asistió a establecimientos de dependencia municipal, 39.5% lo hizo a colegios particulares subvencionados, 8.4% a establecimientos particulares pagados y 1.4% a establecimientos de corporaciones de administración delegada.

El sistema de gestión y financiamiento de la educación en Chile fue identificado como una de las mayores contradicciones no resueltas. Se destacó como un desafío importante, la falta de comprensión y proyección de la naturaleza del acto de educar, especialmente en relación con el mercado y la distribución de recursos.

Según la investigación realizada por Olivera (2012) respecto al impacto en las Reformas de Educación chilena, los egresados en el diseño curricular deben tener habilidades y aptitudes que les permitan integrarse a la sociedad; en habilidad aritmética, se observaron diferencias significativas entre los alumnos que cursaron la educación básica y media con reforma (2006) en comparación con aquellos que egresaron sin innovación curricular (2001).

A manera de análisis, en educación superior la globalización neoliberal, caracterizada por la combinación de la ideología de mercado con prácticas propias del mundo de los negocios, ha tenido un profundo impacto en la educación superior en Chile, América Latina y el Caribe, lo cual implica una serie de cambios en las universidades de la

región, donde se establece una relación estrecha entre las instituciones educativas, el Estado, las empresas y los padres de familia con capacidad de pago, transformando las universidades en entidades que deben responder a las necesidades del mercado y a las exigencias de rentabilidad económica, en detrimento de objetivos educativos tradicionales.

Si bien es cierto que no pueden deducirse ni reducirse al impacto de la globalización una variada gama de cambios en la educación superior de la región, tampoco puede negarse que la globalización –en su dimensión neoliberal, como una concepción que combina la ideología de mercado con prácticas propias del mundo de los negocios y de la obtención de ganancias como objetivo esencial– ha tenido un profundo impacto en los sistemas educativos de Chile –y en lo general América Latina y el Caribe (ALC)–. (López, 2003, p. 7)

Por consiguiente, se puede analizar que dentro de los componentes constitutivos la educación y salud contribuyen al progreso económico, pero no deben ser parte de una comercialización, ya que forma parte de las libertades y los derechos fundamentales. Así mismo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida compuesta que evalúa el desarrollo humano de un país en función de indicadores clave, con base en el informe de Desarrollo Humano 2004.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador compuesto que mide los

avances promedio de un país en función de tres dimensiones básicas del desarrollo humano, a saber: una vida larga y saludable medida según la esperanza de vida al nacer; la educación, medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria; y un nivel de vida digno medido por el PIB per cápita. (PNUD, 2004, p. 137)

Sin embargo, persisten desafíos en áreas como la equidad en el acceso a la salud y la educación, así como en la protección social. En comparación con otros países de América Latina, Chile suele ubicarse en una posición destacada en términos de IDH. Países como Argentina, Uruguay y Costa Rica también suelen tener un IDH alto en la región, mientras que naciones como Bolivia, Honduras y Guatemala presentan un IDH más bajo.

El desarrollo humano en Chile enfrentó diversos desafíos, el nivel de aprendizaje en el sistema escolar chileno fue más bajo que los estándares internacionales esperados. Por ello, se destacó la necesidad de mejorar la calidad de la enseñanza para garantizar un aprendizaje efectivo; se manifestó que existe desigualdad en los rendimientos escolares, así lo revelaron las pruebas del Sistema de Medición de Calidad de la Educación (SIMCE). El PNUD (2004) menciona que el sistema educativo chileno se segregó, con diferencias en los resultados según el grupo socioeconómico de los estudiantes y el tipo de establecimiento al que asistían. El desafío radica en que los chilenos tengan acceso a la educación y una enseñanza equitativa y de calidad para todos los estudiantes (134).

Según el PNUD, la mejora de la calidad educativa y su extensión a toda la sociedad requiere la participación y coordinación de múltiples actores, desde los alumnos con dificultades de aprendizaje hasta las familias. Se destaca la complejidad de este reto, especialmente debido a la introducción de nuevos actores en el sistema educativo y la necesidad de dotar a todos de las herramientas necesarias para contribuir al objetivo común de mejorar la educación en Chile. (PNUD, 2004c, p. 159)

Los mayores desafíos para la educación chilena se sitúan en el campo de la calidad. Diversos análisis comparativos muestran que el nivel de aprendizaje generado en el sistema escolar chileno es más bajo que el de los estándares internacionales a los que se aspira, (PNUD, 2004a, p.134).

La falta de calidad en educación está influenciada por factores estructurales, institucionales y socioeconómicos. Algunos aspectos al respecto son: las desigualdades socioeconómicas que impactan negativamente en la calidad de la educación, ya que los estudiantes de nivel socioeconómico bajo enfrentan barreras para acceder a recursos educativos de calidad, como materiales didácticos, infraestructura adecuada y docentes capacitados. Otro punto es la falta de recursos y financiamiento en el sistema educativo que limitan la capacidad de las instituciones para ofrecer una educación de calidad: falta de infraestructura adecuada, escasez de materiales educativos y bajos salarios para los docentes. Aunado a ello la formación y capacitación docente son fundamentales para la calidad de la educación: la falta de programas de formación continua y la actualización pedagógica a los docentes

impactan en la calidad de la enseñanza, puesto que un currículo desactualizado o que no cubre las necesidades de vanguardia, pueden afectar la calidad de la educación al no preparar estudiantes con las habilidades y competencias necesarias para enfrentar los desafíos actuales. Así mismo, la falta de mecanismos efectivos de supervisión y evaluación en el sistema educativo contribuye a una baja calidad en la enseñanza, ya que no se garantiza la calidad de los procesos educativos ni se identifican oportunidades de mejora. También se consideran las desigualdades en el acceso a la educación, tanto en términos de cobertura como de calidad, perpetúan la brecha educativa entre diferentes grupos de la población, que afectan la equidad y la calidad educativa en general.

El PNUD (2004) muestra diversas medidas propuestas para mejorar la calidad y equidad en el sistema educativo chileno, en las que incluye la implementación de programas específicos, la participación de las familias y la comunidad educativa, así como una mayor coordinación entre los actores involucrados en el proceso educativo. Por consiguiente, se enfatiza la implementación de programas como MECE (Mejoramiento de la Calidad de la Educación), Montegrande (estímulo a establecimientos innovadores y de excelencia) y P900 (apoyo focalizado en las escuelas más débiles). Estos programas buscan impulsar los objetivos de equidad y mejora de la calidad educativa en Chile, revitalizando el papel del Ministerio de Educación en el liderazgo técnico del sistema (136). Por mencionar así, es importante incorporar a las familias y a la comunidad educativa como actores responsables en el logro de las metas de educación. Es fundamental mencionar que, en los últimos años,

se ha hecho un esfuerzo por involucrar a estos actores en el proceso, reconociendo su papel fundamental en la mejora de la calidad y equidad en la educación.

Se resalta la necesidad de coordinar esfuerzos entre los distintos actores del sistema de educación chileno, considerando que el sistema se administra de manera descentralizada, pero con una regulación técnico-pedagógica centralizada, tomando en cuenta que las reformas educativas han generado un sistema sometido a fuerzas contradictorias, por lo que se requiere una coordinación efectiva para lograr los objetivos de calidad y equidad en la educación.

La siguiente tabla muestra la matrícula total según nivel de enseñanza 2004-2005.

Tabla 4. Matrícula según nivel de enseñanza, país Chile

Nivel de enseñanza /formación

MATRÍCULA TOTAL SEGÚN NIVEL DE ENSEÑANZA / FORMACIÓN. PERIODO 2004-2005					Periodo		
Nivel de enseñanza/Formación				2004	2005		
parvularia	Edad de 0 a 6 años	Total					
básica	Edad de 7 a 12 años	Total		2,309,029	2,265,198		
	Edad de 13 a 15 años		Ciclo	Humanista-científico	372,415	387,315	
		Jóvenes	General	Técnico-profesional	188,540	191,238	
				Total	560,955	578,553	
				Ciclo	Humanista-científico	230,503	242,400
					Técnico-profesional	194,844	204,757
Educación				Diferenciado	Total	425,347	447,157
				Ciclo General	Humanista-científico	44,178	42,269
media					Técnico-profesional	3,697	3,727
			Adultos	Total	47,875	45,996	
				Ciclo	Humanista-científico	49,887	49,647
				Técnico-profesional	7,683	7,151	
			Diferenciado	Total	57,570	56,798	
		Total		1,091,747	1,128,504		

Fuente: Mineduc (2004-2005).

El cuadro relacionado al sistema muestra que la demanda de educación básica de 2004 a 2005 disminuyó a 1.99%. Sin embargo, en Educación media el comparativo 2004-

2005 muestra que incrementó a 3.37%. En total para 2004, la matrícula básica y media fue de 3 400 776 y en 2005 fue un total de 3 393 702.

Tabla 5. Matrícula total por prestador de educación, país Chile 2005

EDUCACIÓN PARVULARIA

MATRÍCULA TOTAL POR PRESTADOR DE EDUCACIÓN. PERIODO 2004-2005								
Año	Prestador de educación							
	Instituciones de educación parvularia ^{1 / 1 / 2}			Establecimientos educacionales ^{3 / 3 / 4 / 5}				
	JUNJI	Integra	Total	Municipal	Particular subvencionado	Particular pagado	Corporación de administración	Total
2004	1,869,996	1,534,349	284,257	51,973	3,740,575
2005	1,832,861	1,608,077	254,163	56,808	3,751,909

Fuente: Mineduc (2004-2005).

Como se puede apreciar en la presente tabla comparativa, la cobertura total por prestador de educación la mayor matrícula es en institución municipal, seguido de particular subvencionado y particular pagado.

Tabla 6. Cobertura según nivel de enseñanza, país Chile

EDUCACIÓN PARVULARIA, BÁSICA Y MEDIA

COBERTURA EN EDUCACIÓN 2004-2005																	
Educación Parvularia, regular y adultos	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BIOBIO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AISEN	XII ANTARTICA	XIII REGIÓN METROPOLITANA	XIV LOS RÍOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL
2004	11940	11784	6816	15854	33,391	19,691	20,847	41,895	15,497	23,537	2,485	2,844	133,218	-	-	-	339,799
2005	12768	12310	7231	15992	36,297	20,557	21,565	41,948	16,572	24,460	2,401	2,873	143,233	-	-	-	358,207
Educación básica regular, especial y adultos	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	TOTAL
2004	68,194	79,588	42,068	96,418	227,902	122,479	143,221	290,611	141,443	174,221	14,179	20,810	887,895	-	-	-	2,309,029
2005	67,295	78,418	41,363	92,519	223,718	120,133	139,317	282,050	139,273	171,196	14,419	20,363	875,134	-	-	-	2,265,198
Educación media regular y adultos	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	TOTAL
2004	34,241	37,979	20,529	43,503	115,974	57,481	67,896	138,142	68,128	76,755	6,262	11,534	413,323	-	-	-	1,091,747
2005	34,726	39,295	20,688	47,646	118,816	58,748	69,599	141,865	70,447	80,634	6,703	11,226	428,111	-	-	-	1,128,504

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2004-2005).

La tabla muestra la cobertura en educación parvularia, básica y media; mayor cobertura corresponde a la región Metropolitana, posteriormente la región de Bío Bío

y Valparaíso. La región con menor cobertura es Antártica, Aysén y Atacama.

Gozar de un nivel de vida decente y vivienda digna

En 1965 se estableció la Ley 16391 con el objeto de crear el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, estableciendo las funciones y atribuciones que son base para abordar la problemática habitacional y urbanística en Chile. Dicha Ley pretendía promover la integración urbana de las familias ubicadas en el tramo del 40% más vulnerable de la población, para destinar una parte de los recursos anuales del programa fondo solidario de elección de vivienda, o aquel que lo reemplace. Así mismo, dictar normas sobre la planificación y construcción de casa-habitación: financiar estudios preliminares y/o la adquisición de terrenos por parte de los servicios regionales de vivienda y urbanización. Dentro de sus funciones más relevantes, eran: proyectar y ejecutar obras de casa-habitación y urbanización, dictar las normas sobre planificación urbana y la construcción de viviendas en colaboración con las municipalidades y la elaboración de los programas respectivos.

El acceso a una vivienda es un aspecto fundamental para el desarrollo humano. En Chile, como en otros países, existen desafíos en términos de acceso a casa-habitación dignas, especialmente para grupos vulnerables y en situaciones de pobreza extrema. La planificación urbana y el desarrollo de políticas habitacionales son aspectos clave para abordar la situación de habitabilidad en el país. La promoción de viviendas accesibles, seguras y sostenibles contribuyen no solo al bienestar de las personas, sino también al desarrollo integral de las comunidades y ciudades.

La falta de una planificación urbana adecuada en las ciudades chilenas ha generado un crecimiento desordenado, a la proliferación de asentamientos informales y a la ausencia de infraestructura básica en áreas donde se encuentra la población vulnerable.

Los altos costos de arrendamiento en ciertas zonas urbanas de Chile crean que las familias tengan dificultades para acceder a una vivienda digna, lo que puede llevar a situaciones de hacinamiento o casa-habitación precaria. Por lo tanto, la agenda en políticas públicas integrales y efectivas para abordar el problema de la vivienda en Chile ha contribuido a la persistencia de la falta e inestabilidad habitacional en ciertos sectores de la población.

El presente cuadro desglosa los resultados en cuanto a vivienda y servicios públicos del censo 2002.

Tabla 7. Viviendas con servicio público, según censo 2002, país Chile

Viviendas con servicio público, según censo 2002, país Chile

CENSO 2002					
DESCRIPCIÓN	CON ALUMBRADO	PORCENTAJE	SIN ALUMBRADO	PORCENTAJE	SUMA
CON AGUA POR CAÑERÍA	3,494,885.00	98.48%	53,973.00	1.52%	3,548,858.00
SIN AGUA POR CAÑERÍA	252,938.00	80.88%	59,782.00	19.12%	312,720.00
	3,747,823.00		113,755.00		3,861,578.00

Fuente: Censo (2002).

Con base en el Censo 2002, las viviendas con servicio público se integran de la siguiente manera:

- Con agua por cañería, 98.48% de las viviendas tiene alumbrado y 1.52% sin alumbrado.
- Sin agua por cañería, 80.88% tienen alumbrado y 19.12% sin alumbrado. Quiere decir que, del total de casa-habitación, **97.05%** cuenta con alumbrado y **2.95%** no tienen alumbrado.
- Los datos muestran que, del total de viviendas, **91.05%** cuenta con agua por cañería y **8.10%** no tienen agua por cañería.
- Cabe mencionar que existe una variación del número de casas-habitación (3 899 448 -3 861 578 = 37.870) que tienen otras condiciones.

Enseguida, se descubrirá el censo por número de hogares por vivienda.

Tabla 8. Tendencia de hogares

Distribución de hogares por vivienda Censo 2002

TENDENCIA EN CENSO				
No. De hogares por vivienda	Número de viviendas 2002	Variación 1992 vs 2002	Número de hogares 2002	Variación 1992 vs 2002
1	3,708,224.00	25.89%	3,708,224.00	25.89%
2	154,414.00	20.83%	308,828.00	20.83%
3	27,645.00	27.31%	82,935.00	27.31%
4 o más	9,165.00	48.13%	41,440.00	51.32%
	3,899,448.00	25.73%	4,141,427.00	25.73%

Fuente: Censo (2002).

Del total de viviendas, se muestran los siguientes datos:

El análisis vertical presenta que 95.09% de las casas-habitación corresponde a un hogar; 3.95% corresponde a dos hogares; 0.71% corresponde a tres hogares, y 0.23% integra a las viviendas con 4 hogares o más. Se concluye que, del total de hogares, 89.53% corresponde una casa-habitación. Sin embargo, 10.47% corresponde a una casa en la que habitan dos a más hogares. “La desigualdad es mucho más que el dispar acceso a objetos como salud, vivienda, dinero, educación: es la limitación de capacidades de acción como efecto de su distribución social” (PNUD, 2004c, p. 159).

En respuesta a la encuesta del SIMCE 2004, sobre la vivienda en que habitan los chilenos si es propia o pagada: 57.30% contestaron que viven en casa propia o pagada, 13.6% dijo que la estaba pagando, 16.7% escribió que la arrenda, 11.8% plasmó que es facilitada por un familiar y 0.60% manifestó otra situación.

Respecto a si ¿Es dueño usted o alguien de su hogar de alguna otra propiedad (vivienda, terreno)? 21.7% contestó que sí, 76.9% no tiene otra propiedad y 1.4 señaló otra respuesta.

El crecimiento de la población y la urbanización acelerada generó un alza en la demanda de casa-habitación en Chile, lo que llevó a una escasez de oferta de viviendas asequibles, especialmente en zonas urbanas. Para muchas familias chilenas, el acceso a créditos hipotecarios es limitado debido a restricciones financieras, falta de historial crediticio e ingresos insuficientes, lo que dificulta la posibilidad de comprar una casa-habitación. Un punto importante es la desigualdad socioeconómica en Chile que ha contribuido a que muchas personas no puedan acceder a viviendas dignas, debido a la

falta de recursos económicos para adquirirlas o arrendarlas en el mercado inmobiliario.

CAPÍTULO III. GESTIÓN DE DATOS. Dimensiones del desarrollo humano y su relación con el gasto público

TENER UNA VIDA LARGA Y SALUDABLE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El sistema de salud en Chile, en 1952 ejercía una amplia estructura asistencial; posteriormente, durante el régimen militar de 1973-1990 se establecieron las reformas globales, entre ellas la económica, social y de manera directa lo que corresponde al sector mediante los decretos de Ley.

- Ley 2.763/1979, derivado de ésta, se reestructuró el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), se reorganizó el Ministerio de Salud y se crearon los servicios de salud: el Fonasa, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud de 1979 o Ley Orgánica del Ministerio de Salud.
- Ley 15.469/1985 se estableció el esquema de fuentes de financiamiento, de previsión y asistencial.

El compromiso del Estado para ofrecer salud a los individuos emana según la Constitución en el artículo 9.

El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario

acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado; se garantiza el derecho a la protección de la salud. (Constitución, 2024)

Es deber del Estado coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud, garantizar la ejecución de éstas que preste a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley y que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

La rectoría y regulación del sistema de salud a través de la fiscalización, aseguramiento y prestación de servicios pertenece al Ministerio de Salud (Minsal) que tiene las siguientes funciones y objetivos establecidos en la Ley de Salud Art. 1º y 4º.

Encargado de coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de la población chilena. Ejercer la rectoría del sector respecto a la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud. Ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Fijar

las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos. Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Formular el presupuesto sectorial, entre otros. (Ley de Salud, 2008)

El Sistema Nacional de Servicios de Salud se integra por dos tipos de servicio: el público y el privado, siendo un derecho individual para los ciudadanos. Éste lo conforma el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento y la Superintendencia de Salud.

Para ejercer la fiscalización en el sistema de salud se debe realizar a través de tres instituciones: las SEMERIS, el ISP y la Superintendencia de Salud. Las Secretarías Regionales del Ministerio de Salud (SEMERIS) representan al Minsal en cada una de las 16 regiones del país; se encargan de vigilar el cumplimiento de las normas, planes y programas nacionales para descenderlos a nivel regional.

El Instituto de Salud Pública (ISP) depende del Minsal para desarrollar planes, políticas y programas; tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, su función y objetivo es supervisar los laboratorios públicos, control de calidad de implementos médicos, medicamentos, vacunas, dispositivos y equipo.

La Superintendencia de Salud, por su parte, es un organismo autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, y está compuesto por dos intendencias: Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que fiscaliza a las Isapre, Fonasa y el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES); y el fondo de Prestadores, que se encarga de fiscalizar a todos los prestadores, públicos y privados en relación con su acreditación y certificación, sean personas naturales o jurídicas.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud a nivel regional cuenta con una red de 29 servicios de salud y el Sistema Municipal de Atención Primaria. Aún continúa siendo servicio público, el Fonasa hace contratos con servicios de proveedores privados.

Financiamiento y aseguramiento

Para hacer uso de la seguridad y provisión de servicios los ciudadanos tienen dos alternativas: servicio público y privado. El financiamiento se da bajo estas dos modalidades.

El acceso por parte de los ciudadanos es acorde a su capacidad de pago y convicciones. El Fonasa es un servicio público generalizado y colectivo. Las fuentes de financiamiento público se direccionan en el Fonasa que recauda ingresos a través de tres modalidades: gravámenes generales, cuotas obligatorias y copagos. De ahí los proveedores se clasifican en dos:

- 1) las municipalidades que menciona instalaciones del sistema municipal y 2) el sistema nacional de servicios de salud con clínicas y servicios públicos, ambas

atienden beneficiarios de la población Fonasa.

Financiamiento Fonasa

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es un servicio público autónomo en Chile que otorga cobertura financiera y acceso a servicios de salud de forma solidaria a toda la población beneficiaria, ya sean cotizantes o carentes de recursos. A continuación, se describe cómo funciona.

El Fonasa se financia a través de las cotizaciones obligatorias de sus beneficiarios, que corresponden al siete por ciento del salario de cada trabajador, así como de impuestos generales que constituyen un porcentaje del presupuesto. Todas las personas inscritas en el Fonasa que viven en el territorio nacional son beneficiarios, sin exclusión por edad, sexo, nivel de ingreso, nacionalidad, número de cargas familiares o enfermedades preexistentes. El Fonasa brinda cobertura a sus beneficiarios para acceder a prestaciones a través del financiamiento de éstas. Fiscaliza y vela por el pago de las cotizaciones de salud, así como por los recursos destinados a las prestaciones.

Los beneficiarios cotizantes son aquellas personas que aportan económicamente al financiamiento solidario del seguro con sus cotizaciones legales, que corresponden a un porcentaje de sus ingresos gravados. Esta cotización cubre al cotizante y a todas sus cargas. Los beneficiarios del Fonasa se clasificaron en diferentes categorías (A, B, C Y D) según su situación familiar y laboral, lo que determina el tipo de cobertura y prestaciones a las que tienen acceso; garantiza los servicios a toda la población beneficiaria, promoviendo la equidad y solidaridad en el sistema de salud del país.

Financiamiento Isapre

Las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) en Chile son entidades privadas encargadas de administrar las cotizaciones obligatorias, brindando cobertura a una parte de la población chilena. Enseguida, se describe cómo funcionan:

Administran las cotizaciones obligatorias de salud de sus afiliados, las cuales corresponden a un porcentaje de los ingresos impositivos de los trabajadores. Además, estas instituciones captan cotizaciones adicionales o voluntarias para ofrecer servicios complementarios.

Las Isapre aseguran una proporción de la población chilena, brindando acceso a servicios a través de los recursos financieros recaudados. Los afiliados tienen derecho a recibir prestaciones de salud de acuerdo con los contratos suscritos con la institución. Garantizan a sus beneficiarios el acceso a prestaciones, incluyendo el examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, así como el otorgamiento de prestaciones mínimas establecidas por ley. Los afiliados deben suscribir un contrato de plazo indefinido con la institución, el cual determina las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma y modalidad de obtención de éstos. Los contratos contemplan como mínimo las Garantías Explícitas en Salud (GES) y un plan complementario a las GES.

Las Isapre están constituidas a través de planes que se establecen por medio de tarifas con base en los riesgos o coberturas según el esquema del seguro. En estas instituciones, las fuentes de financiamiento son cuotas obligatorias adicionales,

copagos y empresas mutualistas; 1) Los proveedores son clínicas privadas, sus principales beneficiarios pertenecen a la clase media o alta, que tienen menor riesgo y mayores recursos. Existen tres modalidades en el servicio privado: Isapre, Las mutuales y los proveedores privados de servicios de atención a la salud que ofrecen asistencia en sus instalaciones propias.

Las Isapre proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados tienen la facultad o no de escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud.

Financiamiento Fuerzas Armadas y Carabineros

Las Fuerzas Armadas (FFAA) de Chile cuentan con un subsistema de salud propio, el cual es distinto de los subsistemas público y privado. Este subsistema incluye el seguro complementario de salud, también conocido como fondos solidarios, el cual es de adhesión voluntaria y tiene como objetivo disminuir el copago en la atención médica. El personal de las FFAA que no esté afiliado a este seguro complementario debe estar afiliado a Capredena, aportando un porcentaje de sus remuneraciones para acceder a servicios de salud.

Este seguro complementario y el sistema de salud de las FFAA en general son parte de la estructura del sistema de salud chileno y tienen sus propias características y funcionamiento específicos, ya que dependen de otra cobertura por agencias públicas,

fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes eligen afiliarse al Fonasa o alguna Isapre, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social.

El sistema de salud de Carabineros de Chile y la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) son parte de los subsistemas de salud en Chile que atienden a funcionarios de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, como Carabineros, Gendarmería.

La Dirección de Previsión de Carabineros (Dipreca) es la entidad encargada de administrar el sistema de salud de Carabineros de Chile. Los funcionarios activos y pasivos de Carabineros, PDI, Gendarmería, Mutualidad de Carabineros, personal de Dipreca y sus cargas familiares son beneficiarios de este sistema de salud. La red de atención de salud incluye establecimientos propios, como el Hospital de Dipreca, y prestadores en convenio para brindar atención médica a los beneficiarios. (BCN, 2017B, p. 2-4)

Capredena es la institución encargada de asegurar a los funcionarios en retiro de las Fuerzas Armadas que opten por esta caja, así como a los funcionarios civiles. Los afiliados aportan un porcentaje de sus remuneraciones para acceder a servicios de salud, asegurando la atención médica de sus beneficiarios a través de sus respectivas redes de atención y sistemas de financiamiento.

El régimen general de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Por otra parte, en la década de los noventa se creó la superintendencia de Isapre. En 1997 se hicieron modificaciones a la Ley respecto al Fonasa, dándole las atribuciones de un seguro público de salud con capacidad para comprar atenciones para sus asegurados. Con ello, se consolidó la separación de las funciones de aseguramiento y de prestación de servicios de salud.

En el periodo de Ricardo Lagos, la representante del Ministerio de Salud, Michel Bachellet, a principios del 2000 inició la reforma que dio origen a la Ley de autoridad sanitaria y gestión, y a la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y que rige el plan AUGE, la cual protege a los ciudadanos de Chile, como un derecho al que están sujetos los que pertenezcan a Fonasa o a Isapre. Presta especial atención a los aspectos relacionados con la equidad y el acceso a los servicios de salud en Chile, identificando posibles desafíos y oportunidades de mejora en este ámbito; también se explora el concepto de Cobertura Universal de Salud como iniciativa a nivel global. Durante 2000-2010 se definieron objetivos nacionales de salud (Minsal, 2002), de los cuales se desprende la reestructuración de las políticas en este ámbito:

- Mejorar la salud de la población prolongando la vida, y los años de vida libre sin enfermedad.
- Reducir la desigualdad entendida como un problema de distribución inequitativa de la seguridad.

- Mantener la igualdad de acceso a los servicios básicos de salud y mejorar la calidad de los servicios para todos los sectores de la sociedad.

El plan AUGE, derivado de la Ley AUGE, para ser atendido se diseñó respecto a un listado de enfermedades con la finalidad de garantizar la protección a la salud.

Cobertura de servicios de salud

La cobertura que brinda AUGE contempla 87 problemas de salud, los cuales se fueron insertando gradualmente desde julio de 2005 (véase la siguiente tabla).

Tabla 9. Descripción de casos AUGE

DESCRIPCIÓN DE CASOS (AUGE)	
Problemas de salud	
1-25	31 de diciembre 2006 al 1 de julio de 2007.
1-40	2 de julio al 29 de junio de 2008.
1-56	30 de junio de 2008 al 2 de enero 2011.
1-69	3 de enero 2011 al 31 de diciembre 2013.
1-80	1 de enero 2014 al 31 de marzo 2020.
1-85	1 de abril de 2020 al 31 de marzo 2023.
1-87	1 de abril de 2023 al 30 de junio 2023.

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023).

En el Anexo I se describe la cobertura en los problemas de salud durante el periodo determinado. La salud como constructo de la sociedad y dependiente de determinantes sociales, económicos y ambientales, refleja el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo. Así mismo, la salud se relaciona con otros factores, como la educación, vivienda, empleo y factores socioeconómicos, los cuales ayudan al

desarrollo personal y participación en su entorno.

No obstante, la ineficiencia e inequidad no permiten el acceso a los servicios en el sector salud, por lo que se requieren estrategias sólidas para enfrentar los retos en relación con la prevención de enfermedades, el acceso universal a los servicios de salud, la calidad en el servicio del sector y fomentar políticas que permitan ambientes más sanos y saludables. La salud influye en el desarrollo humano de los ciudadanos, pues muestra un efecto en la calidad de vida.

En seguida se detallan algunas enfermedades que han tenido mayor incidencia dentro de la descripción de casos AUGE.

Garantías explícitas en salud (GES), por casos de salud Fonasa

Tabla 10. Cobertura de casos en problemas de salud 2006-2009

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2006-2009

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD												
N°	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA										
		24/06/2006	31/12/2006	08/07/2007	30/12/2007	29/06/2008	04/01/2009	29/03/2009	28/06/2009	27/09/2009	27/12/2009	Media
3	Cáncer Cérvicouterino	1.42%	0.93%	1.03%	0.77%	0.71%	0.63%	0.77%	0.66%	0.76%	0.77%	
5	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	1.67%	2.78%	3.23%	3.39%	3.85%	3.74%	4.15%	3.62%	3.84%	4.17%	3.44%
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	13.82%	4.90%	7.83%	3.80%	4.04%	2.79%	4.27%	3.78%	3.48%	3.57%	5.23%
8	Cáncer de Mama	0.71%	0.53%	0.63%	0.64%		0.58%	0.52%	0.47%	0.45%	0.57%	0.57%
11	Cataratas	2.66%	2.24%	2.82%	2.51%	2.88%	5.16%	3.03%	2.50%	2.52%	2.81%	2.91%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	23.63%	25.72%	21.14%	15.89%	11.45%	16.66%	8.76%	18.19%	19.55%	15.18%	17.62%
21	Hipertensión Arterial	42.69%	13.89%	20.39%	11.50%	9.76%	7.41%	10.08%	9.78%	9.09%	8.58%	14.32%
23	Salud Oral	6.73%	5.24%	4.49%	3.01%	3.03%	3.88%	3.43%	4.70%	4.30%	4.11%	4.29%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	0.00%	10.14%	9.30%	5.71%	5.15%	5.32%	6.29%	5.35%	5.59%	6.09%	6.55%
34	Depresión en personas de 15 años y más	0.00%	15.37%	12.45%	8.72%	7.48%	5.99%	7.22%	6.14%	5.30%	5.57%	8.25%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	0.00%	0.00%	0.00%	22.05%	29.86%	22.69%	27.06%	22.69%	21.98%	23.42%	24.25%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	0.00%	0.00%	0.00%	0.94%	1.00%	1.26%	1.54%	1.17%	1.52%	1.60%	1.29%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
65	Displasia luxante de caderas	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
66	Salud oral integral de la embarazada	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023).

Los problemas de salud con mayor recurrencia en promedio fueron urgencias odontológicas ambulatorias (24.25%), infección respiratoria aguda (IRA) infantil (17.62%), hipertensión arterial (14.32%), depresión en personas de 15 años y más (8.25%), vicios de refracción en personas de 65 años y más (6.55%), diabetes mellitus tipo dos (5.25%), salud oral (4.29%), infarto agudo de miocardio (3.44%) y cataratas (2.91%).

La Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2003) menciona que los síntomas depresivos en personas mayor de 18 años en los últimos doce meses se presentaron en 17.5% de la población, en la ENS (2009-2010) la depresión tenía una prevalencia de 17% en mayores de 15 años y más.

Diversos autores argumentan que existe una relación entre depresión y enfermedades físicas, los factores biológicos (inmunológicos, neuroendócrinos o inflamatorios) influyen en esta condición. Se destacan estilos de vida no apropiados, como el sedentarismo o una dieta inadecuada. Se señala que el nivel socioeconómico, problemas psicosociales, traumas infantiles, características psicológicas y factores genéticos aumentan el riesgo de que aparezca la depresión y la comorbilidad médica. Bustamante et al. (2021) realizaron un estudio en personas con depresión, especialmente en adultos mayores de 60 años; en éste observaron factores que están relacionados con el ciclo de vida, como la jubilación, la viudez y la pérdida de seres queridos, los cuales impactan negativamente en el bienestar emocional de las personas mayores. La evolución de las comorbilidades previas y la presencia de enfermedades crónicas influyen en el desarrollo y la gravedad de la depresión.

Por consiguiente, el nivel de apoyo social, la calidad de las relaciones interpersonales y el grado de integración social juegan un papel crucial en el desarrollo y la gestión de la depresión en esta población; además, el nivel de escolaridad y el estatus socioeconómico influyen en la percepción de la salud mental y en el acceso a recursos y servicios de atención, otro factor que se menciona es la genética. Así mismo, se pretende que la calidad de la atención y el tratamiento de los pacientes con depresión y comorbilidades físicas promuevan una intervención terapéutica integral que considere múltiples dimensiones del bienestar humano. Por lo anterior, es necesario ampliar y mejorar los programas de medicina preventiva, como el Examen de Medicina Preventiva de Adulto (EMPA), para incluir evaluaciones más exhaustivas de factores

de riesgo cardiovascular y promover la detección temprana.

Por otra parte, la ENS (2013) destaca que en el grupo de edad de 15 a 24 años se observó un aumento estadísticamente significativo respecto a la presión arterial, por lo que la medición de prevalencia acumulada fue elevada: 34%; este porcentaje representa a 3 863 920 individuos; mientras que la ENS de 2009-2010 reporta 26.5%, lo que significa que disminuyó la tendencia.

Las enfermedades con mayor incidencia en pacientes hipertensos es consecuencia de una presión arterial persistentemente elevada, que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y otros problemas de salud, se suelen presentar otros factores como el colesterol alto, la obesidad, la diabetes y el tabaquismo (Piñol et al, 2011, p.135).

Por consiguiente, es necesario desarrollar campañas de educación en salud que informen a la población sobre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, la importancia de la alimentación, la actividad física y mental, el control del estrés, enfocándose en la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables.

En 2002 se implementó el Programa de Estudio Cardio Vascular (PSCV) y en 2012, el manejo del hipertenso en centros de Atención Primaria de Salud de la Región Metropolitana de Santiago significó mejorar el control de la Presión Arterial muy por encima de lo logrado en el pasado, Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra aleatoria de 525 pacientes (380 mujeres) de un universo de 1,533 hipertensos entre 30 y 68 años bajo seguimiento en el PSCV.

Cabe resaltar que este estudio cuenta con mayor proporción de mujeres que de hombres en el grupo estudiado, con una razón de 2,6 mujeres por cada hombre. La edad promedio de los participantes fue de 55,4 años, siendo ligeramente superior en hombres en comparación con mujeres. El 47% de los pacientes logró una presión arterial (PA) controlada. La presencia de diabetes mellitus (DM) fue documentada en el 38,5%. Se identificó que un 31,5% de los sujetos tenían una educación menor a 8 años de estudios. Se encontró que un 23,9% de los participantes percibían un ingreso familiar mensual insuficiente. (Garrido et al., 2013, p.89)

A partir de 2009, la gestión hospitalaria por parte del sector privado fue centro de atención en el sector salud. Mediante el uso de consultoría especializada se implementó el procesamiento de diagnóstico y posibles tratamientos a través del sistema “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”; considerado un mecanismo de clasificación de pacientes de acuerdo con su grado de complejidad en problemas de salud con el objetivo de fijar costos de servicios hospitalario. Esta gestión inició en las Isapre y la metodología fue adoptada años posteriores en Fonasa.

Tabla 11. Cobertura en problemas de salud 2010-2013 Fonasa

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2010-2013

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																		
N°	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA														Media		
		2003/2010	27/06/2010	27/09/2010	02/01/2011	27/03/2011	03/07/2011	03/10/2011	01/01/2012	01/04/2012	01/07/2012	30/09/2012	31/12/2012	31/03/2013	30/06/2013		29/09/2013	29/12/2013
3	Cáncer Cervicouterino	0.83%	0.83%	0.80%	6.48%	11.12%	13.62%	14.11%	15.76%	16.22%	16.12%	15.43%	16.97%	19.70%	22.98%	19.91%	20.72%	13.23%
5	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5.37%	4.49%	3.63%	4.61%	4.30%	3.67%	3.92%	3.68%	4.09%	3.85%	3.37%	3.69%	3.89%	3.18%	3.02%	3.20%	3.87%
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	3.89%	3.63%	3.03%	3.20%	3.70%	3.20%	3.21%	3.38%	4.00%	3.34%	3.25%	3.16%	3.54%	3.14%	3.00%	3.01%	3.36%
9	Cáncer de Mama	0.55%	0.47%	0.37%	0.42%	0.44%	0.35%	0.42%	0.35%	0.42%	0.37%	0.38%	0.44%	0.40%	0.37%	0.37%	0.43%	0.41%
11	Cataratas	2.80%	2.44%	1.84%	2.23%	2.53%	1.97%	2.01%	2.32%	2.59%	2.12%	2.10%	2.27%	2.35%	2.00%	1.69%	2.05%	2.22%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	8.90%	16.40%	19.75%	13.47%	7.54%	15.23%	13.49%	10.51%	5.84%	13.11%	15.18%	9.70%	5.27%	10.62%	12.88%	8.41%	11.65%
21	Hipertensión Arterial	8.50%	8.52%	7.31%	6.68%	6.57%	6.22%	6.29%	5.70%	6.10%	5.97%	6.12%	5.68%	5.27%	5.50%	5.18%	4.63%	6.28%
23	Salud Oral	3.90%	5.14%	3.89%	3.55%	3.19%	3.85%	3.57%	3.34%	3.51%	4.35%	3.53%	3.56%	3.36%	4.24%	3.30%	3.35%	3.72%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	6.49%	5.75%	4.47%	5.31%	5.52%	4.87%	4.73%	5.82%	5.78%	5.13%	5.04%	5.52%	5.80%	4.91%	4.28%	5.01%	5.26%
34	Depresión en personas de 15 años y más	6.07%	5.55%	4.16%	3.85%	4.17%	3.53%	3.32%	3.02%	3.39%	2.89%	2.83%	2.71%	2.88%	2.41%	2.21%	2.16%	3.44%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	25.82%	22.43%	21.04%	17.77%	19.20%	15.79%	15.54%	15.29%	16.11%	14.27%	13.35%	14.52%	15.09%	12.60%	11.41%	11.54%	16.36%
47	Salud oral integral del adulto de 50 años	1.23%	1.28%	1.45%	1.40%	1.12%	1.09%	1.36%	1.33%	1.18%	1.11%	1.37%	1.39%	1.18%	1.31%	1.15%	1.36%	1.27%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	1.01%	1.00%	1.07%	1.01%	0.92%	0.83%	0.87%	0.88%	1.08%	1.60%	1.69%	0.96%	0.81%	0.72%	1.03%
65	Displasia luxante de caderas	0.00%	0.00%	1.57%	2.68%	2.80%	2.68%	2.97%	3.42%	3.45%	3.06%	3.34%	3.61%	3.18%	3.09%	3.24%	3.05%	3.05%
66	Salud oral integral de la embarazada	0.00%	0.00%	5.18%	5.76%	5.62%	4.84%	4.75%	5.32%	5.66%	4.94%	4.58%	5.11%	5.41%	4.88%	4.28%	4.77%	5.08%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	5.09%	5.55%	5.32%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.22%	0.34%	0.28%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)²

Esta tabla muestra los casos de problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia; el orden, de acuerdo con su porcentaje, es el siguiente: urgencias odontológicas ambulatorias 16.36%, cáncer cervicouterino 13.23%, infección respiratoria aguda 11.65%, hipertensión arterial 6.26%, hipotiroidismo en personas de más de 15 años y más 5.32%, infarto agudo de miocardio, vicios de refracción de personas de 65 y más, salud oral, depresión en personas de 15 años y más, displasia, diabetes mellitus tipo 2 y cataratas. Con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2014-2015, el 21.7% de las mujeres tienen depresión en edad superior a 15 años y hombres con porcentaje del 10%.

La tendencia de disminución en la consulta de urgencia odontológica observada entre los años 200 a 2013. Los registros obtenidos se objetiva una tendencia sostenida a la disminución de las (urgencia Odontológica Asistencial) UOA,

² Los recuadros en blanco significan que en ese periodo no había datos aún, ya que para el listado de problemas de salud se fue registrando de manera gradual.

pasando desde un 24% de las actividades realizadas en 2009 al 16.5% de las actividades en el 2013, destacando que a partir del 2012 este tipo de atenciones se encuentran muy por debajo de las 150.000 prestaciones que habitualmente otorgaban los servicios de salud. (Olate et al., 2014 p.3)

El indicador de personas con cáncer cérvico uterino va incrementando a través del tiempo; en septiembre 2010 se encontraba en 0.83% y en septiembre 2014 ascendió hasta 21.99%, Cabe resaltar que no se ha tenido control sobre esta enfermedad, ya que según el Ministerio de Salud hasta 2014 se realizó la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), el cual provoca este tipo de cáncer si no es atendido oportunamente.

Asimismo, en diciembre 2011 se modificaron los seguros privados o Plan Garantizado de Salud la perspectiva es hacia el Plan Universal de Salud. Después en 2015 se emitió la Ley Ricarte Soto en el que asegura un sistema de protección financiera a los usuarios para diagnósticos y tratamientos de alto costo dirigido a todos los niveles socioeconómicos.

La siguiente tabla integra la descripción del Anexo I y muestra la cobertura de casos en problemas de salud durante el periodo 2014-2017.

Tabla 12. Cobertura de casos en problemas de salud, Fonasa 2014-2017

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2014-2017

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																		
N°	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA																
		30/03/2014	30/06/2014	30/09/2014	31/12/2014	31/03/2015	30/06/2015	30/09/2015	31/12/2015	01/04/2016	01/07/2016	30/09/2016	30/12/2016	31/03/2017	30/06/2017	30/09/2017	31/12/2017	Media
3	Cáncer Cérvicouterino	20,38%	21,99%	20,45%	21,94%	21,93%	22,15%	20,21%	21,47%	23,06%	22,62%	19,85%	21,49%	23,69%	22,55%	17,97%	21,95%	21,48%
5	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	3,00%	2,84%	3,23%	3,12%	3,33%	2,92%	3,08%	3,06%	3,33%	2,82%	2,87%	3,14%	3,07%	2,84%	2,75%	3,11%	3,02%
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	3,43%	3,34%	3,38%	3,39%	3,79%	3,35%	3,36%	3,47%	3,62%	3,50%	3,53%	3,25%	3,89%	3,34%	4,82%	3,73%	3,58%
8	Cáncer de Mama	0,37%	0,33%	0,38%	0,43%	0,41%	0,38%	0,40%	0,47%	0,44%	0,39%	0,42%	0,44%	0,44%	0,40%	0,54%	0,54%	0,44%
11	Cataratas	1,97%	1,72%	1,78%	2,15%	2,17%	1,83%	1,80%	2,16%	2,35%	1,99%	1,84%	2,34%	2,41%	1,83%	2,14%	2,45%	2,07%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	4,28%	9,09%	12,16%	7,53%	4,96%	10,26%	11,98%	8,11%	3,84%	9,71%	11,92%	6,13%	3,29%	10,23%	10,07%	5,98%	8,07%
21	Hipertensión Arterial	4,63%	5,00%	5,30%	4,89%	4,59%	4,76%	5,16%	4,94%	4,01%	4,98%	5,25%	4,88%	4,57%	4,98%	10,84%	5,21%	5,20%
23	Salud Oral	3,30%	4,18%	3,53%	3,57%	3,53%	4,29%	3,71%	3,69%	3,67%	4,34%	3,65%	3,96%	3,84%	4,40%	3,60%	3,90%	3,82%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	5,21%	4,79%	4,71%	5,70%	6,07%	5,36%	5,46%	6,14%	6,70%	5,84%	5,78%	6,68%	7,01%	5,92%	5,40%	7,34%	5,88%
34	Depresión en personas de 15 años y más	2,29%	2,09%	2,00%	1,99%	2,21%	1,89%	1,76%	1,87%	1,93%	1,79%	1,97%	1,51%	1,77%	1,33%	1,46%	1,96%	1,82%
46	Urgencias odontológicas ambulaciones	11,54%	10,89%	10,13%	10,72%	11,22%	10,08%	9,76%	10,19%	10,68%	9,39%	9,21%	10,57%	10,29%	9,23%	7,83%	4,89%	9,79%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	1,19%	1,23%	1,28%	1,36%	1,23%	1,32%	1,32%	1,33%	1,30%	1,45%	1,36%	1,53%	1,33%	1,42%	1,27%	1,58%	1,34%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0,97%	0,94%	0,74%	0,74%	0,75%	0,82%	0,84%	0,82%	0,80%	0,78%	0,84%	0,81%	0,82%	0,81%	0,74%	0,86%	0,82%
65	Displasia leve de cuello de útero	3,44%	3,20%	3,25%	3,73%	3,74%	3,35%	3,29%	3,49%	3,54%	3,10%	3,15%	3,57%	2,88%	2,65%	3,44%	3,31%	3,31%
66	Salud oral integral de la embarazada	5,14%	4,75%	4,48%	4,88%	5,18%	4,45%	4,40%	4,55%	5,07%	4,30%	4,12%	4,68%	4,78%	4,13%	3,64%	4,73%	4,58%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	4,98%	3,52%	2,85%	2,73%	3,08%	2,54%	2,50%	2,67%	2,99%	2,54%	2,46%	2,32%	2,87%	2,36%	1,95%	2,44%	2,80%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	0,42%	0,45%	0,59%	0,66%	0,62%	0,65%	0,73%	0,79%	0,79%	0,78%	0,85%	0,95%	0,91%	0,95%	0,96%	1,23%	0,77%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023).

En la tabla se aprecia el incremento en morbilidad como el cáncer cérvico uterino (21.48%), urgencias odontológicas, infecciones respiratorias agudas, vicios de refracción en personas de 65 años y más, hipertensión arterial, salud oral integral de la embarazada, displasia, salud oral, diabetes mellitus tipo 2, infarto agudo de miocardio, depresión en personas de 15 años y más, hipotiroidismo en personas de 15 años y más.

El CCU tiene una mortalidad significativa en casos de diagnóstico tardío y hacia el año 2010, moría más de una mujer al día en Chile por esta causa (aproximadamente 580 al año). El CCU es una de las principales causas de pérdida de vida de años saludables en mujeres ya que las afecta en etapa fértil y laboralmente productiva. (Fica, 2014, p. 1)

Respecto a la infección respiratoria aguda infantil, en 2016 la población vulnerable experimentó complicaciones más graves debido a la inmadurez inmunológica y anatómica en niños menores de dos años. Por ello, es importante prevenir, diagnosticar

y tratar adecuadamente ese tipo de infecciones, especialmente en poblaciones vulnerables, como pacientes con síndrome de Down, con cardiopatías, asma y otras enfermedades pulmonares crónicas que influyen en el curso y pronóstico de las Infecciones del Aparato Respiratorio Inferior (IRAI).

La siguiente tabla muestra la cobertura de casos en problemas de salud durante el periodo 2018-2021.

Tabla 13. Cobertura en problemas de salud 2018-2021

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2018-2021

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																		
N°	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA																
		28/03/2018	27/06/2018	27/09/2018	26/12/2018	27/03/2019	26/06/2019	26/09/2019	26/12/2019	26/03/2020	26/06/2020	26/09/2020	26/12/2020	26/03/2021	26/06/2021	26/09/2021	27/12/2021	Media
1	Cáncer Cervicouterino	22.65%	22.77%	19.89%	21.55%	22.68%	22.93%	20.21%	19.73%	22.85%	5.05%	10.68%	17.10%	22.85%	26.07%	25.31%	24.95%	20.45%
2	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	2.92%	2.77%	2.76%	2.75%	2.91%	2.63%	2.89%	3.40%	2.92%	5.66%	4.48%	3.73%	3.04%	3.06%	3.21%	2.91%	3.25%
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	4.04%	1.79%	3.77%	3.87%	4.26%	3.69%	3.75%	3.56%	4.18%	3.91%	4.83%	4.83%	5.16%	5.40%	5.32%	5.28%	4.23%
8	Cáncer de Mama	0.46%	0.15%	0.42%	0.52%	0.48%	0.42%	0.44%	0.56%	0.67%	0.71%	0.65%	0.71%	0.68%	0.69%	0.72%	0.69%	0.56%
11	Cataratas	2.34%	1.67%	1.97%	2.18%	2.28%	1.92%	1.95%	2.21%	2.24%	0.53%	1.50%	2.27%	1.98%	1.78%	2.00%	2.20%	1.92%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	3.30%	7.95%	9.79%	5.71%	2.79%	6.56%	9.89%	5.39%	2.26%	1.03%	0.29%	0.27%	0.23%	0.26%	0.86%	1.44%	3.75%
21	Hipertensión Arterial	4.75%	-1.25%	5.58%	5.01%	4.79%	5.21%	5.84%	4.71%	4.98%	5.42%	7.22%	6.13%	5.77%	7.03%	7.24%	6.19%	5.29%
23	Salud Oral	3.56%	3.74%	3.42%	3.51%	3.47%	3.97%	3.48%	3.51%	3.21%	1.17%	1.59%	1.78%	2.13%	2.25%	2.41%	2.34%	2.53%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	7.36%	6.91%	6.25%	7.15%	7.63%	6.34%	6.48%	6.91%	7.61%	1.10%	2.56%	5.81%	6.31%	6.93%	6.36%	6.93%	6.10%
34	Depresión en personas de 15 años y más	1.59%	1.54%	1.48%	1.52%	1.61%	1.49%	1.47%	1.54%	1.69%	1.58%	1.82%	1.73%	1.60%	1.68%	1.64%	1.77%	1.61%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	8.84%	13.60%	7.83%	8.68%	8.70%	7.85%	7.96%	8.69%	8.29%	25.84%	20.00%	14.06%	11.23%	9.48%	8.19%	7.55%	11.02%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	1.34%	1.39%	1.97%	1.42%	1.27%	1.32%	1.33%	1.36%	1.29%	0.66%	0.73%	0.78%	0.83%	0.89%	1.17%	1.09%	1.14%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.85%	0.91%	0.86%	0.80%	0.84%	0.83%	0.88%	0.71%	0.78%	0.87%	0.65%	0.62%	0.63%	0.79%	0.69%	0.66%	0.77%
63	Displasia luxante de caderas	3.09%	3.10%	3.01%	3.22%	3.41%	2.79%	2.92%	3.18%	3.07%	6.46%	6.05%	4.62%	3.81%	3.13%	2.82%	2.80%	3.88%
66	Salud oral integral de la embarazada	4.71%	4.38%	3.97%	4.27%	4.40%	3.52%	3.54%	3.96%	3.94%	4.69%	5.17%	3.78%	3.96%	3.52%	3.38%	3.99%	4.04%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	2.80%	2.43%	2.23%	2.20%	2.44%	1.99%	2.03%	1.93%	2.37%	2.17%	2.45%	2.41%	2.43%	2.42%	2.41%	2.43%	2.52%
80	Tratamiento de Eradicación del Helicobacter Pylori	1.18%	1.16%	1.18%	1.32%	1.22%	1.09%	1.26%	1.39%	1.24%	0.76%	1.04%	1.44%	1.34%	1.32%	1.40%	1.47%	1.24%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023).

La tabla muestra el comportamiento en casos con problemas de salud, el mayor porcentaje se presentó en cáncer cervicouterino con 20.45%; urgencias odontológicas, 11.02%; vicios de refracción de 65 años y más, 6.10%; hipertensión arterial, 5.29%; diabetes Mellitus tipo 2, 4.23%; salud oral integral de la embarazada, 4.04%; displasia, 6.05%; infecciones respiratorias agudas presentó un mayor incremento en el segundo y tercer trimestre de 2019; infarto agudo de miocardio, 5.66%; depresión en personas de 15 años y más, 1.82%; salud oral, 3.97; hipotiroidismo, 2.80%, y cataratas, 2.34%.

La ENS 2016-2017 menciona que los síntomas depresivos en personas mayores de 18 años, en los últimos doce meses, destacan sobre otros problemas de salud, ya que se presenta en 15.8% de la población, de la cual 21.7% corresponde a mujeres y 10% a hombres.

En el año 2020 y 2021 se promulgó una Reforma a Fonasa enfocada propiamente a establecer el Plan de Salud Universal relacionado con la implementación del sistema de gestión hospitalaria en niveles primario, de mediana y alta complejidad.

En cuanto a los resultados sobre la prevalencia en hipertensión arterial nacional, de acuerdo con la ENS (2016-2017), este padecimiento se presenta en 27.6%, siendo 27.5% en hombres y 27.7% en mujeres. Otro estudio es el aplicado a madres embarazadas se observó vulnerabilidad social; es decir, que existió desigualdad en el acceso a los servicios a mujeres y perinatales; así, “los datos sobre acceso a prestaciones específicas muestran la incapacidad de respuesta institucional”. (Arcos et al., 2016, p 6)

Diversas investigaciones mencionan que el impacto de la pandemia por COVID-19 (no considerado en esta investigación) evidencia la mayor letalidad de vidas humanas en personas que habitan en pobreza extrema o viviendas en alta densidad; el resultado fue una afectación en la salud física, mental y social, además de que se redujo la esperanza de vida al nacer. Por lo tanto, se han tomado medidas para incrementar la cobertura de vacunación mediante campañas de información en centros de salud, así como implementar programas de detección temprana de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, a través de chequeos regulares.

La presente tabla muestra la cobertura de casos acumulados en problemas de salud Fonasa, durante el periodo 2022- 2023

Tabla 14. Cobertura de casos en problemas de salud 2022-2023, Fonasa

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2022-2023

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD								
N°	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos						
		25/03/2022	27/06/2022	29/09/2022	26/12/2022	27/03/2023	27/06/2023	Media
3	Cáncer Cérvicouterino	26.25%	27.22%	26.17%	25.52%	24.82%	23.40%	25.56%
5	Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	2.69%	2.54%	2.66%	2.65%	2.76%	2.59%	2.65%
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	5.31%	4.80%	4.96%	4.77%	4.78%	4.33%	4.83%
8	Cáncer de Mama	0.64%	0.56%	0.60%	0.70%	0.64%	0.62%	0.63%
11	Cataratas	2.01%	1.90%	1.92%	2.19%	2.32%	2.15%	2.08%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	0.97%	5.00%	3.76%	3.42%	1.60%	6.34%	3.52%
21	Hipertensión Arterial	5.64%	6.41%	7.27%	6.24%	5.95%	6.76%	6.38%
23	Salud Oral	2.52%	2.49%	2.22%	2.05%	2.28%	2.36%	2.32%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	6.91%	6.35%	6.26%	7.08%	7.55%	6.87%	6.84%
34	Depresión en personas de 15 años y más	1.70%	1.58%	1.64%	1.57%	1.66%	1.63%	1.63%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	7.61%	6.47%	6.45%	6.71%	6.87%	6.47%	6.76%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	1.06%	1.22%	1.24%	1.34%	1.22%	1.35%	1.24%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.63%	0.68%	0.75%	0.71%	0.78%	0.87%	0.74%
65	Displasia luxante de caderas	2.98%	2.55%	2.85%	2.97%	2.81%	2.50%	2.78%
66	Salud oral integral de la embarazada	3.66%	3.08%	3.00%	3.11%	3.17%	2.87%	3.15%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	2.45%	2.05%	2.15%	2.14%	2.36%	2.03%	2.20%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	1.33%	1.16%	1.28%	1.35%	1.27%	1.24%	1.27%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

Se observa el comportamiento de los datos: las pacientes con cáncer cervicouterino tienen una incidencia de 25.56%, promedio de marzo de 2022 al mes de junio de 2023. Sin embargo, en un estudio aplicado a 175 pacientes para la detección de cáncer, donde también se describe la inequidad en el servicio público (Eguiguren Et al., 2024, p.2). Los pacientes usaron el servicio privado para ser diagnosticados oportunamente. En marzo de 2022 las urgencias odontológicas ambulatorias e incidencia presentaron un porcentaje de 7.61, en junio de 2023 la tendencia disminuyó a 6.47%. Infección respiratoria aguda (IRA) infantil fue ascendente.

Algunas estrategias para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad son los chequeos regulares y atención especializada para aquellos pacientes identificados con alto riesgo a través de modelos predictivos, así como incrementar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud en áreas rurales y urbanas, a fin de que tengan acceso a una atención médica oportuna. Además, se debe implementar y promover el uso de servicios de telemedicina para facilitar el acceso a atención médica, especialmente en regiones remotas.

Garantías explícitas en salud (GES), por casos de salud Isapre

La siguiente tabla muestra la cobertura de casos en problemas de salud 2006-2009.

Tabla 15. Cobertura de casos de salud Isapre 2006-2009

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2006-2009

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD												
No.	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA										
		30/06/2006	29/12/2006	01/07/2007	30/12/2007	29/06/2008	04/01/2009	29/03/2009	28/06/2009	27/09/2009	27/12/2009	Media
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	21.04%	10.79%	9.48%	7.58%	7.62%	6.86%	7.47%	6.59%	6.44%	6.25%	9.01%
8	Cáncer de Mama	2.51%	2.04%	2.30%	1.91%	2.45%	1.90%	2.31%	2.01%	1.84%	2.07%	2.13%
11	Cataratas	1.96%	1.47%	1.69%	1.76%	1.77%	1.74%	2.11%	1.59%	1.68%	1.78%	1.75%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	12.30%	10.90%	9.59%	10.22%	3.75%	10.42%	4.07%	11.51%	11.69%	9.40%	9.39%
21	Hipertensión Arterial	40.43%	23.83%	21.64%	18.56%	12.24%	20.55%	15.89%	15.98%	16.45%	15.58%	20.11%
23	Salud Oral	12.73%	9.00%	13.10%	11.33%	13.88%	8.94%	13.60%	11.02%	10.54%	9.67%	11.38%
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos	0.00%	0.86%	1.07%	0.93%	1.44%	1.15%	1.55%	1.24%	1.32%	1.40%	1.10%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	0.00%	0.55%	0.72%	0.68%	0.91%	0.91%	0.86%	0.91%	0.72%	0.97%	0.70%
34	Depresión en personas de 15 años y más	0.00%	26.71%	23.80%	21.11%	24.01%	19.22%	19.95%	19.95%	20.08%	20.72%	19.56%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	0.00%	3.92%	4.53%	2.56%	2.60%	3.21%	2.36%	3.78%	2.60%	4.13%	2.97%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	0.00%	0.00%	0.00%	1.20%	1.34%	1.14%	1.07%	1.09%	1.01%	1.27%	0.81%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	0.00%	0.00%	0.00%	8.92%	11.98%	8.10%	12.12%	10.95%	10.52%	11.45%	7.31%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	0.00%	0.00%	0.00%	0.73%	0.79%	0.50%	0.76%	0.64%	0.71%	0.72%	0.49%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
66	Salud oral integral de la embarazada	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
76	Hipotroidismo en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

Los datos que muestran las Isapre en diciembre de 2006 reflejan que el comportamiento fue en orden descendente: hipertensión arterial (40.43%), diabetes mellitus tipo 2 (21.04%), salud oral (12.73%) e infecciones respiratorias (12.30%).

Respecto al índice proporcional de hipertensión arterial para 2006, éste fue de 40.43%; posteriormente, la tendencia fue a la baja y se modificó en diciembre de 2009, pues disminuyó hasta 15.58%. El problema de salud de diabetes mellitus tipo 2 a diciembre 2006 presentó un porcentaje de 21.04, el indicador ha disminuido hasta diciembre de 2009, pues registró una proporción de 6.25%. La depresión en adolescentes de 15 y más muestra el inicio del indicador en diciembre de 2006 con un valor de 26.71%, fue

presentando un comportamiento a la baja de 20.72% en diciembre de 2009. La salud oral en diciembre 2006 fue de 12.73% y hasta diciembre 2009 disminuyó a 9.67%. El indicador de infección respiratoria aguda infantil en diciembre de 2006 fue de 12.30%, el cual tiene un comportamiento moderado hasta diciembre de 2009 de 9.40%.

Tabla 16. Cobertura de casos en problemas de salud Isapre, 2010-2013

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2010-2013

No.	PROBLEMA DE SALUD	CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																
		Numero de casos FONASA																
		28/03/2010	28/06/2010	27/09/2010	02/01/2011	27/03/2011	03/07/2011	03/10/2011	01/01/2012	01/04/2012	01/07/2012	30/09/2012	31/12/2012	31/03/2013	30/06/2013	30/09/2013	31/12/2013	Medio
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	6.83%	6.31%	5.84%	6.68%	7.84%	6.91%	6.52%	7.06%	7.79%	5.76%	6.59%	7.04%	7.15%	6.66%	5.47%	5.79%	6.64%
8	Cáncer de Mama	2.11%	1.94%	1.46%	1.72%	1.83%	1.61%	1.68%	1.94%	1.90%	1.27%	1.83%	2.19%	2.13%	1.91%	1.26%	1.65%	1.81%
11	Cataratas	1.96%	1.94%	1.29%	1.46%	1.66%	1.42%	1.48%	1.64%	1.82%	1.65%	1.46%	1.65%	1.80%	1.64%	1.05%	1.38%	1.58%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Inteval	4.99%	11.37%	12.23%	7.07%	3.67%	13.07%	8.50%	7.16%	3.70%	11.85%	11.79%	6.84%	3.85%	9.81%	9.56%	5.02%	8.10%
21	Hipertensión arterial	13.91%	15.07%	14.07%	14.19%	14.44%	14.17%	13.26%	13.37%	13.40%	13.67%	14.23%	14.54%	13.53%	13.78%	13.13%	12.54%	13.33%
23	Salud Oral	13.71%	10.96%	9.12%	9.50%	11.79%	9.66%	9.94%	9.40%	12.25%	10.12%	9.50%	9.99%	13.22%	10.53%	6.75%	7.11%	10.20%
26	Colostectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticas	1.54%	1.54%	1.23%	1.25%	1.49%	1.45%	1.73%	1.73%	1.56%	1.46%	1.47%	1.47%	1.43%	1.33%	1.05%	1.13%	1.43%
29	Vicio de refracción en personas de 65 años y más	1.19%	1.25%	0.98%	1.15%	1.39%	1.24%	1.37%	1.64%	1.44%	1.35%	1.31%	1.54%	1.65%	1.47%	0.87%	1.38%	1.32%
34	Depresión en personas de 15 años y más	20.91%	20.59%	16.39%	17.83%	16.46%	15.71%	16.78%	15.90%	16.00%	16.02%	15.56%	16.76%	16.09%	14.88%	10.98%	12.73%	16.23%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 13 años	3.00%	4.37%	3.22%	3.70%	2.67%	4.24%	3.55%	3.68%	2.65%	3.87%	2.92%	3.16%	2.73%	4.08%	2.61%	2.85%	3.33%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o mod	1.27%	1.21%	1.21%	1.46%	1.46%	1.51%	1.38%	1.48%	1.56%	1.47%	1.58%	1.61%	1.76%	1.80%	1.17%	1.63%	1.48%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	11.34%	8.09%	6.52%	8.01%	8.83%	6.07%	6.73%	6.85%	7.19%	6.07%	5.13%	5.07%	4.90%	4.52%	2.98%	3.43%	6.36%
47	Salud oral integral del adulto de 40 años	0.40%	0.60%	0.73%	0.67%	0.90%	0.74%	0.75%	0.83%	1.17%	0.84%	1.05%	0.94%	1.27%	1.11%	0.81%	0.78%	0.88%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	4.63%	4.65%	3.78%	3.89%	3.69%	3.75%	2.99%	3.34%	3.25%	3.35%	3.39%	3.46%	2.45%	3.02%	
66	Salud oral integral de la embarazada	0.00%	0.00%	3.91%	3.78%	4.14%	3.34%	4.06%	6.06%	7.25%	6.15%	8.09%	8.51%	8.01%	7.88%	4.92%	5.62%	5.11%
75	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.15%	2.69%	0.13%
76	Hipertrofia en personas de 15 años y más	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	14.93%	14.59%	1.85%
80	Tratamiento de Eradicación del Helicobacter Pylori	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.33%	1.87%	0.20%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

El comportamiento de los datos en marzo de 2010 representa el 20.91% en depresión en personas de 15 años y más, hipertensión arterial (13.91%), salud oral (13.71%), urgencias odontológicas ambulatorias (11.34%) y diabetes mellitus tipo II (6.83%).

El manejo de urgencias odontológicas permite establecer flujos de atención claros y accesibles, lo que facilitará la atención rápida y eficiente de los pacientes. También se deben realizar campañas de concientización y educación sobre la importancia de la salud bucal y la prevención de enfermedades, lo que reduciría la incidencia de urgencias odontológicas; mejorar el acceso a servicios de salud bucal, especialmente en áreas rurales o desatendidas, para garantizar que todos los pacientes puedan recibir

atención preventiva y correctiva cuando la atención sea en caso de urgencias.

La tendencia en el indicador depresión en personas de 15 años y más en marzo de 2010 representa el 20.91% y disminuyó a 12.73% en diciembre de 2013.

Respecto al comportamiento de hipertensión arterial el porcentaje fue de 13.91 en marzo de 2010, pero en diciembre de 2013 disminuyó a 12.54%.

El problema de salud oral se encuentra en 13.71%, que corresponde a datos de marzo de 2010, y tiene una tendencia a la baja con un indicador de 7.11% en diciembre de 2013.

Urgencias odontológicas ambulatoria en marzo de 2010 tuvo 11.34%, y a diciembre de 2013 mostró una disminución de 3.43%.

El indicador de diabetes mellitus tipo 2 para 2010 se encontraba en 6.83%, mostrando una disminución a través del tiempo, y en diciembre de 2013 mostró un porcentaje de 5.79.

La siguiente tabla muestra la cobertura de casos de salud 2014-2017, Isapre.

Tabla 17. Cobertura de casos en problemas de salud 2014-2017, Isapre

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2014-2017

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																		
No.	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA													Medio			
		31/03/2014	30/06/2014	30/09/2014	31/12/2014	31/03/2015	30/06/2015	30/09/2015	31/12/2015	01/04/2016	01/07/2016	30/09/2016	30/12/2016	31/03/2017		30/06/2017	30/09/2017	31/12/2017
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	6,54%	9,44%	5,71%	5,81%	6,39%	5,39%	5,22%	5,15%	6,11%	4,95%	4,79%	5,17%	5,45%	4,26%	4,41%	4,75%	5,60%
8	Cáncer de Mama	1,73%	1,17%	1,76%	1,80%	1,64%	1,58%	1,43%	1,82%	1,65%	1,49%	1,42%	1,96%	1,41%	1,48%	1,54%	1,78%	1,60%
11	Cataratas	1,58%	0,65%	1,39%	1,40%	1,26%	1,16%	1,09%	1,17%	1,38%	1,44%	1,03%	1,21%	1,33%	1,13%	0,99%	1,41%	1,21%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	3,30%	3,84%	8,46%	5,22%	3,10%	0,91%	13,86%	11,15%	6,42%	15,82%	15,94%	8,71%	6,25%	17,71%	14,27%	9,79%	9,61%
21	Hipertensión Arterial	10,86%	15,90%	11,19%	10,65%	10,80%	11,17%	10,82%	10,44%	10,23%	9,84%	10,62%	11,52%	9,31%	8,49%	9,92%	9,92%	10,73%
23	Salud Oral	10,22%	7,43%	9,73%	9,13%	11,87%	9,25%	8,88%	9,88%	11,08%	9,24%	8,19%	8,07%	10,78%	9,19%	9,15%	8,11%	9,19%
26	Colectostomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticas	1,15%	0,82%	1,14%	1,34%	1,47%	1,27%	1,21%	1,31%	1,26%	1,22%	1,17%	1,36%	1,94%	1,27%	1,29%	1,47%	1,27%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	1,59%	1,33%	1,25%	1,60%	1,69%	1,61%	1,59%	1,55%	1,58%	1,33%	1,69%	2,27%	2,37%	2,40%	2,52%	2,52%	1,93%
34	Depresión en personas de 15 años y más	12,18%	16,41%	13,15%	12,91%	11,19%	12,35%	11,89%	12,38%	11,31%	10,97%	10,48%	11,61%	11,63%	10,69%	10,54%	10,99%	11,78%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	2,39%	3,86%	3,45%	4,90%	3,24%	5,38%	4,65%	4,76%	3,55%	5,00%	5,08%	5,01%	3,60%	5,67%	5,15%	4,68%	4,40%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o mod	1,92%	1,58%	1,42%	1,67%	1,83%	1,47%	1,46%	1,68%	1,82%	1,53%	1,50%	1,72%	1,62%	1,35%	1,49%	1,79%	1,62%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	3,80%	1,72%	1,88%	1,33%	2,88%	1,50%	1,29%	1,06%	1,28%	1,06%	1,17%	1,42%	1,54%	1,22%	1,22%	1,56%	1,99%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	1,01%	0,78%	1,10%	1,27%	1,49%	1,23%	1,24%	1,24%	1,22%	1,44%	1,39%	1,52%	1,83%	1,49%	1,87%	1,96%	1,43%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	2,46%	3,27%	2,65%	3,14%	2,80%	3,16%	3,06%	3,14%	3,18%	3,27%	3,62%	3,88%	3,39%	3,42%	3,64%	4,06%	3,78%
64	Salud oral integral de la embarazada	6,69%	6,59%	7,60%	7,89%	9,16%	7,36%	7,42%	7,31%	8,62%	7,25%	6,55%	7,23%	8,19%	6,44%	6,52%	6,89%	7,38%
73	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más	7,21%	2,01%	2,11%	1,90%	1,93%	1,45%	1,46%	1,84%	1,59%	1,42%	1,66%	1,85%	1,80%	1,63%	1,61%	1,66%	1,70%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	11,71%	10,72%	8,81%	8,99%	9,85%	7,95%	7,67%	7,05%	8,00%	6,61%	6,54%	6,57%	7,24%	5,87%	5,96%	6,38%	7,86%
80	Tratamiento de Eradicación del Helicobacter Pylori	2,22%	2,82%	2,07%	3,04%	2,74%	2,52%	2,42%	2,93%	2,98%	2,75%	2,82%	2,96%	3,27%	3,00%	3,08%	3,45%	2,82%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

El presente cuadro describe los problemas de salud, la mayor incidencia para este periodo fue hipertensión arterial, depresión en personas de 15 años o más, salud oral, Diabetes Mellitus tipo 2, Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años.

La presente tabla detalla la cobertura de casos en problemas de salud 2018-2021

Tabla 18. Cobertura en casos en problemas de salud 2018-2021, Isapre

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2018-2021

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD																		
No.	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA													Medio			
		31/03/2018	30/06/2018	30/09/2018	31/12/2018	31/03/2019	30/06/2019	30/09/2019	31/12/2019	31/03/2020	30/06/2020	30/09/2020	31/12/2020	31/03/2021		30/06/2021	30/09/2021	31/12/2021
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	5,50%	4,50%	4,64%	4,75%	5,63%	4,61%	4,59%	3,60%	6,18%	7,03%	7,13%	7,15%	7,54%	6,47%	4,42%	6,36%	5,63%
8	Cáncer de Mama	1,55%	-0,40%	1,45%	1,81%	1,71%	1,36%	1,29%	1,47%	1,44%	2,59%	1,68%	2,53%	2,49%	2,59%	1,89%	2,17%	1,73%
11	Cataratas	1,29%	0,12%	1,15%	1,38%	1,29%	1,06%	0,98%	0,47%	1,32%	0,33%	0,98%	1,57%	1,26%	1,27%	0,91%	1,72%	1,73%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	6,53%	19,21%	15,18%	9,91%	6,14%	15,32%	18,64%	17,98%	9,98%	11,35%	6,40%	5,42%	4,82%	4,95%	10,32%	10,33%	10,78%
21	Hipertensión Arterial	9,82%	10,35%	10,73%	10,32%	10,80%	10,10%	10,85%	8,12%	11,73%	14,64%	13,08%	11,68%	13,01%	12,43%	9,48%	11,68%	11,18%
23	Salud Oral	10,59%	9,28%	7,42%	7,25%	10,05%	7,13%	6,94%	6,83%	6,97%	-1,06%	5,40%	6,97%	7,45%	5,87%	8,36%	5,11%	6,90%
26	Colectostomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticas	1,33%	0,68%	1,20%	1,42%	1,27%	1,33%	1,23%	1,43%	1,06%	1,16%	1,83%	1,70%	1,83%	1,72%	1,86%	1,42%	1,40%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	2,92%	3,30%	2,55%	2,97%	3,35%	3,16%	3,01%	3,25%	3,03%	1,30%	2,27%	4,11%	3,65%	3,42%	2,45%	3,46%	3,01%
34	Depresión en personas de 15 años y más	10,35%	7,94%	10,23%	11,61%	10,78%	11,32%	9,77%	11,60%	10,45%	11,18%	11,76%	10,28%	9,10%	11,38%	14,79%	11,13%	10,88%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	3,97%	7,95%	5,40%	5,14%	3,81%	5,55%	5,33%	4,77%	2,83%	1,65%	1,03%	0,92%	0,73%	0,95%	2,64%	2,10%	3,42%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o mod	1,79%	1,91%	1,65%	1,76%	2,00%	1,68%	1,63%	1,34%	2,17%	1,07%	1,32%	1,69%	1,62%	1,42%	0,92%	1,94%	1,62%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	1,63%	1,22%	1,04%	1,14%	1,09%	0,88%	0,81%	0,89%	0,94%	2,81%	1,49%	0,83%	0,59%	0,58%	0,70%	0,58%	1,08%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	2,13%	2,06%	1,68%	1,90%	2,02%	1,67%	1,71%	1,65%	1,79%	1,16%	2,22%	2,45%	2,30%	2,13%	1,68%	1,80%	1,90%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	3,80%	4,82%	3,70%	4,24%	3,86%	4,20%	3,93%	4,24%	4,50%	8,97%	4,53%	4,61%	5,70%	5,77%	3,67%	3,70%	4,64%
64	Salud oral integral de la embarazada	7,43%	7,32%	5,89%	6,29%	7,06%	5,46%	5,08%	5,87%	4,85%	5,59%	6,18%	5,13%	4,70%	4,20%	6,99%	4,42%	5,65%
73	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más	1,99%	1,08%	1,39%	1,64%	1,44%	1,37%	1,33%	1,47%	1,40%	2,47%	1,55%	1,57%	1,50%	2,00%	1,56%	1,37%	1,57%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	7,30%	7,21%	6,05%	6,19%	7,33%	5,62%	5,90%	4,81%	8,14%	5,21%	5,89%	6,11%	6,29%	6,59%	3,97%	6,51%	6,20%
80	Tratamiento de Eradicación del Helicobacter Pylori	3,41%	3,55%	3,07%	3,29%	3,67%	3,37%	3,08%	3,28%	3,41%	1,80%	2,34%	2,89%	3,15%	3,39%	3,16%	2,86%	3,11%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

Los indicadores de problemas de salud en marzo de 2018 son los siguientes: 10.59% en salud oral, 10.35% en depresión en personas de 15 años y más, 9.82% en

hipertensión arterial, 7.43% en salud oral integral de la embarazada, 7.30% en hipotiroidismo en personas de 15 años y más y 6.53% en infección respiratoria aguda infantil. Respecto al índice proporcional de hipertensión arterial para marzo de 2018 fue de 9.82%; posteriormente, la tendencia fue al alza y se modificó en diciembre de 2021, el cual ha continuado aumentando hasta 11.13%. El problema de salud de diabetes mellitus tipo II a marzo de 2018 fue de 5.5%, el indicador ha mostrado variabilidad hasta diciembre de 2021, pues registró una proporción de 6.36%. El problema de salud de diabetes mellitus tipo II a marzo de 2018 presentó un indicador de 5.5%, y en diciembre de 2021 registró una proporción de 6.36%. La depresión en adolescentes de 15 años y más, en marzo de 2018, tuvo un valor de 10.35% y en diciembre de 2021 fue de 11.13%. La salud oral en marzo de 2018 fue de 10.59% y hasta diciembre de 2021 disminuyó a 5.11%. El indicador de hipertensión arterial fue de 9.82%, el cual tiene un comportamiento moderado hasta diciembre de 2021 de 11.68%.

La presente tabla muestra la cobertura en casos de salud 2022-2023 de las Isapre

Tabla 19. Cobertura en casos de salud 2022-2023, Isapre

Cobertura de casos en problemas de salud GES, 2022-2023

CASOS GES ACUMULADOS POR PROBLEMA DE SALUD								
No.	PROBLEMA DE SALUD	Numero de casos FONASA						
		31/03/2022	30/06/2022	30/09/2022	31/12/2022	31/03/2023	30/06/2023	Media
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	5.49%	7.11%	4.44%	4.68%	4.85%	4.01%	5.09%
8	Cáncer de Mama	2.24%	4.75%	2.06%	2.21%	2.53%	2.18%	2.66%
11	Cataratas	1.56%	1.81%	1.08%	-0.05%	1.45%	1.29%	1.19%
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	10.76%	11.86%	15.69%	16.35%	11.32%	17.71%	13.95%
21	Hipertensión Arterial	9.35%	11.36%	9.66%	8.48%	8.54%	8.24%	9.27%
23	Salud Oral	5.98%	5.31%	5.35%	4.39%	5.91%	4.83%	5.29%
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos	1.69%	1.51%	1.51%	1.57%	1.64%	1.31%	1.54%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	3.34%	1.83%	2.82%	3.20%	3.51%	3.31%	3.00%
34	Depresión en personas de 15 años y más	12.17%	11.57%	11.68%	11.31%	10.76%	10.07%	11.26%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	2.34%	4.38%	4.88%	5.48%	4.64%	6.75%	4.75%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o mod	1.69%	1.61%	1.34%	1.49%	1.53%	1.44%	1.52%
46	Urgencias odontológicas ambulatorias	0.52%	0.83%	0.43%	0.44%	0.51%	0.36%	0.51%
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	1.98%	1.06%	1.66%	1.57%	2.04%	1.84%	1.69%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	4.04%	2.47%	4.00%	4.29%	4.18%	4.14%	3.85%
66	Salud oral integral de la embarazada	5.64%	3.11%	5.26%	5.08%	5.58%	4.43%	4.85%
75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	1.58%	1.57%	1.78%	1.67%	1.76%	1.50%	1.64%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	5.78%	2.55%	5.10%	5.15%	5.61%	4.56%	4.79%
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori	3.27%	2.88%	3.32%	3.14%	3.41%	3.10%	3.19%

Fuente: elaboración propia con base en Superintendencia de Salud (2023)

En la tabla se observa que en marzo de 2022 la infección respiratoria aguda presentó un indicador de 10.76%; su comportamiento fue al alza, pues en junio de 2023 cerró con 17.71%. Respecto a la depresión en personas de 15 años y más, en marzo de 2022 fue de 12.17% y su tendencia fue a la baja, ya que se registró un porcentaje de 10.07. Otro caso de salud es la hipertensión arterial que en marzo de 2022 mostró 9.35% y para junio de 2023 disminuyó a 8.24%.

Después de presentar los porcentajes sobre la prevalencia de las distintas enfermedades que padece la población chilena, es importante mencionar que deben atenderse ciertas recomendaciones, como proporcionar formación y actualización constante a los profesionales de la salud sobre las mejores prácticas y protocolos para el manejo de ciertos padecimientos, asegurando que estén al tanto de las últimas evidencias y técnicas para ofrecer una mejor atención al paciente; además, será necesario establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir la efectividad de las intervenciones implementadas y ajustar las estrategias según sea necesario. De acuerdo con el análisis de la matrícula en salud, se observa que hay un alto incremento de enfermedades, muy relacionadas con la educación y el nivel de ingresos que tienen los chilenos, por lo que se plantean algunas alternativas para incidir en la calidad de vida de los ciudadanos.

- Incluir educación sobre salud en el currículo escolar, abordando temas como nutrición, actividad física y salud mental. Implementar políticas que regulen la publicidad de alimentos no saludables, especialmente dirigida a niños, y

fomentar la producción y venta de alimentos saludables.

- Implementar programas comunitarios de promoción y prevención
- Promover el consumo de alimentos saludables mediante la creación de huertos comunitarios, ferias de productos locales, talleres de cocina saludable y contribuir al control sanitario.
- Fomentar la colaboración entre diferentes sectores, como educación, transporte y urbanismo, para crear entornos que promuevan la salud, como espacios públicos para la actividad física y acceso a alimentos saludables.
- Disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicológico, especialmente en escuelas y lugares de trabajo. Desarrollar programas que promuevan el bienestar emocional y la resiliencia, incluyendo talleres de manejo del estrés y mindfulness.
- Ofrecer incentivos a empresas que implementen programas de salud y bienestar para sus empleados.
- Fomentar la colaboración estratégica entre el sector salud, educación, deporte y comunidades para abordar de manera integral los determinantes sociales.

Cobertura de fuerza de trabajo en relación con cotizantes

La estimación de cobertura en salud de cotizantes en Fonasa e Isapre, respecto a la fuerza de trabajo, se detalla de la siguiente manera: la cobertura según seguro y región anual 2006-2022 se encontró en la región Metropolitana de Santiago de Chile, seguido de Bío Bío, Valparaíso, O'Higgins, Maule y Los Lagos (Minsal, 2024).

Tabla 20. Cobertura de fuerza de trabajo en relación con cotizantes

Cobertura de fuerza de trabajo y tasa de desocupación

Periodo	Fuerza de trabajo, ocupados y tasa de desocupación						
	Cotizantes FONASA e ISAPRES (MINSAL)	Fuerza de trabajo (CEPAL)	Ocupados (CEPAL)	Tasa de desocupación (CEPAL)	Tasa de ocupación	Tasa de cotizantes respecto a fuerza de trabajo	Fuerza de trabajo que no cotiza
2010	4,843,832.00	8,160,715.89	7,572,317.75	7.21%	92.79%	59.36%	40.64%
2011	5,056,015.00	8,356,354.87	7,786,901.90	6.81%	93.19%	60.51%	39.49%
2012	5,281,305.00	8,480,115.05	7,952,257.09	6.22%	93.78%	62.28%	37.72%
2013	5,537,678.00	8,649,478.73	8,149,389.06	5.78%	94.22%	64.02%	35.98%
2014	5,576,135.00	8,795,429.28	8,249,620.40	6.21%	93.79%	63.40%	36.60%
2015	5,863,492.42	8,954,113.88	8,428,469.85	5.87%	94.13%	65.48%	34.52%
2016	5,969,988.67	9,062,630.72	8,500,710.22	6.20%	93.80%	65.87%	34.13%
2017	6,304,489.25	9,379,522.64	8,768,666.86	6.51%	93.49%	67.22%	32.78%
2018	5,992,591.00	9,600,332.72	8,914,248.46	7.15%	92.85%	62.42%	37.58%
2019	6,387,005.37	9,777,751.51	9,087,132.38	7.06%	92.94%	65.32%	34.68%
2020	6,314,322.00	8,946,480.06	8,026,216.60	10.29%	89.71%	70.58%	29.42%
2021	6,551,269.75	9,350,583.82	8,678,286.81	7.19%	92.81%	70.06%	29.94%
2022	6,400,605.17	9,730,299.38	8,965,230.38	7.86%	92.14%	65.78%	34.22%
			Media	6.95%	93.05%	64.79%	35.21%
			Desviación estandar ±	1.13%	1.13%	3.19%	3.19%

Fuente: elaboración propia con base de datos de Minsal (2024) y CEPAL (2024)

Según datos del Ministerio de Salud, en 2020 y 2021 se dio mayor cobertura a la fuerza de trabajo ocupada con 70.58 y 70.06% respectivamente; la cobertura menor corresponde al periodo 2010 con 59.36%, y la media ronda en 64.79%; la desviación estándar oscila en +- 3.19% respecto a la media. Esto significa que, en promedio, de 2010 a 2022, 64.79% de cotizantes recibió la cobertura de salud y que 35.21% en

promedio no goza de esta cobertura.

La información que muestra la tabla indica que la tasa de desocupación ha incrementado a partir de 2018 a 2022. Durante 2020 hubo mayor índice de desocupación con 10.29%; la media de todo ese grupo de datos es de 6.95% y la variabilidad respecto a la media es de 3.19%.

Los datos muestran que la fuerza de trabajo en proporción corresponde a los cotizantes en Fonasa e Isapre, y la otra parte es fuerza de trabajo que no cotiza. El escenario donde cotizó el mayor número de trabajadores fue en 2020 y 2021, el escenario más bajo donde cotizaron los trabajadores fue en el periodo 2010-2011; el escenario moderado se encuentra en el periodo 2013, 2016, 2017 y 2019. El comportamiento de los datos cuenta con una variabilidad de más menos 3.19 puntos porcentuales.

Número de cotizantes según seguro de salud y región anual

La siguiente tabla detalla el número de cotizantes por región al año.

Tabla 21. Número de cotizantes según seguro de salud y región anual

NÚMERO DE COTIZANTES SEGÚN SEGURO DE SALUD Y REGION POR AÑO																		
REGIÓN	Arica y Parinacota	Tarapacá (I)	Antofagasta (II)	Atacama (III)	Coquimbo (IV)	Valparaíso (V)	Metropolitana (RM)	O'Higgins (VI)	Maule (VII)	Bío-Bío (VIII)	La Araucanía (IX)	Los Ríos (XIV)	Los Lagos (X)	Aysén (XI)	Magallanes (XII)	sin información	No específico	Total
2009	0.76%	1.25%	2.28%	1.26%	2.41%	7.35%	59.61%	4.01%	3.99%	7.88%	3.05%	1.37%	3.58%	0.39%	0.81%	0.00%	0.00%	100.00%
2010	0.73%	1.23%	2.59%	1.29%	2.42%	7.48%	59.75%	4.02%	3.91%	7.73%	3.01%	1.32%	3.37%	0.37%	0.79%	0.00%	0.00%	100.00%
2011	0.72%	1.22%	2.48%	1.24%	2.41%	7.33%	60.09%	3.96%	3.87%	7.77%	3.05%	1.27%	3.43%	0.38%	0.77%	0.00%	0.00%	100.00%
2012	0.67%	1.23%	2.43%	1.21%	2.39%	7.19%	60.84%	3.87%	3.74%	7.60%	3.01%	1.22%	3.49%	0.35%	0.76%	0.00%	0.00%	100.00%
2013	0.66%	1.22%	2.41%	1.14%	2.34%	7.06%	61.69%	3.80%	3.68%	7.28%	3.00%	1.17%	3.46%	0.35%	0.74%	0.00%	0.00%	100.00%
2014	0.68%	1.21%	2.44%	1.10%	2.31%	7.22%	61.22%	3.83%	3.77%	7.25%	3.08%	1.18%	3.60%	0.34%	0.75%	0.00%	0.00%	100.00%
2015	1.00%	1.77%	3.78%	1.73%	3.79%	9.45%	45.23%	5.11%	5.29%	10.54%	4.41%	1.73%	4.55%	0.56%	1.07%	0.00%	0.00%	100.00%
2016	0.99%	1.73%	3.70%	1.67%	3.78%	9.50%	45.19%	5.16%	5.38%	10.58%	4.46%	1.75%	4.53%	0.56%	1.05%	0.00%	0.00%	100.00%
2017	0.90%	1.00%	3.58%	1.62%	3.70%	5.94%	44.22%	8.25%	5.06%	10.20%	4.21%	1.50%	5.02%	0.52%	1.06%	3.21%	0.00%	100.00%
2018	0.67%	1.08%	2.36%	1.01%	2.32%	7.38%	59.94%	4.03%	4.24%	7.66%	3.30%	1.25%	3.65%	0.35%	0.76%	0.00%	0.00%	100.00%
2019	1.05%	1.14%	3.56%	1.58%	3.63%	5.95%	43.26%	8.09%	5.20%	2.14%	8.01%	4.27%	1.74%	4.97%	0.50%	1.02%	3.89%	100.00%
2020	1.08%	1.34%	3.61%	1.63%	3.70%	9.12%	44.03%	5.03%	5.30%	2.33%	8.11%	4.31%	1.77%	4.99%	0.51%	1.02%	2.11%	100.00%
2021	1.14%	1.52%	3.68%	1.65%	3.83%	9.35%	43.60%	4.98%	5.32%	2.39%	8.22%	4.39%	1.82%	4.85%	0.52%	1.02%	1.71%	100.00%
2022	1.14%	1.63%	3.76%	1.65%	3.88%	9.38%	43.63%	4.95%	5.29%	2.20%	8.20%	4.42%	1.84%	4.76%	0.53%	1.02%	1.73%	100.00%

Fuente: elaboración propia con base en Minsal (2023).

El cuadro muestra la estructura integral por número de cotizantes en seguro de salud y

región al año. Este análisis permite detectar el índice que conforma el total de cotizantes, en la tabla superior se aprecia el análisis por periodo. La base de datos muestra, que el mayor número de asegurados se encuentra en la Zona Metropolitana, seguido de Bío Bío, Valparaíso, O'Higgins, Maule y Los Lagos.

No obstante, al hacer el análisis horizontal a través del tiempo, se observa la tendencia, la cual muestra que hubo mayor variabilidad en cuanto al número de cotizantes en la zona de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins y que permanecen constantes Arica y Parinacota, Tarapacá, Maule; las regiones que tuvieron una tendencia a la baja son Antofagasta, Atacama, Coquimbo, La Araucanía, Los Ríos, Aysén, y las regiones con cotizantes en tendencia al alza es Bío Bío, Los Lagos y Magallanes.

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida está es el promedio esperado que tiene un niño al nacer, por lo que el desarrollo económico y los avances de la ciencia contribuyen a mejorar el bienestar de la población. Al incrementar el presupuesto destinado en salud, se invierte en equipo y se mejora el bienestar de sus ciudadanos y los servicios respectivos. La disponibilidad de personal médico es crucial para la atención sanitaria en la prevención y tratamiento de enfermedades, lo que refleja la importancia de contar con un personal médico profesionalmente adecuado para satisfacer las necesidades de la población.

En la siguiente tabla se integra la esperanza de vida al nacer de 2006-2024.

Tabla 22. Esperanza de vida al nacer por sexo, país Chile

Esperanza de vida al nacer según sexo, país Chile

CHILE, ESPERANZA DE VIDA AL NACER, SEGÚN SEXO			
Años	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2006	78.3	75.5	80.9
2007	77.8	75.0	80.5
2008	78.5	75.7	81.3
2009	78.7	75.9	81.5
2010	78.5	75.7	81.2
2011	79.1	76.5	81.7
2012	79.0	76.4	81.6
2013	79.3	76.6	82.0
2014	79.5	76.7	82.1
2015	79.7	77.0	82.4
2016	80.1	77.5	82.6
2017	80.4	78.0	82.6
2018	80.1	77.7	82.5
2019	80.3	77.9	82.7
2020	79.4	76.7	82.0
2021	78.9	76.5	81.4
2022	79.5	77.2	81.9
2023	81.2	78.8	83.4
2024	81.4	79.1	83.6

Fuente: elaboración propia con base en la CEPAL (2024).

Según la CEPAL la esperanza de vida representa la duración media de la vida de los individuos, que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio.

En la tabla se distingue el promedio de esperanza de vida al nacer, que en 2006 era de 78.3 años para ambos sexos; en 2019 se pronosticó de 80.30 y 2020 disminuyó a 79.40.

En 2020 se redujo respecto a periodos anteriores, a un indicador semejante al periodo 2015. En 2021 disminuyó hasta 78.90, y a partir de 2022 la tendencia es al alza.

La esperanza de vida al nacer en Chile va incrementando; en 2023 fue de 81.20 para ambos sexos; en 2024 fue de 81.40 años, hombres 79.10 años y mujeres 83.60 años.

El indicador muestra que en las mujeres éste es superior.

ACCEDER AL CONOCIMIENTO PARA UN BUEN DESEMPEÑO SOCIAL Y LABORAL

Según la Constitución (2024), la educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la persona en las distintas etapas de su vida. Los padres tienen el derecho preferente y el deber de educar a sus hijos. El Estado debe otorgar especial protección al ejercicio de este derecho. Asimismo, está obligado a promover la educación parvularia y financiar un sistema gratuito desde el nivel medio menor, asegurando el acceso a la educación básica y media para toda la población. La educación básica y media son obligatorias, y el sistema se extenderá hasta cumplir los 21 años.

Educación escolar

La educación es base fundamental del desarrollo de la sociedad, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones fue lograr la enseñanza primaria universal; así lo menciona la UNESCO: la educación debe ser universal para lograr uno de los objetivos básicos, esto es, contribuir a crear igualdad de oportunidades entre los ciudadanos (UNESCO, 2004). Existe un amplio consenso en cuanto a que la educación constituye un factor clave en el desarrollo humano (Wray & Renshaw, 2004, p.25)

El sistema de protección social que propuso Bachelet (2005) incluía el nivel educativo, que tuvo como fin garantizar la calidad de la educación en los establecimientos de financiamiento público, mayor igualdad, justicia y libertad, con el propósito de asegurar las capacidades y competencias claves en el desarrollo humano.

El programa social 2005 tiene por objetivo invertir más en educación, desde la preescolar hasta la universitaria. Al mismo tiempo debemos someternos a más claros y más exigentes estándares de calidad de la enseñanza. Debemos acabar con los enclaves autoritarios en la escuela y aplicar planes y programas que fortalezcan la investigación y la creatividad de los estudiantes. (Bachelet M. , 2005)

Las exigencias ciudadanas dieron lugar a revisar la forma en que el Estado se organizaba para prestar sus servicios, respecto a la implementación y resultados de las políticas en sus instituciones.

A principios del periodo presidencial de Michelle Bachelet 2006-2010, el Estado fue foco central a través de una serie de movimientos ciudadanos que pretendían exigir la calidad de la enseñanza. Diversos aspectos se impulsaron en mayo 2006 a través de marchas lideradas por estudiantes de secundaria mejor conocidas como “La revolución pingüina”, con un alcance de movilización hasta del 80% y el apoyo de la sociedad. (Martinic & Elacqua, 2010, p.178)

Los logros alcanzados en el nivel educativo permitieron delegar autoridad y responsabilidad para ejercer el control de la gestión, operar en “redes” públicas y público-privadas, utilizar el mercado como herramienta y responder a los ciudadanos, lo cual dio origen a diversas modificaciones en la Ley de subvención escolar preferencial, Ley General de Educación, Proyecto de Ley de Educación Pública y

Proyecto de Ley de Aseguramiento de Calidad. Sin embargo, aún existen brechas en la calidad de la educación en cuanto a las oportunidades de desarrollo de los individuos y en la movilidad social; respecto a escuelas públicas y privadas, así como zonas urbanas y rurales.

A continuación, se presenta el cuadro de equivalencias utilizadas en el análisis de la dimensión educación.

Tabla de equivalencia comparativa

Tabla 22. Equivalencia en educación, Chile

EQUIVALENCIAS DE CURSO Y NIVEL DE EDUCACIÓN					
Sistema de educación antiguo			Sistema de educación nuevo		
Enseñanza primaria			Enseñanza básica		
Curso	Nivel	Descripción	Curso	Nivel	Curso
1	4	Primero básico	1	4	Primero básico
2	4	Segundo Básico	2	4	Segundo básico
3	4	Tercero básico	3	4	Tercero básico
4	4	Cuarto básico	4	4	Cuarto básico
5	4	Quinto básico	5	4	Quinto básico
6	4	Sexto básico			Sexto básico
Enseñanza secundaria			6	4	
Curso	Nivel	Descripción			
1	3	Primero secundaria	7	4	Séptimo básico
2	3	Segunda secundaria	8	4	Octavo básico
Enseñanza secundaria equivalente a la enseñanza media			Enseñanza media		
Curso	Nivel	Descripción	Curso	Nivel	Descripción
3	3	Tercero secundaria	1	2	Primero medio
4	3	Cuarto secundaria	2	2	Segundo medio
5	3	Quinto secundaria	3	2	Tercero medio
6	3	Sexto Secundaria	4	2	Cuarto medio
7	3	Séptimo secundaria	5	2	Quinto medio

Fuente: Mineduc (2012).

El presente cuadro muestra la estructura del sistema educativo antiguo y el sistema de educación nuevo.

Analfabetismo

En las últimas décadas se han diseñado bases para establecer la alfabetización, la educación es base de la transformación social. No obstante, reducir el analfabetismo lleva a dotar al individuo de habilidades de lectura y escritura para acceder a oportunidades educativas, laborales y sociales.

El analfabetismo es un obstáculo en el desarrollo humano que genera diversas implicaciones en el ámbito socioeconómico. La UNESCO y la CEPAL consideran analfabeta a las personas que no tienen primaria terminada en una edad límite de 15 años, el analfabetismo afecta diversos aspectos: personales, familiares y en sociedad (CEPAL, 2010), el analfabetismo se estima un desafío que afecta el desarrollo humano y social, y promueven la alfabetización como una herramienta clave para superar esta problemática.

Derivado de los avances en educación, Chile ha logrado disminuir gradualmente la tasa de analfabetismo. Los gobiernos han implementado políticas orientadas a incrementar la calidad de la educación, iniciativas y programas para combatirlo y promover la educación inclusiva en el país. A su vez, se han llevado a cabo diversos avances significativos en materia de educación; no obstante, existe población con niveles limitados en la capacidad de leer y escribir, y la falta de habilidades básicas de comprensión y comunicación.

Un incremento en la tasa de analfabetismo contribuye a la exclusión social y económica,

a la pobreza, marginación social, reducción de oportunidades laborales, problemas de salud, trabajo infantil, migración, dificultades en la participación social, privación del acceso a información para las personas afectadas, limitación de la ausencia de oportunidades de educación y falta de acceso a la enseñanza-aprendizaje.

En el Marco de Acción de Dakar (2000), la Comunidad Internacional nuevamente definió el analfabetismo como una de sus prioridades, con metas exigentes al 2015.

El analfabetismo, además de limitar el pleno desarrollo de las personas y su participación en la sociedad, tiene repercusiones durante todo su ciclo vital, afectando el entorno familiar, restringiendo el acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando el goce de otros derechos humanos (Senegal, 2000, p.74).

Uno de los desafíos a nivel global es el analfabetismo funcional, que hace referencia a la incapacidad de comprender y utilizar la información escrita en la vida cotidiana.

En América Latina los países siguieron las recomendaciones de la UNESCO y se construyeron índices de analfabetismo funcional asumiendo como aproximación un criterio de escolaridad. Para adquirir los conocimientos de lectoescritura, se requieren entre tres y cuatro años de educación primaria. (CEPAL, 2010a).

Por consiguiente, la falta de acceso a la educación formal y continua trae como consecuencia perpetuar el ciclo de pobreza y limitar las oportunidades de desarrollo personal y profesional. Así mismo, el no dominio de habilidades básicas de lectura y escritura afectan la capacidad de las personas para adquirir conocimientos.

La Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) fue estructurada en la década de los ochenta y aprobada en 1990, y se sustituyó en 2009 por la Ley General de Educación (LGE).

La reforma en cuestión se presentó —desde sus comienzos— como un paso importante hacia la descentralización de la educación pública, apoyada en el proceso de regionalización que se impulsó desde 1974 en el país, en los hechos se trató de un proceso de desconcentración del Ministerio de Educación y, paralelamente, de fortalecimiento de la privatización, mediante cambios en la educación pública encubiertos en la propuesta descentralizadora, que dejaba a los privados con innumerables derechos y escasas obligaciones. (Donoso-Díaz & Benavides Moreno, 2017, p.2)

Entonces, la LOCE ha tenido un impacto significativo en el sistema educativo para la sociedad chilena, pues impulsó la descentralización, al otorgar mayor autonomía a los establecimientos, y la participación de empresas privadas; esta Ley permitió seleccionar a sus estudiantes favoreciendo a los colegios particulares subvencionados para impulsar un modelo de mercado, que alcanzó como consecuencias la competencia,

segmentación y diferenciación de la calidad educativa e inequidad entre diversas entidades privadas y la pública del mismo sector.

La LOCE fue objeto de críticas y resistencia por parte de diversos sectores de la sociedad chilena, especialmente por su carácter privatizador y segregador que como consecuencia propiciaron movilizaciones estudiantiles y la demanda de reformas en el sistema. Durante el movimiento estudiantil del 2006, los estudiantes de secundaria requerían cambios en las estructuras fundamentales con demandas clave; como la derogación de leyes que perpetuaban la desigualdad en la educación, la municipalización de la enseñanza, la reformulación de la jornada escolar completa, la gratuidad de la prueba de selección universitaria, entre otras. Estas acciones colectivas y masivas fueron cruciales para visibilizar las demandas estudiantiles y presionar por los cambios significativos en el sistema educativo. (CIPER CHILE, 2020 p.6)

La LOCE promovió la descentralización, la educación privada, la descentralización, y la competencia en el sistema educativo. Sin embargo, también generó controversias y críticas que motivaron a su modificación y reemplazo por la Ley General de Educación (LGE) como respuesta del Ejecutivo, donde no se hicieron modificaciones a profundidad.

Las movilizaciones continuaron, pues son un factor determinante ante la falta de oportunidades, problemas asociados al financiamiento, a la implementación de los

programas y currículo educativa, a la protección de profesores y estudiantes, y a los problemas relacionados con malversación de fondos que trajo como consecuencia inequidad económica y social, así como falta de calidad en la educación.

Por su parte, los niños pobres crecen en desventaja de acceso al sistema educacional y en materia de salud, lo que erosiona sus capacidades humanas y contribuye a la reproducción de la pobreza en el largo plazo. (CEPAL, 2010b)

Ante un escenario cambiante en 2011, el Estado no da una respuesta de base al atender las demandas del movimiento estudiantil y el colegio de profesionales. El presidente de Chile Sebastián Piñera planteó lo siguiente en un mensaje por cadena nacional, transmitido por radio y televisión: “Ya es tiempo de terminar con las tomas y protestas y recuperar los caminos del diálogo y los acuerdos. Por esta razón, propongo a todas las chilenas y chilenos un Gran Acuerdo Nacional por la Educación: el Acuerdo GANE”.

Desde esta perspectiva, el primer beneficiado es el sector servicios que oferta sus proyectos educativos, y al incrementar la demanda, aumenta el ingreso. Los consumidores (estudiantes) finales tendrán el acceso al sistema educativo a través de algún instrumento de financiamiento, pero no les garantizan que este servicio sea gratuito.

De 2011 a 2017 en el sector educativo surgieron reformas: la Ley 20.529 (agosto, 2011), el Sistema nacional de Aseguramiento de la Calidad de Educación parvularia, básica, media y su fiscalización respectivamente. Posteriormente, la Ley 20.845 (mayo, 2015),

de Inclusión escolar, se creó con la finalidad de regular la admisión de los estudiantes, los padres pueden elegir la institución para sus hijos, elimina el financiamiento compartido y evita el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del Estado, el copago iría disminuyendo gradualmente mientras el Estado otorgara recursos a las Instituciones mediante subvenciones. La Ley 20.903 (marzo, 2016), creó el Sistema de Desarrollo Profesional Docente, avala el nivel de desempeño en el desarrollo profesional. Una modificación al decreto No. 1 del Art. 70 exime la evaluación al desempeño a profesores reconocidos en nivel I y II. Por último, se promulgó la Ley 21.040 (2017), en el Sistema de Educación Pública, el Estado tiene por objeto proveer con una educación gratuita, de calidad y laica a los estudiantes mediante los establecimientos educacionales de su propiedad y administración y que son parte de los Servicios Locales de Educación Pública.

El modelo neoliberal chileno enfrenta una crisis estructural, debido a la sobreexplotación de los recursos naturales y del trabajo, así como a la concentración de la riqueza y a las desigualdades (Gaudichaud, 2015, p.13). A través del tiempo, se analiza que la sociedad civil está organizada para continuar solicitando cambios sociales, políticos y económicos con el fin de alcanzar una plena democracia, mediante reformas constitucionales.

De octubre a diciembre de 2019, los estudiantes retomaron las calles con movilizaciones permanentes; sus demandas eran mayor democracia, el término de las Administradoras de Fondos de Pensiones, la reducción de la jornada laboral a cuarenta

horas, el esclarecimiento de desapariciones y de asesinatos de luchadores sociales por la democracia, exigir verdad y justicia respecto al asesinato por parte de los Carabineros, esclarecimiento a víctimas del pueblo Mapuche, además de detener la represión estatal de las movilizaciones recientes durante este periodo.

La educación juega un papel preponderante a la hora de proyectar los rumbos de una determinada sociedad. Sin embargo, al igual que otros campos del desarrollo humano, implica la formación de una conciencia crítica que permita a los individuos cuestionar las estructuras de poder y las injusticias presentes.

a). Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 2006

Tabla 23. Tasa de analfabetismo 2006 por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	15 a 24 años	0.9	1.1	0.7	1.6	1.9	1.4	0.8	1	0.6	
2006	45 a 59 años	3.9	3.7	4	11.3	11.4	11.2	2.8	2.4	3.1	
2006	35 a 44 años	2.3	2.4	2.3	6.3	6.8	5.8	1.7	1.7	1.8	
2006	60 años y más	12.7	11.9	13.4	30	28.1	31.9	9.5	8.3	10.4	
2006	25 a 34 años	1.3	1.5	1	3.7	4.9	2.5	0.9	1	0.8	
	SUMATORIA	21.1	20.6	21.4	52.9	53.1	52.8	15.7	14.4	16.7	

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).³

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

La tabla y la gráfica representan el índice de analfabetismo en la zona rural. En 2006, con base en la tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área, se observa que en el área rural es donde se encuentra la mayor tasa de sociedad analfabeta para

³ Cálculo proveniente de encuestas de hogares. Cálculo del indicador: el indicador se calcula dividiendo a la población analfabeta de un grupo de edad y sexo determinado, en el numerador, por el mismo grupo de edad y sexo en el denominador. El resultado se multiplica por 100 (CEPAL, 2024).

ambos sexos con 52.90%, de la cual el mayor índice corresponde a la sociedad de 60 y más años, en la que las mujeres conforman el mayor índice con 31.90%. De manera análoga, en el rango de 45 a 59 años, se advierte la tasa de 11.3% en ambos sexos; de ésta, los hombres tienen el mayor índice con 11.4%.

b). Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad.

Tabla 24. Tasa de Analfabetismo por sexo y edad 2009

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2009	15 a 24 años	0.6	0.8	0.5	1	1.2	0.8	0.6	0.8	0.4
2009	25 a 34 años	1.1	1.3	0.9	2.7	3.5	1.9	0.9	0.8	0.8
2009	35 a 44 años	2.0	2.4	1.7	5.5	6.8	4.2	1.5	1.6	1.3
2009	45 a 59 años	3.4	3.3	3.4	8.7	8.4	8.9	2.6	2.5	2.7
2009	60 años y más	10.4	9.4	11.2	26.3	24.3	28.3	7.8	6.4	8.8
2009	Sumatoria	17.5	17.2	17.7	44.2	44.2	44.1	13.4	12.1	14.0

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024)

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2009



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024)

La tabla y gráfica muestran el comportamiento de la tasa de analfabetismo en 2009; el área rural es la que tiene un indicador para ambos sexos, incluyendo todas las edades

de 44.20 puntos porcentuales; la tendencia nacional es de 17.50%, y la urbana, de 13.40%.

c). Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la peña 2011

Tabla 25. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2011	15 a 24 años	0.6	0.8	0.4	0.8	1.1	0.6	0.6	0.8	0.4
2011	25 a 34 años	0.9	1	0.8	2.4	2.9	1.9	0.7	0.8	0.7
2011	35 a 44 años	1.7	2.1	1.2	4.2	4.7	3.6	1.3	1.7	0.9
2011	45 a 59 años	3.3	3.4	3.1	8	8.3	7.6	2.6	2.6	2.5
2011	60 años y más	9.8	8.6	10.8	23.7	21.6	25.8	7.4	5.9	8.6
2011	Sumatoria	16.3	15.9	16.3	39.1	38.6	39.5	12.6	11.8	13.1

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2011



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

La presente tabla representa la información del periodo 2011 de la tasa de analfabetismo en ambos sexos, integrada por 39.10% para el área rural; la tasa en el área urbana es de 12.60% y en el área nacional, de 16.30%.

d) Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 2013

Tabla 26. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2013	15 a 24 años	0.9	1	0.9	1.5	1.4	1.5	0.9	0.9	0.8
2013	35 a 44 años	2.5	3.3	1.7	5.4	7	3.7	2.1	2.8	1.4
2013	25 a 34 años	1.6	1.5	1.8	2.9	3.6	2.2	1.5	1.3	1.7
2013	45 a 59 años	3.7	3.8	3.6	9	9.3	8.6	2.9	2.8	2.9
2013	60 años y más	9.2	8.7	9.6	23.5	22.7	24.4	6.8	5.8	7.5
2013	Sumatoria	17.9	18.3	17.6	42.3	44.0	40.4	14.2	13.6	14.3

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2013



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

La tabla y la gráfica representan la tasa de analfabetismo durante el periodo 2013; los datos corresponden a ambos sexos; en el área rural existe 42.30% de analfabetismo, en la nacional la tendencia es de 17.90% y en la zona urbana es de 14.20%.

e). Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 2015

Tabla 27. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2015	15 a 24 años	0.6	0.7	0.6	0.8	0.9	0.7	0.6	0.7	0.6
2015	25 a 34 años	0.8	1	0.6	1.8	2.4	1.2	0.7	0.9	0.5
2015	35 a 44 años	1.5	1.9	1.2	3.6	4.3	2.9	1.2	1.5	1
2015	45 a 59 años	3.1	3.4	2.8	7	7.7	6.2	2.5	2.6	2.4
2015	60 años y más	8.4	7.5	9	19.6	18.3	21	6.5	5.4	7.4
2015	Sumatoria	14.4	14.5	14.2	32.8	33.6	32.0	11.5	11.1	11.9

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2013



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Los datos de la tabla y gráfica muestran la integración de tasas de analfabetismo en ambos sexos, en el área rural es de 32%; en la nacional, 14.4% y en la urbana, 11.5%.

f). Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 2017

Tabla 28. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2017	15 a 24 años	1.0	1	1	1.2	1.1	1.4	1	1	0.9
2017	25 a 34 años	1.3	1.5	1.1	2.5	2.5	2.4	1.2	1.4	1
2017	35 a 44 años	2.0	2.1	1.8	4.3	5.2	3.4	1.7	1.7	1.6
2017	45 a 59 años	3.7	4	3.4	7.1	8	6	3.1	3.3	3
2017	60 años y más	8.1	7.8	8.4	18.6	18.2	18.9	6.4	5.8	6.9
2017	Sumatoria	16.1	16.4	15.7	33.7	35.0	32.1	13.4	13.2	13.4

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2017



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

La tabla y la gráfica muestran el comportamiento de los datos en el periodo 2017; la tasa de analfabetismo en ambos sexos es de 33.70%, nacional 16.1% y urbana 13.4%

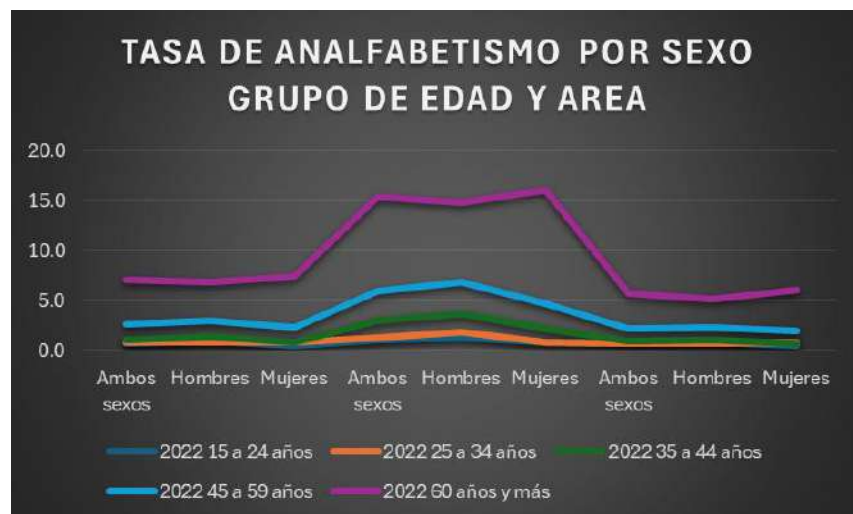
Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 2022

Tabla 29. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA										
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2022	15 a 24 años	0.7	0.9	0.5	1.1	1.3	0.8	0.7	0.8	0.5
2022	25 a 34 años	0.8	0.8	0.8	1.3	1.9	0.8	0.7	0.7	0.8
2022	35 a 44 años	1.1	1.4	0.8	3	3.7	2.2	0.9	1.1	0.7
2022	45 a 59 años	2.7	3	2.3	5.9	6.9	4.7	2.2	2.3	2
2022	60 años y más	7.1	6.8	7.4	15.4	14.8	16	5.7	5.2	6.1

Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2017



Fuente: elaboración propia con base en datos de la CEPAL (2024).

Los datos que presenta la tabla y gráfica corresponden a la tasa de analfabetismo en ambos sexos por el periodo 2022; en el área rural fue de 15.4%; en la nacional, 7.1%, y en la urbana, 5.7%.

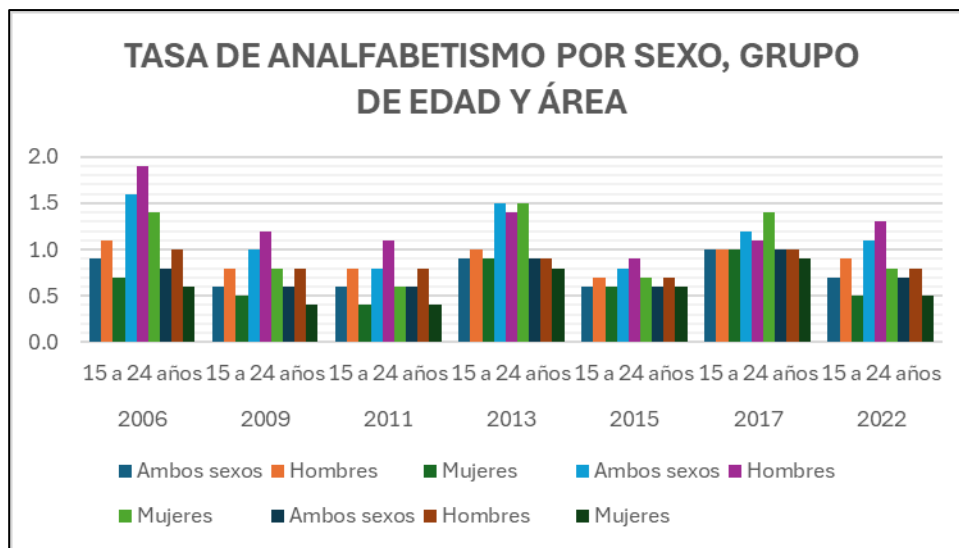
i. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo de edad para participación en la PEA, 15 a 24 años

Tabla 30. Tasa de Analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	15 a 24 años	0.9	1.1	0.7	1.6	1.9	1.4	0.8	1	0.6	
2009	15 a 24 años	0.6	0.8	0.5	1	1.2	0.8	0.6	0.8	0.4	
2011	15 a 24 años	0.6	0.8	0.4	0.8	1.1	0.6	0.6	0.8	0.4	
2013	15 a 24 años	0.9	1	0.9	1.5	1.4	1.5	0.9	0.9	0.8	
2015	15 a 24 años	0.6	0.7	0.6	0.8	0.9	0.7	0.6	0.7	0.6	
2017	15 a 24 años	1.0	1	1	1.2	1.1	1.4	1	1	0.9	
2022	15 a 24 años	0.7	0.9	0.5	1.1	1.3	0.8	0.7	0.8	0.5	

Fuente: elaboración propia con base en la CEPAL (2024)⁴

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente: elaboración propia con base en la CEPAL (2024)

⁴ El Cálculo proviene de encuestas de hogares (EH) Se consideran analfabetas a las personas que contestan “no” a la pregunta ¿Sabe leer y escribir?, el indicador se calcula dividiendo a la población analfabeta de un grupo de edad y sexo determinado, en el numerados, por el mismo grupo de edad y sexo en el denominador, las tasas se calculan para todas las personas de 15 años y más, el rubro de “Ambos sexos”, comprende la tasa promedio de hombres y mujeres en el periodo y área dada.

La tabla representa el porcentaje de analfabetismo por sexo, rango de edad y área; los índices más altos se encuentran en el área rural, en ambos sexos. Durante el periodo 2006-2022 el comportamiento de la tasa oscila entre 1.6 a 1.1%. Los hombres de la zona rural conforman el indicador más alto. De acuerdo con la edad, la población de 15 a 24 años representa la tasa inferior de toda la base de datos. A nivel nacional, para ambos sexos, la media es de 0.76%; en el área urbana la media ronda en 0.74% y en área rural la media oscila en 1.14%. Por consiguiente, la zona rural es el grupo que tiene mayor índice de analfabetismo y la tasa mayor corresponde a los hombres con una media de 1.27%.

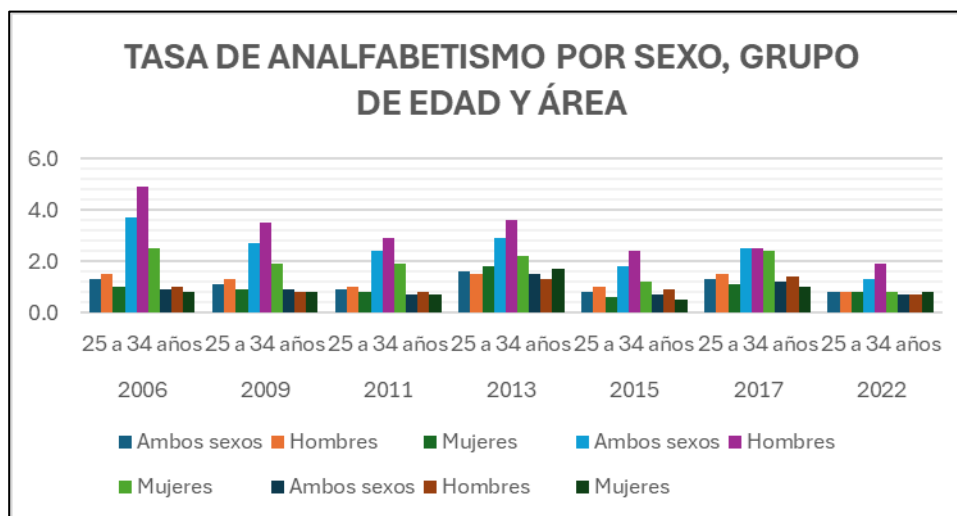
ii. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA, 25 a 34 años

Tabla 31. Tasa de analfabetismo por sexo y edad

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	25 a 34 años	1.3	1.5	1	3.7	4.9	2.5	0.9	1	0.8	
2009	25 a 34 años	1.1	1.3	0.9	2.7	3.5	1.9	0.9	0.8	0.8	
2011	25 a 34 años	0.9	1	0.8	2.4	2.9	1.9	0.7	0.8	0.7	
2013	25 a 34 años	1.6	1.5	1.8	2.9	3.6	2.2	1.5	1.3	1.7	
2015	25 a 34 años	0.8	1	0.6	1.8	2.4	1.2	0.7	0.9	0.5	
2017	25 a 34 años	1.3	1.5	1.1	2.5	2.5	2.4	1.2	1.4	1	
2022	25 a 34 años	0.8	0.8	0.8	1.3	1.9	0.8	0.7	0.7	0.8	

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

En esta tabla se observa la tasa de analfabetismo de 25 a 34 años en ambos sexos. La tasa promedio del área nacional es de 1.11%, del área rural es de 1.47% y del área urbana, 0.94%. La tasa de analfabetismo promedio en la zona rural para hombres incrementó 3.10%.

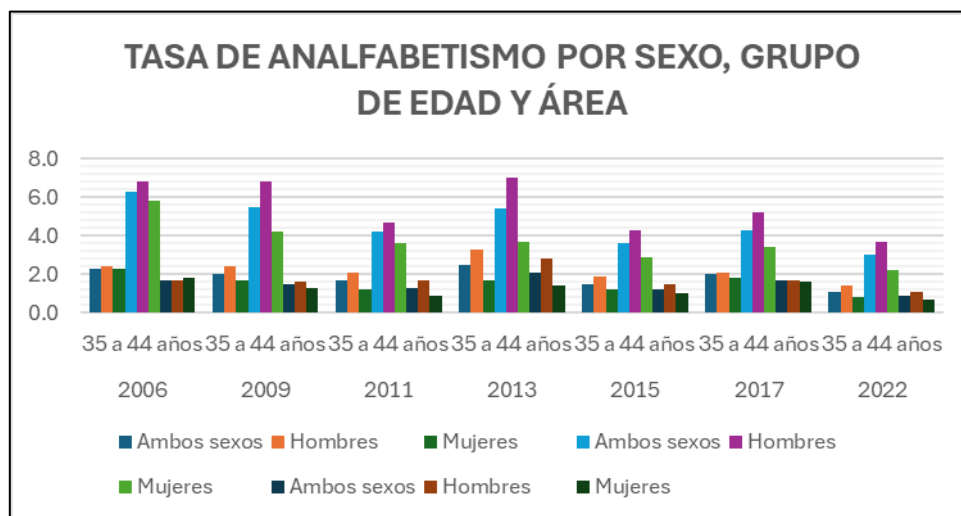
iii. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA, 35 a 44 años

Tabla 32. Tasa de analfabetismo por sexo y área

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA												
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana				
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres		
2006	35 a 44 años	2.3	2.4	2.3	6.3	6.8	5.8	1.7	1.7	1.7	1.8	
2009	35 a 44 años	2.0	2.4	1.7	5.5	6.8	4.2	1.5	1.6	1.3		
2011	35 a 44 años	1.7	2.1	1.2	4.2	4.7	3.6	1.3	1.7	0.9		
2013	35 a 44 años	2.5	3.3	1.7	5.4	7	3.7	2.1	2.8	1.4		
2015	35 a 44 años	1.5	1.9	1.2	3.6	4.3	2.9	1.2	1.5	1		
2017	35 a 44 años	2.0	2.1	1.8	4.3	5.2	3.4	1.7	1.7	1.6		
2022	35 a 44 años	1.1	1.4	0.8	3	3.7	2.2	0.9	1.1	0.7		

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

La tabla representa los datos correspondientes a ambos sexos; en el área nacional la media de 1.87%, en el área rural, de 4.61%, en el área urbana, 1.49%. Se observa que la mayor tasa de analfabetismo es en los hombres y las mujeres en la zona rural son las que tienen el mayor índice.

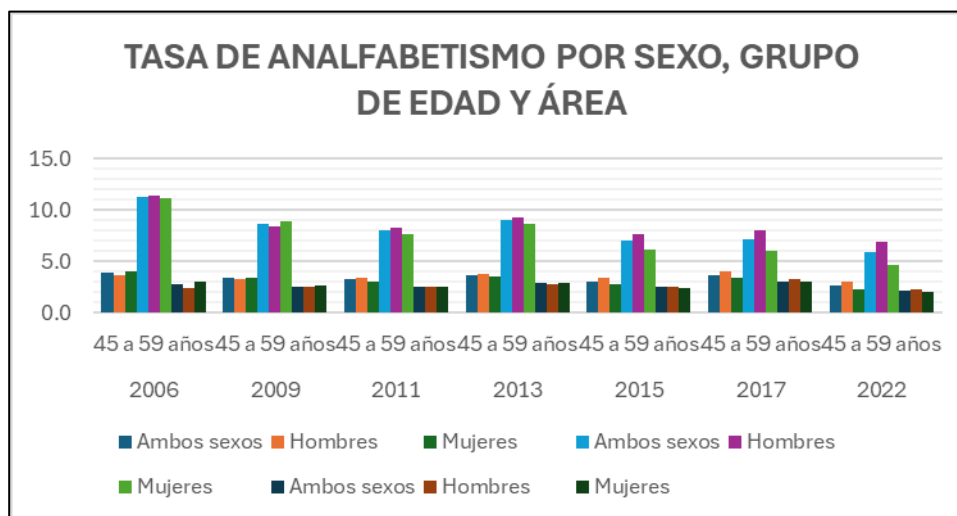
iv. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA, 45 a 59 años

Tabla 33. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	45 a 59 años	3.9	3.7	4	11.3	11.4	11.2	2.8	2.4	3.1	
2009	45 a 59 años	3.4	3.3	3.4	8.7	8.4	8.9	2.6	2.5	2.7	
2011	45 a 59 años	3.3	3.4	3.1	8	8.3	7.6	2.6	2.6	2.5	
2013	45 a 59 años	3.7	3.8	3.6	9	9.3	8.6	2.9	2.8	2.9	
2015	45 a 59 años	3.1	3.4	2.8	7	7.7	6.2	2.5	2.6	2.4	
2017	45 a 59 años	3.7	4	3.4	7.1	8	6	3.1	3.3	3	
2022	45 a 59 años	2.7	3	2.3	5.9	6.9	4.7	2.2	2.3	2	

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024)

Respecto a los datos de 45 a 59 años para ambos sexos, 3.40% corresponde al área nacional, 8.14% a la rural y 2.67% a la zona urbana. La segunda es la que tiene mayor índice de analfabetismo en mujeres y hombres.

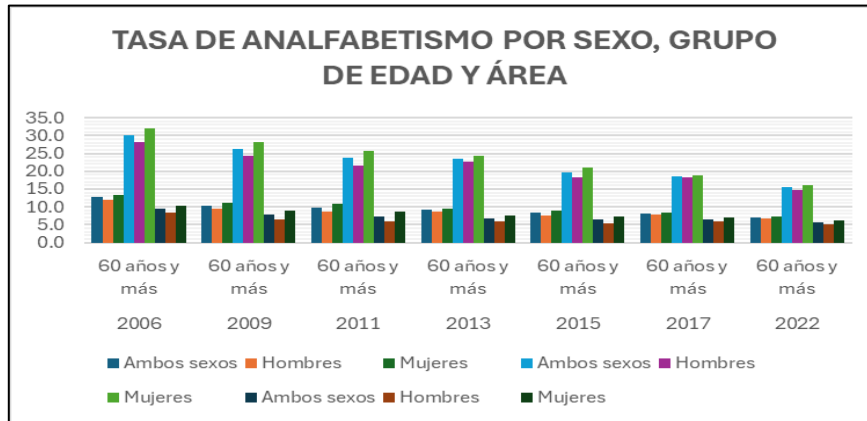
v. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA 60 y más

Tabla 34. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	60 años y más	12.7	11.9	13.4	30	28.1	31.9	9.5	8.3	10.4	
2009	60 años y más	10.4	9.4	11.2	26.3	24.3	28.3	7.8	6.4	8.8	
2011	60 años y más	9.8	8.6	10.8	23.7	21.6	25.8	7.4	5.9	8.6	
2013	60 años y más	9.2	8.7	9.6	23.5	22.7	24.4	6.8	5.8	7.5	
2015	60 años y más	8.4	7.5	9	19.6	18.3	21	6.5	5.4	7.4	
2017	60 años y más	8.1	7.8	8.4	18.6	18.2	18.9	6.4	5.8	6.9	
2022	60 años y más	7.1	6.8	7.4	15.4	14.8	16	5.7	5.2	6.1	

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente elaboración propia con base en CEPAL (2024).

La información gráfica muestra el registro de la tasa de analfabetismo de mayores de 60 años; este dato deja ver el índice de rezago educativo en las tres áreas, pero donde existió mayor incidencia es en el área rural en ambos sexos; el mayor índice corresponde a 2006, y en 2022 se redujo a 15.4%. En promedio es una tasa de 22%. Chile no cubre los parámetros preestablecidos para formar parte de los países que integran la economía mundial.

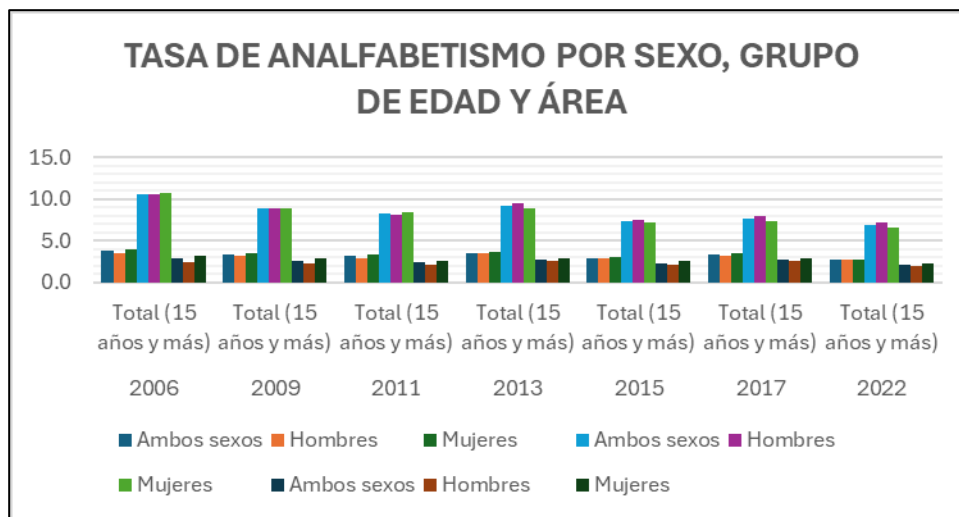
vi. Tasa de analfabetismo por sexo, área y grupo edad para participación en la PEA, 15 años y más

Tabla 35. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área

CHILE, TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA											
Año	Edad	Nacional			Rural			Urbana			
		Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	Ambos sex	Hombres	Mujeres	
2006	Total (15 años y más)	3.8	3.5	4	10.6	10.5	10.7	2.8	2.4	3.1	
2009	Total (15 años y más)	3.3	3.1	3.5	8.8	8.8	8.8	2.5	2.2	2.8	
2011	Total (15 años y más)	3.1	2.9	3.3	8.2	8.1	8.4	2.4	2.1	2.6	
2013	Total (15 años y más)	3.5	3.4	3.6	9.2	9.4	8.9	2.7	2.6	2.9	
2015	Total (15 años y más)	2.9	2.8	3	7.3	7.5	7.2	2.3	2.1	2.5	
2017	Total (15 años y más)	3.3	3.2	3.4	7.6	7.9	7.3	2.7	2.6	2.9	
2022	Total (15 años y más)	2.7	2.7	2.7	6.9	7.2	6.6	2.1	2	2.3	
MEDIA	Total (15 años y más)	3.23	3.09	3.36	8.37	8.49	8.27	2.50	2.29	2.73	

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

Gráfica de analfabetismo por sexo y edad, 2006-2022



Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

La información gráfica muestra el comportamiento de los datos en ambos sexos, para el área rural de 15 años y más la media es de 8.37%. Se puede observar que existió mayor incidencia de este indicador en el área rural. La zona nacional tuvo una tasa de analfabetismo que ronda en una media de 3.23% y en el área urbana la media es de 2.50%.

Una de las prioridades del gobierno de Chile fue disminuir el índice de analfabetismo, ya que la alfabetización y la educación de calidad son fundamentales para el desarrollo integral de las personas y para construir una sociedad más inclusiva y equitativa. Por consiguiente, fortalecer políticas públicas y programas de alfabetización en Chile garantiza que todas las personas tengan acceso a una educación de calidad.

Distribución de educación parvularia por región

Desde el nacimiento hasta la edad de cinco años, los niños desarrollan capacidades funcionales sobre las que se construye su desarrollo, el cual se observa en el progreso motor, cognitivo y del lenguaje y en sus capacidades emocionales, sociales, regulatorias y morales. Estas dimensiones críticas del desarrollo temprano están intrínsecamente vinculadas y cada una requiere atención focalizada. La evidencia científica ha demostrado que el impacto significativo de experiencias tempranas en el desarrollo y sobre las amenazas del ambiente es incontrovertible. Cada aspecto del desarrollo humano temprano, desde la evolución del circuito cerebral hasta la capacidad de empatía del niño es afectado por el ambiente y las experiencias acumuladas, comenzando en el periodo prenatal y extendiéndose a través de los años de la temprana infancia. (Shonkoff & Phillips, 2000)

En Chile la educación parvularia tiene como misión atender de manera integral a niños en la educación inicial. Las instituciones responsables del funcionamiento son la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra (Chile crece contigo), los Establecimientos Municipales, así como Jardines Infantiles Subvencionados y Privados.

La Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), creada desde 1970 hasta 2005, cuenta con una estructura definida en educación parvularia regida por la ley 17.301 y por el reglamento aprobado por decreto en 1971. La Junta conduce la educación parvularia para niños menores de seis años; es responsable del funcionamiento de los jardines infantiles y su organización en todo el país, dirigidos hacia una población

objetivo vulnerable. Es una institución encargada de ofrecer atención integral para el cuidado y educación de los niños y niñas, referente a alimentación y nutrición, aprendizajes y ambientes efectivos en el aspecto biopsicosocial (Rojas P. & Uauy D., 2006, p.2). La JUNJI estipula normas en las cuales se establecen las bases técnicas, las reglas de operación y los criterios de evaluación de la educación parvularia. Asimismo, dan seguimiento, monitorean la ejecución y evalúan el programa adaptándolo a las realidades regionales.

Sin embargo, en 2006 las políticas públicas no eran validadas como claras y contundentes hacia la educación preescolar. En ese año, Chile fue considerado uno de los países latinoamericanos con menor tasa de inserción laboral femenina y presentó niveles de cobertura en educación preescolar que no superó el 35%, (BID, 2006)

La actual Reforma de 2009 establece una institucionalidad ministerial específica para la educación parvularia, mediante la creación de la Subsecretaría de Educación Parvularia y la Intendencia de Educación Parvularia, además de determinar una autorización oficial para el funcionamiento de establecimientos de educación parvularia (Leyes 20.832 y 20.835). En 2007 se implementó un programa piloto en 100 comunas. En la Reforma se fundamenta uno de los diagnósticos realizados por la Dirección de Presupuestos (DIPRES, 2008); por una parte, la necesidad de modernizar la institucionalidad de este nivel y mejorar la gestión institucional (mediante la separación de los roles relacionados con la educación parvularia: normativa, fiscalización, financiamiento y provisión de servicios); y por otra, regular y normar la calidad de los establecimientos educativos (especialmente respecto de las salas-cuna, producto del

considerable aumento de la cobertura durante el período 2006-2007). En 2008 ingresó el Proyecto de Ley de protección social de la infancia. En 2009 se promulgó la ley, por lo que entró en vigor el marco institucional y regulatorio.

El ingreso a la agenda política fue impulsado por la presidenta Michelle Bachelet, el Comité de Ministros de la Infancia revisó las propuestas del Consejo Asesor Empresarial y se direccionaron las decisiones hacia las políticas públicas y asignaciones presupuestales. Políticas aprobadas en ambas Cámaras.

El Programa de Alimentación Escolar (PAE), desde su origen en 1964 con la Ley 15.720, de manera conjunta con JUNAEB, ha buscado mitigar los niveles de desigualdad existentes; primero considerando la entrega de una alimentación adecuada para atacar el problema nutricional del país, y posteriormente facilitando el acceso y mejorando la retención del sistema educacional de los estudiantes más vulnerables, vía la entrega de alimentos a dicho sector. La población potencial corresponde a aquella que es escogida para que sea beneficiaria del programa, de acuerdo con ciertas condiciones para ser acreedor respecto a necesidades y/o problemas que la afecten y que justifiquen la existencia del programa. En el caso del PAE, la población potencial se define como todos los estudiantes del sistema subvencionado, tanto municipal como particular, además de los niños que forman parte de la red JUNJI.

En 2009 la Ley General de Educación estableció que el Estado debe promover y

garantizar el acceso gratuito y el financiamiento fiscal para educación parvularia en el primer y segundo nivel de transición. En marzo 2006, la jefa de Estado en Chile declaró: “Tenemos el compromiso de llegar al 2010 con un país más moderno, integrado, desarrollado y solidario, con una sociedad cohesionada, centrada en los ciudadanos” (Bachelet, 2006). En efecto, a pesar de los importantes logros en la educación preescolar durante los últimos cinco años, que permitieron avanzar hacia la universalización de la atención a niños de 4 y 5 años, el acceso a la atención y educación para la niñez de 0-3 años fue tan sólo de 5% y existieron importantes brechas de acceso por nivel socioeconómico, así como importantes desafíos en materia de la calidad de la atención e involucramiento de las familias y las comunidades, (BID, 2006)

La educación parvularia en Chile tiene una amplia cobertura en comparación con otros países de Latinoamérica. Sin embargo, hay tres determinantes específicos respecto a la oferta y demanda para acudir al centro educativo: 1) los habitantes con mayor solvencia económica tienen mayor probabilidad de que los niños asistan a educación parvularia; 2) existen diversos factores por los cuales los niños no son inscritos o no asisten a educación parvularia: bajo nivel de ingresos, la elección del centro educativo en función de la ubicación geográfica, dificultad de acceso o movilización, no hay matrícula, el nivel educativo de la madre es bajo, el niño es pequeño y lo cuidan en casa, la familia es numerosa, desconfianza del cuidado que brindan los centros, y 3) respecto a niños de sala-cuna en todos los quintiles de ingreso las tasas de asistencia y matrícula son bajas. (Centro de Estudios Mineduc, 2010)

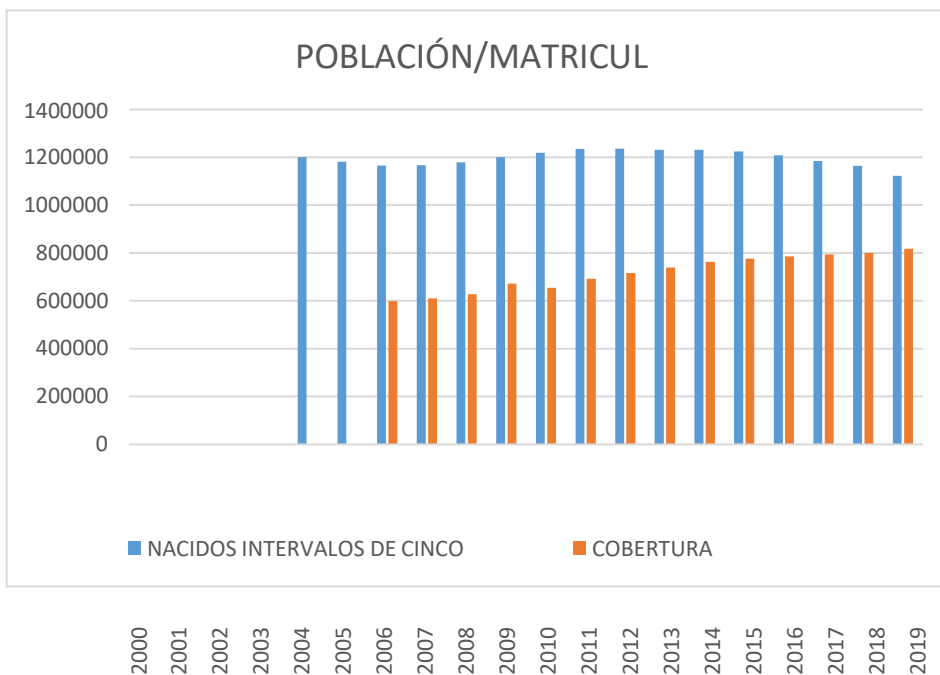
La situación de pobreza y vulnerabilidad social, así como el estado nutricional de los infantes son algunos elementos que se consideran para que un niño se haga acreedor a un programa convencional y/o alternativo, y que a partir del 2006 ha formado parte de una medida preestablecida. “Ofrecer un subsidio a financiar niños y niñas con edad de (0 y 3 años) de hogares que pertenecen al 40% más pobres de la población”. (BCN, 2008, p.6)

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud Encavi (2011) levantó una muestra de representación nacional, con la cual se evaluó el desarrollo infantil temprano (Vallebuena et. Al, 2011, p.21). De acuerdo con los datos ahí recogidos, el rezago afectaba a 29.9% de la población entre 2 meses y 5 años, siendo marcadamente más alto en el quintil más pobre que en el más rico (Molina et Al., 2008, p. 13). A manera de introducción se revisan algunos datos que nos permiten visualizar, de forma general, el comportamiento histórico de los datos.

Relación población/matrícula parvularia

La siguiente gráfica muestra los promedios de matrícula parvularia y población.

Ilustración 2. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área



Fuente: Mineduc (2006-2019).

El gráfico representa el comportamiento de los datos históricos con base en un intervalo de cinco años en relación con la matrícula. En 2006 la cobertura parvulario fue de 51.34% y en 2019 fue de 72.79% respecto a la base de población para cada periodo.

La educación parvularia se centra en dos grupos principalmente: 1) Integrado por sala cuna, nivel medio menor y nivel medio mayor (0 a 3 años) y el 2) lo conforman el primer y segundo nivel (4 y 5 años).

Por consiguiente, Orrego & Sanchez (2019) mencionan que las políticas educativas se centran más en aumentar la cobertura de la educación parvularia que en mejorar la calidad de la educación, lo que puede llevar a una expansión sin la debida atención a los estándares educativos. Sin embargo, la calidad de la educación parvularia es variable y, en muchos casos, deficiente en comparación con estándares internacionales que como consecuencia se traduce en una falta de uniformidad en la experiencia educativa que reciben los niños. Mientras que, en educación parvularia, la mayoría de las instituciones carezcan de los recursos necesarios, tanto en términos de infraestructura como de materiales educativos, se tendrá como resultado la limitada capacidad de ofrecer una educación de calidad. Aunado a ello, existen disparidades significativas en el acceso a la educación parvularia, especialmente entre diferentes estratos socioeconómicos. Los niños de familias más vulnerables tienden a tener menos acceso a programas de calidad, lo que perpetúa la inequidad educativa.

Matrícula por región de educación parvularia regular y especial, 2006-2022

Tabla 36. Matrícula por región de educación parvularia

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN PARVULARIA 2006-2022																	
EDUCACION PARVULARIA	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BÍO BÍO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AYSÉN	XII ANTÁRTICA	REGIÓN METROPOLITANA	XIV LOS RÍOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL
2004	3.51%	3.47%	2.01%	4.67%	9.83%	5.79%	6.14%	12.33%	4.56%	6.93%	0.73%	0.84%	39.20%				100.00%
2005	3.56%	3.44%	2.02%	4.46%	10.13%	5.74%	6.02%	11.71%	4.63%	6.83%	0.67%	0.80%	39.99%				100.00%
2006	3.49%	3.44%	2.02%	4.59%	10.08%	5.69%	6.22%	11.87%	4.54%	6.73%	0.69%	0.82%	39.83%				100.00%
2007	3.58%	3.53%	2.08%	4.48%	10.00%	5.55%	6.09%	11.86%	4.56%	6.87%	0.67%	0.85%	39.89%				100.00%
2008	2.11%	3.50%	2.00%	4.29%	10.06%	5.48%	6.03%	12.16%	4.48%	4.91%	0.66%	0.82%	39.78%	2.11%		1.61%	100.00%
2009	2.43%	3.41%	1.97%	4.60%	9.95%	5.37%	5.90%	12.47%	4.62%	4.79%	0.64%	0.78%	39.46%	2.03%		1.56%	100.00%
2010	2.47%	3.42%	1.98%	4.61%	10.07%	5.37%	5.61%	12.40%	4.66%	4.78%	0.68%	0.83%	39.41%	2.12%		1.60%	100.00%
2011	2.46%	3.42%	2.01%	4.57%	9.87%	5.32%	5.77%	12.44%	4.72%	4.88%	0.69%	0.83%	39.36%	2.11%		1.54%	100.00%
2012	2.54%	3.39%	1.98%	4.67%	9.98%	5.43%	5.79%	12.31%	4.75%	4.87%	0.70%	0.81%	39.17%	2.07%		1.55%	100.00%
2013	2.56%	3.46%	1.96%	4.78%	9.95%	5.42%	5.73%	12.12%	4.82%	5.00%	0.70%	0.82%	39.05%	2.05%		1.57%	100.00%
2014	2.44%	3.54%	2.00%	4.90%	9.93%	5.41%	5.82%	12.16%	4.83%	5.01%	0.68%	0.84%	38.81%	2.06%		1.58%	100.00%
2015	2.56%	3.55%	1.96%	4.96%	10.02%	5.41%	5.80%	12.16%	4.87%	5.00%	0.64%	0.84%	38.55%	2.08%		1.61%	100.00%
2016	2.54%	3.49%	1.95%	5.00%	10.13%	5.37%	5.83%	12.15%	4.92%	4.99%	0.63%	0.81%	38.58%	2.09%		1.60%	100.00%
2017	2.59%	3.49%	1.91%	5.09%	10.25%	5.37%	5.83%	11.97%	4.97%	4.81%	0.59%	0.81%	38.68%	2.07%		1.58%	100.00%
2018	2.50%	3.40%	1.85%	5.09%	10.34%	5.38%	5.96%	11.82%	4.86%	4.68%	0.58%	0.85%	39.09%	2.03%		1.56%	100.00%
2019	2.46%	3.47%	1.81%	4.96%	10.23%	5.42%	6.06%	9.25%	4.90%	4.61%	0.56%	0.84%	39.32%	2.00%		1.57%	100.00%
2020	2.44%	3.38%	1.76%	4.82%	10.19%	5.49%	6.23%	9.45%	5.13%	4.67%	0.57%	0.83%	38.83%	2.04%		1.53%	100.00%
2021	2.41%	3.23%	1.86%	4.76%	9.69%	5.43%	6.99%	9.09%	6.25%	5.23%	0.77%	1.03%	36.48%	2.31%		1.61%	100.00%
2022	2.54%	3.27%	1.84%	4.76%	9.85%	5.48%	6.93%	8.90%	6.16%	5.18%	0.75%	1.03%	36.52%	2.32%		1.62%	100.00%

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc, Chile (2006-2022).

El presente cuadro muestra la matrícula regional de educación parvularia en estudiantes regular y especial del periodo 2006-2022.

El presente análisis muestra los datos de manera horizontal mediante porcentajes integrales, lo que permite detectar la tendencia en cada periodo, las regiones con menor matrícula son Aysen, Antártica, Atacama, Los Ríos, Tarapaca, Nuble y Antofagastana. No obstante, la mayor matrícula corresponde a la Zona Metropolitana, seguido de Valparaíso, Maule, Bío Bío, O'Higgins, Araucanía, Coquimbo y Lagos.

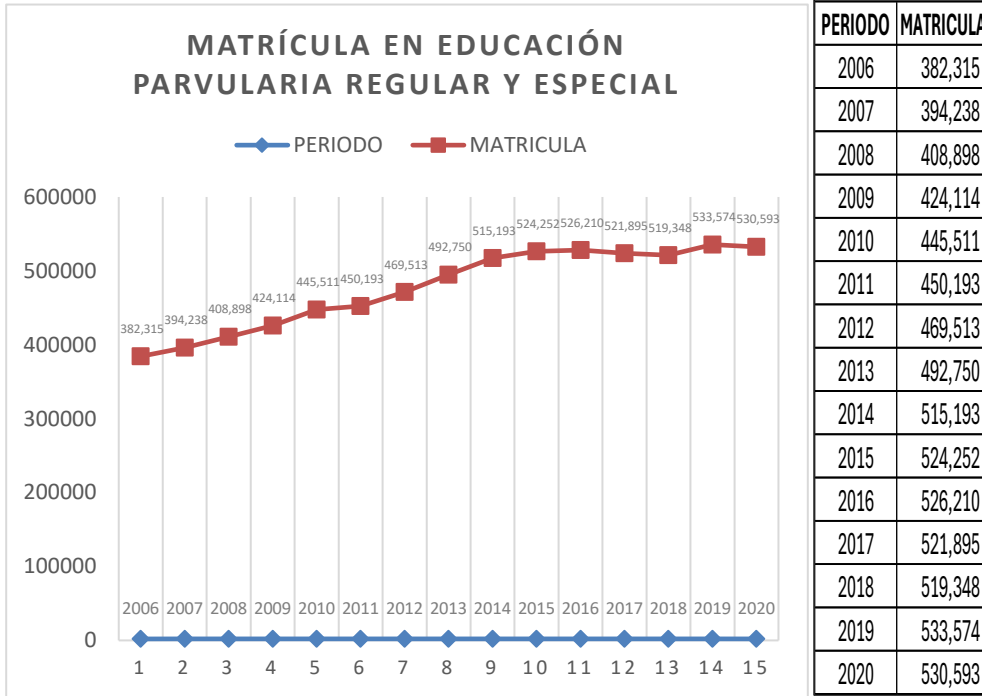
Los datos históricos por periodo comparativo en análisis vertical muestran la matrícula más alta en cada región: Tarapacá: 2007, con 3.58%; Antofagasta: 2015, con 3.55%; Atacama: 2007, con 2.08%; Coquimbo: 2018, con 5.09%; O'Higgins: 2006, con 5.69%; Maule: 2020, con 5.13%; Bío Bío: 2009, con 12.47%; Araucanía: 2020, con 5.13%;

Lagos: 2007, con 6.87%; Aysén: 2013, con 0.70%; Antártica: 2018, con 0.85%; Zona Metropolitana: 2019, con 39.89%; Los Ríos: 2020, con 2.04%; Arica y Parinacota: 2016, con 1.58%; Nuble: 2020, con 2.63%; lo anterior significa que el número de estudiantes fue mayor de 2006 a 2022.

La matrícula más baja por región y año se observa de la siguiente manera: Tarapacá: 2008, con 2.11%; Antofagasta: 2020, con 3.38%; Atacama: 2020, con 1.76%; Coquimbo: 2008, con 4.29%; Valparaíso: 2011, 9.87; O'Higgins: 2011, con 5.32%; Maule: 2010, con 5.61%; Bío Bío: 2019, con 9.25%; Araucanía: 2008, con 4.48%; Lagos: 2019, con 4.61%; Aysén: 2019, con 0.56%; Antártica: 2009, con 0.78%; La zona Metropolitana: 2015, con 38.55%; Los Ríos: 2019, con 2.00%; Arica y Parinacota: 2020, con 1.53%; Nuble: 2019, con 2.56%.

Matrícula acumulada en educación parvularia y especial

Tabla 37. Matrícula en educación parvularia y especial



Fuente: elaboración propia con base en Mineduc, Chile (2006-2020).

En resumen, la matrícula total de estudiantes en educación parvularia aumentó de forma constante de 382 315 en 2006 a 526 210 en 2016, lo que representa un incremento de 37.64% respecto al año base, 2006, en ese período. El comportamiento de la matrícula de 382 315 en 2006 y 530 593 en 2020 generó un incremento de 38.78% con base en 2006.

Distribución de educación básica por región

La UNESCO promueve la alfabetización como un derecho humano fundamental y como un medio para empoderar a las personas, impulsar la inclusión social y contribuir al

desarrollo sostenible. La organización aboga por la implementación de políticas y programas de alfabetización de calidad y accesibles para todos.

El alfabetismo da recursos humanos altamente calificados y una mejor calidad de vida presente y futura. Por lo tanto, faculta a la sociedad para adaptarse en forma permanente a las nuevas condiciones que imponen los avances de la ciencia, la tecnología y el mercado laboral. Tiene efecto significativo para fomentar un desarrollo humano más inclusivo y equitativo en el país.

Tasa de alumnos que inician primer y concluyen último grado de enseñanza

Tabla 38. Alumnos que inician el primer grado y el último grado de enseñanza

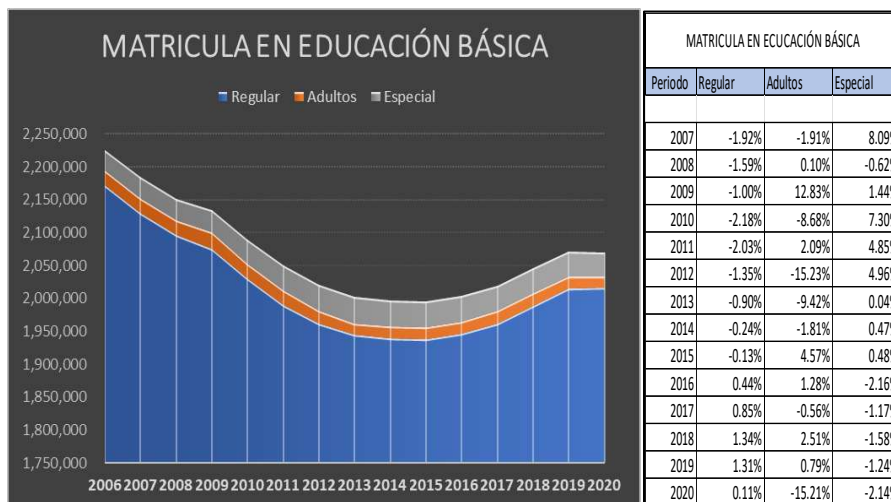
Alumnos que inician el primer grado y concluyen el último grado de enseñanza					
Años__ESTANDAR	Ambos sexos, Chile	Hombres Chile	Mujeres Chile	Hombres Chile	Mujeres Chile
2010	97.93%	97.63%	98.23%	49.85%	50.15%
2011	98.67%	99.36%	98.01%	50.34%	49.66%
2012					
2013	99.53%	99.10%	99.95%	49.79%	50.21%
2014	99.60%	99.27%	99.95%	49.83%	50.17%
2015	99.41%	98.85%	100.00%	49.71%	50.29%
2016	99.55%	99.21%	99.90%	49.83%	50.17%
2017	99.68%	99.75%	99.60%	50.04%	49.96%
2018	99.74%	99.51%	99.97%	49.89%	50.11%
2019	99.20%	99.95%	98.41%	50.39%	49.61%
2020	99.56%	100.00%	99.09%	50.23%	49.77%

Fuente: elaboración propia con base en la CEPAL (2024).

La tabla muestra la parte proporcional de matrícula de alumnos en enseñanza primaria, que inician su primer grado y terminan la educación básica; el mayor porcentaje es para las mujeres, pues son quienes concluyen la educación primaria.

Matrícula anual en educación básica regular, adultos y especial.

Tabla 39. Matrícula anual en educación básica



Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2007-2024).

La tendencia muestra que en 2007 hubo una disminución de matrícula en educación básica regular respecto a datos base de 2006, a partir de este último año y hasta 2015 la matrícula regular disminuyó. Posteriormente, de 2016 a 2020 la matrícula incrementó, del periodo 2019 a 2020 el incremento fue mínimo, de 0.11%.

Respecto a la matrícula en educación básica adultos se observa un incremento significativo en 2009, que fue de 12.83% con base en datos de 2008, y en 2010 con datos de 2009 se distingue una disminución de 8.68%. Para 2011 el aumento es de 2.09%; en 2012 disminuyó a 15.23%, en 2013 disminuyó a 9.42%, en 2014 disminuyó a 1.81%, en 2015 aumentó a 4.57% la matrícula, en 2020 disminuyó a 15.21% con base en 2009.

Respecto a 2007, la matrícula de educación media manifestó un comportamiento positivo de 8.09%, en 2008 disminuyó -0.62%, de 2009 a 2015 la tendencia es positiva,

y de 2016 a 2020 ha disminuido de manera constante.

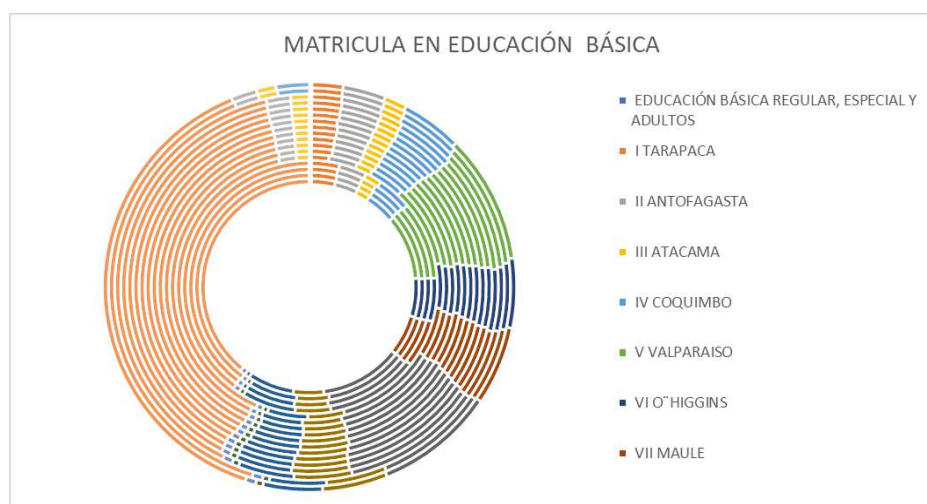
Tasa de cobertura en educación básica por región

Tabla 40. Cobertura en educación básica por región 2006-2020

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR, ESPECIAL Y ADULTOS 2004-2020																	
EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR, ESPECIAL Y ADULTOS	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BÍO BÍO	IX ARAUCANÍA	X LAGOS	XI AYSÉN	XII ANTÁRTICA	REGIÓN METROPOLITANA	XIV LOS RÍOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL
2004	2.95%	3.45%	1.82%	4.18%	9.87%	5.30%	6.20%	12.59%	6.13%	7.55%	0.61%	0.90%	38.45%				100.00%
2005	2.97%	3.46%	1.83%	4.08%	9.88%	5.30%	6.15%	12.45%	6.15%	7.56%	0.64%	0.90%	38.63%				100.00%
2006	3.06%	3.56%	1.81%	4.15%	9.89%	5.31%	6.09%	12.29%	6.09%	7.49%	0.63%	0.90%	38.72%				100.00%
2007	3.08%	3.57%	1.82%	4.16%	9.87%	5.34%	6.09%	12.21%	6.03%	7.47%	0.63%	0.91%	38.83%				100.00%
2008	1.83%	3.55%	1.82%	4.15%	9.87%	5.33%	6.03%	12.10%	5.96%	5.20%	0.64%	0.91%	38.99%	1.30%	2.32%		100.00%
2009	1.94%	3.61%	1.81%	4.26%	9.91%	5.27%	5.98%	12.00%	5.92%	5.22%	0.65%	0.92%	38.88%	1.34%	2.29%		100.00%
2010	1.99%	3.63%	1.81%	4.29%	9.91%	5.31%	5.95%	11.89%	5.91%	5.24%	0.66%	0.93%	38.84%	1.36%	2.29%		100.00%
2011	1.99%	3.62%	1.83%	4.33%	9.87%	5.29%	5.97%	11.93%	5.88%	5.23%	0.67%	0.93%	38.83%	1.37%	2.26%		100.00%
2012	2.03%	3.62%	1.85%	4.38%	9.86%	5.33%	5.98%	11.94%	5.85%	5.23%	0.67%	0.92%	38.74%	1.39%	2.24%		100.00%
2013	2.08%	3.61%	1.87%	4.42%	9.84%	5.32%	5.97%	11.89%	5.79%	5.23%	0.67%	0.92%	38.77%	1.39%	2.22%		100.00%
2014	2.08%	3.68%	1.88%	4.47%	9.84%	5.33%	5.99%	11.84%	5.77%	5.23%	0.68%	0.91%	38.69%	1.40%	2.22%		100.00%
2015	2.11%	3.72%	1.83%	4.53%	9.86%	5.34%	5.99%	11.80%	5.76%	5.23%	0.69%	0.91%	38.62%	1.41%	2.21%		100.00%
2016	2.13%	3.74%	1.87%	4.56%	9.84%	5.33%	6.00%	11.75%	5.75%	5.22%	0.69%	0.90%	38.59%	1.42%	2.21%		100.00%
2017	2.16%	3.74%	1.88%	4.63%	9.83%	5.34%	6.02%	11.70%	5.76%	5.17%	0.70%	0.90%	38.53%	1.44%	2.21%		100.00%
2018	2.20%	3.74%	1.88%	4.69%	9.87%	5.34%	6.00%	11.60%	5.71%	5.11%	0.69%	0.90%	38.50%	1.45%	2.21%		100.00%
2019	2.23%	3.77%	1.88%	4.75%	9.91%	5.35%	6.01%	11.41%	5.66%	5.05%	0.67%	0.89%	38.68%	2.21%	1.46%	0.08%	100.00%
2020	2.25%	3.76%	1.87%	4.81%	9.99%	5.36%	6.04%	11.36%	5.68%	5.04%	0.66%	0.88%	38.54%	2.21%	1.47%	0.07%	100.00%

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2005-2024)

I) Tasa de cobertura de la educación básica por región



Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2024).

La presente tabla muestra la matrícula regional de educación básica en estudiantes

regular, especial y de adultos durante el periodo 2006-2020.

El presente análisis en porcentajes integrales muestra el total de matrícula de manera horizontal, el cual permite detectar que en cada periodo las regiones con más estudiantes corresponden a la zona Metropolitana, seguido de Valparaíso, Bío Bío, Maule, O'Higgins, Coquimbo, Araucanía y Lagos. Las regiones que tienen menor matrícula son: de Aysén, Antártica, Arica y Parinacota, Atacama, Los Ríos, Tarapaca, Nuble y Antofagastana.

En 2011, la región con la mayor matrícula en educación básica fue la Metropolitana, con un porcentaje de 39.36% de la matrícula total en educación básica regular, especial y para adultos en Chile.

Respecto a la enseñanza primaria el acceso es relativamente universal, pero es necesario concretar los esfuerzos en la progresión oportuna y la conclusión del ciclo por parte de los grupos sociales más postergados. (CEPAL, 2010)

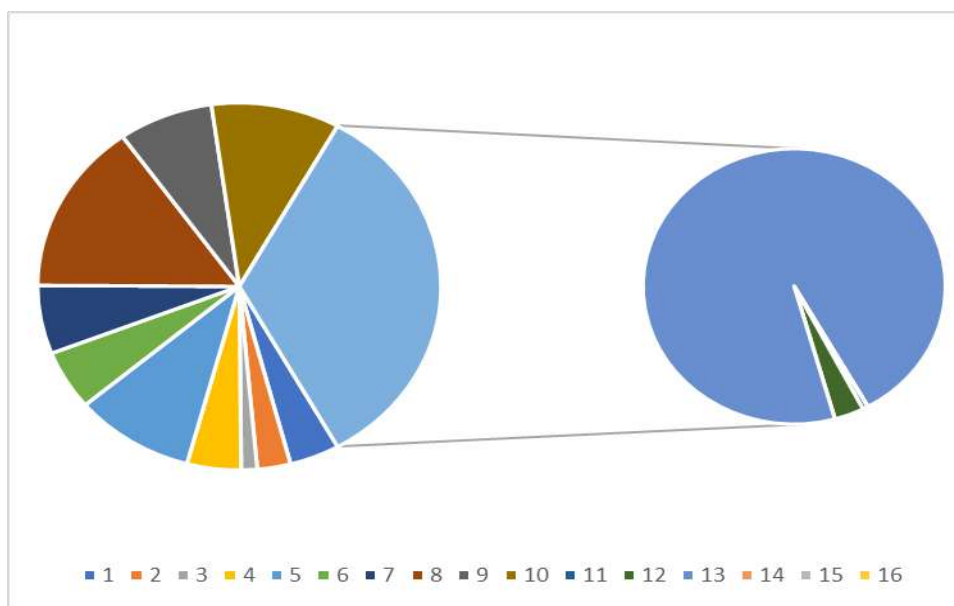
Tasa de cobertura en educación básica adultos en región.

Tabla 41. Tasa de cobertura en educación básica adulta

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN BÁSICA ADULTOS 2004-2020																	
Año	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BIOBIO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AYSÉN	XII ANTARTICA	REGION METROPOLITANA	XIV LOS RIOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL
2004	4.02%	2.67%	1.28%	4.34%	9.65%	5.23%	6.02%	15.09%	7.60%	10.33%	0.20%	1.08%	32.51%	0.00%	0.00%		100%
2005	4.25%	2.88%	1.57%	3.88%	10.29%	5.03%	6.26%	13.42%	6.19%	9.45%	0.15%	0.83%	35.81%	0.00%	0.00%		100%
2006	4.97%	2.40%	1.22%	4.87%	10.24%	5.57%	5.74%	12.00%	6.86%	7.86%	0.29%	1.01%	36.96%	0.00%	0.00%		100%
2007	4.31%	2.68%	1.38%	4.48%	8.62%	4.47%	6.22%	11.59%	8.37%	6.23%	0.23%	0.97%	40.44%	0.00%	0.00%		100%
2008	1.82%	2.44%	1.23%	4.97%	10.47%	4.08%	4.68%	10.88%	7.79%	4.53%	0.27%	0.91%	40.14%	2.50%	3.31%		100%
2009	2.48%	2.62%	1.40%	5.41%	12.20%	0.48%	3.59%	7.05%	9.05%	4.10%	0.48%	1.00%	44.07%	2.93%	3.14%		100%
2010	2.43%	2.31%	1.36%	5.19%	11.97%	4.22%	3.21%	6.90%	8.19%	4.58%	0.15%	0.84%	42.91%	2.27%	3.47%		100%
2011	1.99%	2.58%	1.56%	6.32%	11.91%	4.13%	4.06%	7.59%	7.38%	4.34%	0.30%	0.78%	41.15%	2.54%	3.36%		100%
2012	1.66%	2.38%	1.40%	5.21%	12.31%	4.41%	3.90%	8.86%	7.21%	4.09%	0.34%	0.78%	41.40%	2.14%	3.92%		100%
2013	2.28%	2.48%	1.63%	4.24%	11.21%	5.20%	3.99%	8.81%	6.10%	4.83%	0.45%	0.66%	42.01%	2.57%	3.55%		100%
2014	2.59%	3.16%	1.55%	3.44%	11.45%	5.33%	4.27%	9.16%	5.91%	5.20%	0.49%	0.79%	40.78%	2.14%	3.74%		100%
2015	2.32%	2.83%	1.42%	4.13%	11.73%	4.55%	4.57%	9.84%	4.69%	5.97%	0.65%	0.92%	40.73%	2.12%	3.54%		100%
2016	2.68%	3.71%	1.51%	4.14%	11.63%	4.69%	4.52%	8.94%	5.24%	5.49%	0.59%	0.83%	40.48%	2.00%	3.55%		100%
2017	2.74%	3.95%	1.40%	4.83%	11.70%	4.53%	4.30%	7.99%	5.49%	5.88%	0.66%	0.90%	40.03%	1.94%	3.67%		100%
2018	3.47%	3.65%	1.26%	5.41%	12.28%	5.15%	5.05%	8.42%	5.06%	5.66%	0.80%	0.75%	39.52%	2.30%	3.75%	0.00%	100%
2019	3.20%	3.69%	1.30%	5.22%	13.92%	5.83%	5.36%	6.31%	4.85%	6.16%	0.79%	0.76%	39.01%	2.43%	3.14%	1.32%	100%
2020	2.99%	2.70%	0.90%	4.78%	12.40%	5.32%	4.17%	4.20%	4.20%	5.60%	0.65%	0.54%	32.58%	2.40%	3.18%	1.13%	100%
media	2.95%	2.89%	1.38%	4.76%	11.41%	4.66%	4.70%	9.24%	6.48%	5.90%	0.44%	0.84%	39.44%	1.78%	2.67%	0.82%	
desviación estándar	0.95%	0.54%	0.17%	0.70%	1.24%	1.18%	0.93%	2.71%	1.45%	1.78%	0.22%	0.13%	3.24%	1.04%	1.54%	0.71%	

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2004-2020).

Tasa de cobertura en educación básica adultos en región



Fuente: Propia con base en Mineduc (2006-2020).

En el presente cuadro se muestra la matrícula de educación básica adultos más baja, en promedio la región de Aysén en 2007 cuenta con 0.73%. La mayor cobertura en educación básica adultos corresponde a la región Metropolitana en 2018, fue de 38.07%.

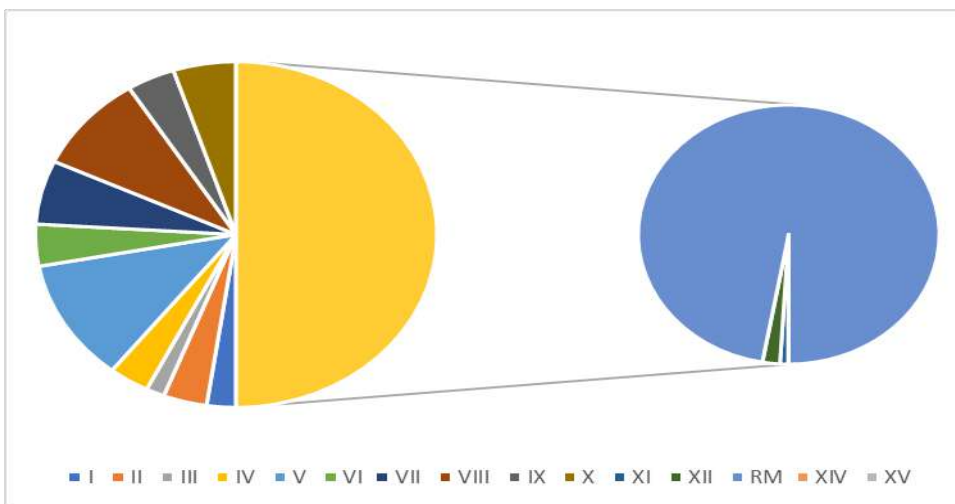
Tasa de cobertura en educación básica especial por región

Tabla 42. Tasa de cobertura en educación básica especial.

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL 2004-2020																	
Año	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BIOBIO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AYSÉN	XII ANTARTICA	REGION METROPOLITANA	XIV LOS RIOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL
2004	2.36%	3.51%	1.48%	3.25%	11.45%	3.91%	5.98%	9.12%	3.87%	5.05%	0.46%	0.94%	48.62%	0.00%	0.00%		100%
2005	2.31%	3.33%	1.44%	3.32%	10.78%	4.04%	5.76%	9.09%	4.36%	5.28%	0.48%	0.94%	48.85%	0.00%	0.00%		100%
2006	2.20%	2.98%	1.54%	3.13%	10.35%	4.64%	6.07%	9.04%	4.00%	5.37%	0.49%	0.86%	49.33%	0.00%	0.00%		100%
2007	2.21%	2.98%	1.24%	3.24%	11.48%	4.55%	5.68%	9.73%	3.81%	5.54%	0.47%	0.76%	48.32%	0.00%	0.00%		100%
2008	1.07%	2.72%	1.30%	3.41%	10.13%	4.64%	5.44%	10.26%	3.83%	4.40%	0.52%	0.77%	48.88%	1.70%	0.94%		100%
2009	1.04%	2.88%	1.38%	3.75%	10.82%	4.09%	5.45%	11.27%	3.66%	4.42%	0.45%	0.79%	47.12%	1.82%	1.06%		100%
2010	1.16%	2.93%	1.06%	3.98%	10.82%	4.25%	5.42%	11.39%	3.72%	4.68%	0.52%	0.88%	46.18%	1.98%	1.07%		100%
2011	1.23%	2.72%	1.45%	4.52%	10.89%	4.07%	5.34%	11.35%	3.72%	4.70%	0.44%	0.95%	45.46%	2.10%	1.07%		100%
2012	1.25%	2.59%	1.56%	4.71%	10.58%	4.11%	5.39%	13.12%	3.48%	4.63%	0.46%	0.71%	44.46%	2.04%	0.93%		100%
2013	1.25%	2.57%	1.43%	4.92%	10.70%	4.13%	5.53%	13.83%	3.42%	4.51%	0.45%	0.71%	43.64%	1.95%	0.95%		100%
2014	1.30%	2.64%	1.29%	5.15%	11.09%	4.42%	5.58%	13.20%	3.48%	4.59%	0.45%	0.67%	43.04%	2.12%	0.97%		100%
2015	1.32%	2.71%	1.59%	5.10%	10.90%	4.63%	5.47%	13.43%	3.50%	4.46%	0.48%	0.67%	42.69%	2.11%	0.95%		100%
2016	1.35%	2.85%	1.52%	5.05%	10.90%	4.77%	5.53%	13.86%	3.50%	4.56%	0.52%	0.65%	43.80%	2.13%	0.95%		100%
2017	1.35%	3.00%	1.55%	4.98%	11.16%	4.63%	5.48%	13.83%	3.60%	4.41%	0.52%	0.65%	43.62%	2.19%	1.05%		100%
2018	1.36%	3.03%	1.45%	4.96%	11.15%	4.72%	5.56%	14.07%	3.54%	4.31%	0.51%	0.69%	43.30%	2.19%	1.13%		100%
2019	1.44%	3.08%	1.50%	5.09%	10.87%	4.62%	5.57%	10.95%	3.47%	3.98%	0.48%	0.72%	41.12%	2.27%	1.31%	3.50%	100%
2020	1.47%	3.03%	1.49%	5.12%	11.06%	4.80%	5.60%	10.61%	3.61%	4.01%	0.51%	0.73%	41.05%	2.10%	1.28%	3.44%	100%
media	1.51%	2.91%	1.43%	4.33%	10.89%	4.41%	5.58%	11.66%	3.68%	4.64%	0.48%	0.77%	44.91%	1.57%	0.81%	3.47%	100%
desviación estándar	0.45%	0.23%	0.14%	0.81%	0.36%	0.30%	0.20%	1.86%	0.24%	0.44%	0.03%	0.11%	3.12%	0.91%	0.47%	0.04%	

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2004-2020).

Tasa de cobertura en educación básica especial por región



Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2004-2017)

El presente cuadro muestra la matrícula de educación básica más baja, en promedio la región de Aysén cuenta con 0.48% y una variabilidad respecto a la media de 0.03%. La mayor cobertura en educación básica corresponde a la región Metropolitana con 46.2%,

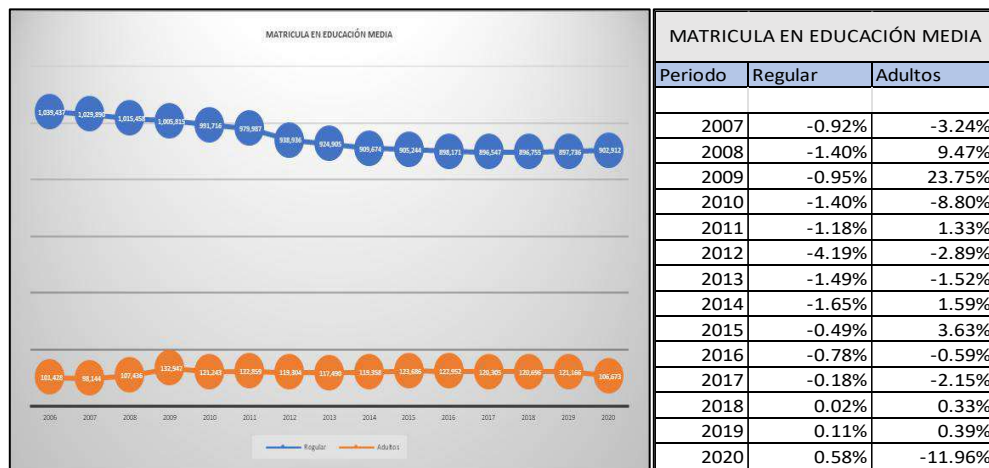
con una variabilidad respecto a la media de 2.75%.

La matrícula de educación básica regular de niños, niñas y jóvenes por dependencia administrativa nos permite detectar el total de cobertura; durante 2006 más de 50% de los alumnos del sistema escolar chileno asistía a establecimientos privados siendo, por primera vez en la historia del Chile contemporáneo, una minoría aquellos que asistieron a establecimientos públicos (municipales) contemplando el total de alumnos del sistema escolar.

En 2008, los establecimientos particulares-subvencionados alcanzaron un total de 5263 dependencias administrativas, que representaron 44% de las unidades educativas del país y atendieron a 48% de la matrícula escolar. La educación subvencionada en Chile significa que es propiedad privada con financiamiento total o parcial público. En contraste, la educación municipal bajó su matrícula a 47% en 2008. (Martinic & Elacqua, 2010)

Distribución de educación media por región

Tabla 43. Matrícula en educación media, 2006-2020



Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2006-2020).

En esta tabla se muestra el comportamiento de la matrícula en educación media, de 2007 a 2017, el periodo con mayor disminución fue 2012. La matrícula en educación media adultos muestra un incremento significativo en 2009 con 23.75%; posteriormente, en 2010 disminuyó a 8.8%. En 2020 hubo una disminución de 11.96% respecto al año base, 2019.

Tasa de deserción 2010-2016

Tabla 44. Tasa de deserción 2010-2016

Tasa de deserción anual				
Descripción	Grado	Hombres	Mujeres	Total
Por grado 2010	1o	0.40%	0.3%	0.3%
	2o	0.9%	0.7%	0.8%
	3o	0.9%	0.7%	0.8%
	4o	0.9%	0.7%	0.8%
	5o	1.2%	0.9%	1.1%
	6o	1.5%	1.1%	1.3%
	7o	2.7%	1.9%	2.3%
	8o	2.0%	1.6%	1.8%
Anual promedio	2010	1.3%	1.0%	1.2%
	2011	1.4%	1.1%	1.3%
	2012	1.5%	1.1%	1.3%
	2013	1.4%	1.0%	1.2%
	2014	1.4%	1.0%	1.2%
	2015	1.3%	1.0%	1.2%
Por grado 2016	1o	0.30%	0.2%	0.3%
	2o	0.9%	0.8%	0.8%
	3o	0.8%	0.7%	0.8%
	4o	0.9%	0.7%	0.8%
	5o	1.1%	0.8%	1.0%
	6o	1.5%	1.1%	1.3%
	7o	2.4%	1.8%	2.1%
	8o	1.9%	1.6%	1.8%
	2016	1.2%	1.0%	1.1%

Fuente: Elaboración propia con base en centro de estudios Mineduc (2010-2016).

La presente tabla corresponde a la tasa de deserción anual, el mayor índice de quinto a octavo grado. Se observa que la tasa promedio anual no permite detectar la realidad de los datos.

Por otra parte, en 2014 de un 60% de estudiantes de primero medio se encontró que el 2% más vulnerable, no fue beneficiado, se detectó que el modelo tenía un alcance parcelado del problema y los estudiantes en riesgo no fueron beneficiados debido a que no acudían a un Liceo focalizado. (DIPRES, 2016b, p.126)

Por consiguiente, en el censo de población y vivienda a nivel nacional, realizado en 2017, se observa que 20% de los jóvenes indígenas de 20 a 29 años no completaron la enseñanza secundaria, frente a 16% de los jóvenes no indígenas. La no culminación de la secundaria por parte de los jóvenes indígenas afecta en mayor medida a las regiones de los territorios ancestrales del pueblo mapuche, a saber: Los Lagos (con la cifra más elevada, 26%), Libertador Bernardo O'Higgins, Araucanía, Los Ríos, Bío Bío y, en menor medida, Magallanes. Sumado a ello, estas regiones presentan las brechas étnicas más elevadas (se destaca la Araucanía, donde alcanza los 8 puntos porcentuales). La región de Tarapacá, en el norte, también destaca entre las regiones con mayores porcentajes de jóvenes indígenas que no completaron la secundaria, la mayoría de los cuales pertenecen al pueblo Aymara. (CEPAL, 2018)

Aunado a que algunas regiones en situaciones de violencia en sectores específicos fueron afectadas en el derecho a la educación de acuerdo con cifras de deserción escolar, es decir, niños, niñas y adolescentes que no gozaron del derecho a acceder a educación (INDH, 2023, p.107). Por lo que a partir de 2019 se integraron programas de canalización en servicios de prevención de consumo de drogas y alcohol.

Matrícula en educación media regular y adultos

Tabla 45. Distribución en educación media regular

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN MEDIA REGULAR, ADULTOS Y ESPECIAL 2004-2020																		
Año	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BÍO BÍO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AYSÉN	XII ANTÁRTICA	REGIÓN METROPOLITANA	XIV LOS RÍOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVI NUBLE	TOTAL	
2004	3.78%	4.04%	1.78%	4.14%	11.74%	4.92%	6.11%	12.45%	6.24%	7.32%	0.51%	1.33%	35.63%				100.00%	
2005	3.73%	4.04%	1.70%	4.39%	11.92%	4.72%	5.99%	12.01%	6.23%	7.61%	0.51%	1.20%	35.95%				100.00%	
2006	3.92%	3.57%	1.71%	4.62%	11.94%	4.80%	5.43%	11.87%	6.15%	7.67%	0.69%	1.17%	36.39%				100.00%	
2007	3.59%	3.61%	1.64%	4.79%	11.50%	4.71%	5.48%	11.96%	6.29%	7.35%	0.66%	1.10%	37.31%				100.00%	
2008	2.09%	3.71%	1.59%	4.68%	11.46%	4.71%	5.45%	11.35%	5.94%	5.14%	0.76%	1.17%	38.17%	2.28%		1.50%	100.00%	
2009	2.17%	3.47%	1.66%	4.67%	11.45%	4.72%	5.16%	11.49%	6.28%	5.22%	0.75%	1.33%	37.60%	2.41%		1.62%	100.00%	
2010	2.13%	3.40%	1.62%	4.75%	11.47%	4.86%	4.93%	10.62%	6.42%	5.62%	0.86%	1.00%	38.32%	2.45%		1.53%	100.00%	
2011	2.16%	3.33%	1.68%	4.68%	11.04%	4.76%	5.14%	11.05%	6.30%	5.59%	0.80%	1.01%	38.26%	2.57%		1.64%	100.00%	
2012	1.98%	3.46%	1.68%	4.55%	11.39%	4.90%	5.24%	11.18%	6.31%	5.53%	0.75%	0.93%	37.95%	2.38%		1.77%	100.00%	
2013	1.98%	3.73%	1.67%	4.64%	11.45%	4.99%	5.29%	10.85%	6.32%	5.59%	0.88%	0.87%	37.84%	2.37%		1.53%	100.00%	
2014	2.02%	3.79%	1.61%	4.75%	11.26%	5.28%	5.26%	11.02%	6.18%	5.64%	0.85%	0.94%	37.72%	2.23%		1.45%	100.00%	
2015	2.04%	3.71%	1.51%	4.86%	10.97%	5.32%	5.26%	11.01%	5.94%	5.78%	0.86%	1.19%	37.80%	2.28%		1.46%	100.00%	
2016	2.10%	3.92%	1.58%	4.96%	11.19%	5.41%	5.21%	10.81%	5.98%	5.75%	0.79%	0.93%	37.60%	2.25%		1.52%	100.00%	
2017	2.27%	3.65%	1.65%	5.14%	11.34%	5.30%	5.19%	10.62%	5.89%	5.71%	0.77%	0.88%	37.84%	2.28%		1.47%	100.00%	
2018	2.44%	3.86%	1.61%	4.93%	11.36%	5.26%	5.34%	10.33%	5.78%	5.63%	0.78%	0.87%	38.12%	2.27%		1.44%	100.00%	
2019	2.43%	3.61%	1.65%	5.03%	11.40%	5.19%	5.71%	7.89%	5.84%	5.59%	0.86%	0.93%	37.86%	2.28%		1.48%	2.25%	100.00%
2020	2.43%	3.21%	1.49%	5.17%	11.49%	5.17%	5.65%	7.55%	6.85%	5.68%	0.85%	0.88%	37.62%	2.32%		1.41%	2.24%	100.00%
media	2.54%	3.65%	1.64%	4.75%	11.43%	5.00%	5.40%	10.83%	6.17%	6.02%	0.76%	1.04%	37.53%	2.34%		1.53%	2.25%	
desviación estándar	0.71%	0.24%	0.07%	0.26%	0.26%	0.25%	0.31%	1.30%	0.26%	0.86%	0.11%	0.16%	0.79%	0.10%		0.10%	0.01%	

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2004-2020).

La presente tabla muestra la matrícula regional de educación básica en estudiantes regular y especial y de adultos durante los años 2006-2020.

El presente análisis en porcentajes integrales muestra el total de matrícula de manera horizontal, el cual permite detectar que en cada periodo las regiones con más estudiantes corresponden a la zona Metropolitana, seguido de Valparaíso, Bío Bío, Maule, Araucanía, Coquimbo, Lagos y O'Higgins. Sin embargo, las regiones que tienen menor matrícula son: de Aysén, Antártica, Arica y Parinacota, Atacama, Los Ríos, Tarapaca, Nuble y Antofagastana.

En 2010, la región con la mayor matrícula en educación básica fue la Región Metropolitana, con un porcentaje de 38.32% de la matrícula total en educación básica regular, especial y para adultos en Chile.

Distribución de educación superior por región

Tabla 46. Distribución en educación superior por región

TASA DE COBERTURA EN EDUCACIÓN SUPERIOR 2007-2022																	
EDUCACION SUPERIOR	I TARAPACA	II ANTOFAGASTA	III ATACAMA	IV COQUIMBO	V VALPARAISO	VI O'HIGGINS	VII MAULE	VIII BIOBIO	IX ARAUCANIA	X LAGOS	XI AYSEN	XII ANTARTICA	REGION METROPOLITANA	XIV LOS RIOS	XV ARICA Y PARINACOTA	XVII NUBLE	TOTAL
2007	1.55%	3.70%	0.88%	3.38%	12.13%	1.46%	3.74%	12.43%	4.36%	2.66%	0.11%	0.98%	49.13%	1.87%	1.61%		100.00%
2008	1.62%	3.71%	0.95%	3.56%	12.32%	1.44%	4.18%	12.85%	4.20%	2.87%	0.12%	0.83%	47.90%	1.82%	1.64%		100.00%
2009	1.60%	3.75%	0.92%	3.62%	12.04%	1.77%	4.35%	12.94%	4.29%	2.99%	0.15%	0.79%	47.38%	1.89%	1.50%		100.00%
2010	1.58%	3.68%	0.92%	3.64%	11.79%	1.91%	4.44%	12.83%	4.30%	2.99%	0.15%	0.78%	47.72%	1.80%	1.49%		100.00%
2011	1.47%	3.51%	0.96%	3.57%	11.52%	2.02%	5.09%	12.96%	4.36%	3.10%	0.16%	0.71%	47.41%	1.78%	1.39%		100.00%
2012	1.39%	3.41%	0.95%	3.59%	11.13%	2.23%	5.22%	13.05%	4.47%	3.07%	0.14%	0.64%	47.52%	1.81%	1.37%		100.00%
2013	1.42%	3.44%	0.94%	3.53%	11.18%	2.23%	5.16%	13.12%	4.54%	3.21%	0.15%	0.63%	47.21%	1.85%	1.41%		100.00%
2014	1.44%	3.44%	0.99%	3.48%	11.05%	2.34%	4.26%	13.11%	4.65%	3.28%	0.16%	0.62%	47.92%	1.84%	1.40%		100.00%
2015	1.47%	3.43%	0.85%	3.47%	11.03%	2.34%	4.30%	13.17%	4.69%	3.40%	0.18%	0.64%	47.89%	1.83%	1.30%		100.00%
2016	1.43%	3.25%	0.97%	3.50%	10.97%	2.31%	4.44%	12.89%	4.84%	3.44%	0.20%	0.65%	47.95%	1.87%	1.30%		100.00%
2017	1.51%	3.49%	1.07%	3.76%	6.77%	2.47%	4.76%	13.56%	5.24%	3.69%	0.22%	0.67%	49.30%	2.08%	1.41%		100.00%
2018	1.51%	3.28%	1.01%	3.54%	10.71%	2.28%	4.53%	12.45%	4.82%	3.46%	0.22%	0.63%	48.13%	2.07%	1.37%		100.00%
2019	1.53%	3.24%	1.03%	3.53%	10.63%	2.24%	4.63%	10.38%	4.79%	3.43%	0.22%	0.60%	48.38%	2.11%	1.37%	1.87%	100.00%
2020	1.47%	3.18%	0.99%	3.50%	10.67%	2.24%	4.78%	10.43%	4.81%	3.44%	0.24%	0.56%	48.23%	2.19%	1.38%	1.88%	100.00%
2021	1.49%	3.06%	1.03%	3.52%	10.35%	2.09%	4.60%	10.10%	4.77%	3.25%	0.22%	0.56%	49.70%	2.13%	1.36%	1.78%	100.00%
2022	1.42%	2.93%	0.97%	3.46%	10.09%	2.07%	4.47%	9.96%	4.67%	3.26%	0.20%	0.52%	50.85%	2.15%	1.29%	1.71%	100.00%
media	1.49%	3.40%	0.96%	3.54%	10.90%	2.09%	4.56%	12.27%	4.61%	3.22%	0.18%	0.68%	48.29%	1.94%	1.41%	1.81%	
desviación estándar	0.07%	0.24%	0.06%	0.09%	1.27%	0.31%	0.38%	1.25%	0.27%	0.26%	0.04%	0.12%	0.99%	0.15%	0.10%	0.08%	

Fuente: elaboración propia con base en Mineduc (2006-2024)

Los datos de la cobertura por región en educación básica, media y superior de 2004 a 2020, posteriormente, a partir de 2021 únicamente muestra la cobertura básica y media acumulada por región general, de acuerdo con datos abiertos.

La siguiente tabla muestra la tendencia en matrícula por nivel de enseñanza

Tendencia de matrícula total según nivel de enseñanza, formación 2006-2022.

Tabla 47. Tendencia de matrícula total según nivel enseñanza / formación.

Matrícula total según nivel de enseñanza/formación y modalidad. Período 2007 -2022																		
Nivel de enseñanza/formación		Año																
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Parvularia	Educación regular y especial	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	3.5%	3.2%	3.2%	1.8%	1.2%	1.0%	0.9%	2.1%	-4.7%	-4.6%	-0.5%	
	Educación regular	-1.9%	-1.6%	-1.0%	-2.2%	-2.0%	-1.4%	-0.9%	-0.2%	-0.1%	0.4%	0.8%	1.3%	1.3%	0.1%	0.8%	0.9%	
Básica	Educación especial	8.1%	-0.6%	1.4%	7.3%	4.8%	5.0%	0.0%	0.5%	0.5%	-2.2%	-1.2%	-51.0%	0.8%	-15.3%	7.6%	-13.2%	
	Educación adultos	-1.9%	0.1%	21.0%	-14.2%	1.3%	-15.2%	-9.4%	-1.8%	4.6%	1.3%	-0.6%	106.0%	388.9%	-2.0%	-3.3%	1.7%	
	Subtotal	-1.8%	-1.6%	-0.7%	-2.2%	-1.9%	-1.4%	-1.0%	-0.2%	-0.1%	0.4%	0.8%	1.3%	8.5%	-0.2%	0.5%	0.9%	
Media	Enseñanza media HC niños y jóvenes	-0.4%	-0.6%	0.4%	-0.8%	-1.5%	-1.8%	0.2%	-0.4%	1.1%	0.6%	0.9%	1.8%	2.1%	1.4%	3.5%	2.9%	
	Enseñanza media HC adultos	-1.4%	8.9%	22.7%	-9.3%	1.5%	-2.1%	-0.9%	2.4%	3.6%	-0.2%	-1.9%	0.8%	0.3%	-13.5%	14.6%	-17.0%	
	Enseñanza media TP niños y jóvenes	-1.7%	-2.7%	-3.2%	-2.5%	-0.6%	-8.3%	-4.7%	-4.1%	-3.8%	-3.7%	-2.5%	-4.2%	-4.8%	-1.5%	0.6%	-0.2%	
	Enseñanza media TP adultos	-18.5%	15.5%	33.9%	-4.7%	0.2%	-9.7%	-7.4%	-5.9%	4.0%	-5.0%	-5.0%	-4.6%	1.3%	-15.2%	10.2%	-18.1%	
	Subtotal	-1.1%	-0.5%	1.4%	-2.3%	-0.9%	-4.0%	-1.5%	-1.3%	0.0%	-0.8%	-0.4%	0.1%	0.1%	-1.1%	3.9%	-0.1%	
Superior	Total	-1.6%	-1.2%	0.0%	-2.2%	-1.5%	-2.3%	-1.1%	-0.6%	-0.1%	0.0%	0.4%	0.9%	5.7%	-0.5%	1.6%	0.5%	
	Edad de 16 años a más	Pregrado	S/D	4.7%	8.4%	10.5%	8.2%	4.9%	4.6%	2.7%	1.9%	1.1%	-0.1%	0.9%	0.5%	-3.6%	4.6%	0.8%
		Postítulo	S/D	33.0%	35.2%	0.4%	39.0%	6.8%	11.8%	2.5%	-8.0%	-4.1%	5.6%	23.7%	-6.5%	-8.6%	57.2%	-4.1%
		Postgrado	S/D	26.0%	8.8%	17.7%	3.0%	19.8%	13.4%	0.2%	-3.6%	5.5%	2.3%	-3.7%	3.2%	-6.0%	17.1%	2.5%
		Total	S/D	S/D	5.5%	8.8%	10.5%	8.5%	5.4%	5.1%	2.6%	1.5%	1.1%	0.1%	1.1%	0.5%	-3.8%	6.0%

Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Educación de Chile (2024).

Con base en los datos de 2011, la matrícula en educación parvularia ascendió a 3.5% en el periodo escolar de 2012, el crecimiento fue paulatino en 2013 y 2014. Posteriormente, en el periodo 2015 la matrícula incrementó 1.8% con respecto al periodo anterior y en 2016 aumentó 1.2%; después, en 2017 y 2018 incrementó la matrícula de manera gradual. Durante 2019 la matrícula mostró un ascenso de 2.19%, para después disminuir drásticamente en 2020 y 2021, y en 2022 se tornó una ligera recuperación positiva a 0.5%. Las tasas más altas en la disminución de matrícula fueron en 2020 y 2021 debido a la pandemia por COVID-19.

La tendencia en educación básica muestra un escenario con variabilidad negativa en los periodos de 2007 a 2015; posteriormente, en 2016 se dio un ligero ascenso. El

mayor incremento en matrícula educativa básica se mostró en el periodo 2019 con 8.5%.

Con base en el año anterior, se presenta el comportamiento en educación media; en este caso, la matrícula manifestó una disminución sostenida de 2007 a 2017. Después incrementó 0.1% en 2018 y 2019, respectivamente. En 2020 disminuyó 1.1%. Para el periodo 2021 la matrícula media incrementó a 3.9% y con base en el año anterior 2022, se redujo a 01%. El comportamiento en esta matrícula es variable, con crecimiento bajo. En Educación Superior, de 2008 a 2010 la matrícula incrementó gradualmente. De 2011 a 2019 el comportamiento de la matrícula fue en aumento; en 2021, derivado de la pandemia, descendió sustancialmente hasta 3.8%; en 2022 el índice marcó una recuperación e incrementó a 2.2% respecto al año base.

GOZAR DE UN NIVEL DE VIDA DECENTE Y VIVIENDA DIGNA

Tabla 48. Distribución de ingreso per cápita del hogar

Distribución de ingreso per cápita del hogar

Ingreso del trabajo promedio mensual de los hogares por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2006-2022 (\$ noviembre 2022)											R a z ó n d e i n g r e s o
\$	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
											r=10/10
2006	101,407	253,538	355,226	437,791	504,191	628,911	785,410	956,097	1,371,785	3,056,447	30.14
2009	79,998	255,293	343,727	453,347	514,985	656,461	786,169	975,720	1,331,340	3,156,397	39.46
2011	103,917	270,473	379,158	458,618	576,773	647,766	780,994	990,342	1,400,233	3,155,411	30.36
2013	113,269	317,429	426,598	538,520	648,670	786,040	919,398	1,157,376	1,675,070	3,728,868	32.92
2015	122,647	337,239	464,032	566,211	703,110	843,705	966,622	1,243,678	1,655,244	3,628,595	29.59
2017	119,765	342,148	484,552	604,548	695,564	894,563	1,037,130	1,232,742	1,776,365	3,863,803	32.26
2020	12,465	166,275	334,101	436,070	563,611	731,661	901,900	1,199,018	1,797,314	3,763,011	301.89
2022	57,951	296,736	445,767	552,763	714,378	897,265	1,020,540	1,317,758	1,774,656	3,641,762	62.84

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Encuesta Casen (2006-2022).

La variabilidad en el ingreso promedio mensual de los hogares, por decil de ingreso autónomo, muestra fuertes disparidades; el decil X es el ingreso superior y del decil I al IV es el que percibe la población vulnerable.

Distribución de ingreso mensual de los hogares

Tabla 49. Distribución de ingreso mensual de los hogares

Ingreso monetario promedio mensual de los hogares por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2006-2022 (\$ noviembre 2022)											R a z ó n	
											5.000.000	d
											4.500.000	e
											4.000.000	
											3.500.000	i
											3.000.000	n
											2.500.000	g
											2.000.000	r
											1.500.000	e
											1.000.000	s
											500.000	o
											0	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	r=10/10	
2006	170,941	326,833	434,724	524,203	605,185	743,445	905,684	1,105,234	1,567,688	3,426,969		20.05
2009	183,018	353,611	448,873	558,005	632,445	781,176	919,084	1,138,580	1,557,838	3,567,235		19.49
2011	206,059	370,582	481,897	562,069	696,970	775,955	912,206	1,175,519	1,614,919	3,513,367		17.05
2013	246,689	439,788	555,777	672,831	793,323	940,057	1,064,303	1,343,236	1,907,112	4,109,796		16.66
2015	260,924	472,226	597,490	704,977	848,954	1,003,758	1,133,081	1,439,518	1,911,570	4,113,750		15.77
2017	267,031	484,673	634,406	751,192	854,134	1,059,507	1,208,978	1,419,301	2,040,082	4,353,015		16.30
2020	149,743	393,860	548,812	644,192	779,204	947,974	1,136,342	1,438,472	2,092,933	4,308,492		28.77
2022	254,840	500,088	644,027	752,272	911,765	1,103,116	1,203,487	1,528,975	2,021,444	4,163,372		16.34

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Encuesta Casen (2022).

El ingreso monetario promedio mensual integra el ingreso más los subsidios que perciben las familias; lo que se puede observar es la desigualdad en el ingreso, además de dos puntos en específico: a) llama la atención que del decil I al IV se ajusta el ingreso autónomo per cápita y b) aún el decil X percibe subsidios monetarios. Sólo basta dividir el decil X entre cualquier valor en deciles por periodo y se conoce la brecha de desigualdad; un ejemplo es el recuadro r=10/10 que marca la brecha de ingreso entre el decil máximo y decil mínimo.

Vivienda: inversión habitacional y urbana

La casa-habitación es un espacio seguro y saludable, esencial para el desarrollo físico

y mental de los individuos. La seguridad en la tenencia de la vivienda es crucial para el desarrollo humano y la capacidad de las personas para participar en la sociedad. No obstante, su mala ubicación afecta el acceso a servicios básicos como educación, salud, transporte y empleo.

Respecto al programa de acceso a casa-habitación, durante 2006, en Chile sobresalió el programa “Un barrio para mi familia”, dirigido a los sectores de mayor pobreza y con el que se pretendió otorgar una alternativa respecto de los programas tradicionales de solución habitacional. Se planeó que las familias propietarias recibieran, junto con las viviendas, algunas herramientas necesarias para que se insertaran de mejor forma en la nueva comunidad en formación o se integraran a un barrio ya existente. El programa incluyó el acceso a la red socio asistencial pública y privada, así como a los fondos concursables, asesorías y capacitación en materia de mejoramiento y mantenimiento de las casas-habitación y de los espacios de uso común. También incluyeron la promoción de normas mínimas de convivencia comunitaria por medio de la mediación y el trabajo. Asimismo, se apoyan los procesos de inserción de la familia en la nueva forma habitacional, en las etapas anterior al traslado de la vivienda, de traslado (erradicación), de instalación definitiva (radicación) y del inicio de la vida en comunidad. En un tiempo estimado de cinco meses, de acuerdo con los planes de acción de cada asentamiento, se aplicaron talleres dirigidos al individuo, la familia y la comunidad.

Derivado de la segregación, los hogares de bajos recursos se concentraban en áreas con menos oportunidades. Esto no sólo afectó el acceso a la vivienda, sino que limitó el acercamiento a servicios básicos como educación y salud, perpetuando así la

pobreza y dificultando el desarrollo humano.

A continuación, se detalla la política habitacional en el gobierno de Michelle Bachelet a partir de julio de 2007.

Política habitacional en el periodo 2006-2010

Tabla 50. Política habitacional 2006-2010

POLITICA HABITACIONAL 2006-2009 EN CHILE				
ANUNCIO	INDICADOR	AÑO 2006	AÑO 2007	PERIODO 2007-2010
Reducir drásticamente el déficit habitacional del quintil I	Unidades de Subsidios para Quintil I	31,889	41,445	160,000
Apoyar a las familias del quintil II con	Unidades de Subsidio para Quintil II	8,943	17,691	68,671
Baja capacidad de endeudamiento	Monto Unitario de Subsidio para Quintil II	127 UF	305 UF	305 UF
Mejorar la calidad de las viviendas sociales	Monto Unitario Subsidio para Construcción en Vivienda Social (FSV)	263 UF	313 UF	313 UF
Revertir el proceso de segregación urbana	Monto Unitario Subsidio para Terreno en Vivienda Social (FSV)	45 UF	105 UF	105 UF
Mejorar el parque habitacional social existente	Unidades de Mejoramiento, Reparaciones y Ampliaciones	18,000	38,161	172,486
Recuperación de barrios (Medida 30)	Número de barrios a intervenir	75	72	200 (periodo 2006-2009)

Fuente: Informe de Finanzas Públicas (2006-2010)

A pesar de que Chile y la región experimentaron un crecimiento económico en 2007, la desigualdad continuó. Las mejoras en el desarrollo humano no se distribuyeron equitativamente, y las brechas entre los sectores más ricos y pobres seguían siendo significativas. Estos resultados se reflejaron en el acceso desigual a una vivienda adecuada.

la crisis financiera global de 2008-2009, ocasionada por choques externos de las

variables, dio inicio en 2008 con un impacto significativo en la región. A pesar de los esfuerzos y avances en el desarrollo humano en años anteriores, la crisis amenazó con revertir algunos de estos logros, afectando el acceso a casa habitación y los ingresos de los hogares; como consecuencia incrementaron las tasas de pobreza y vulnerabilidad. Muchos hogares enfrentaron dificultades para acceder a viviendas adecuadas, y la inseguridad habitacional se convirtió en un problema creciente. Las políticas públicas fueron un desafío para responder a estas nuevas realidades.

Las estrategias destacaron en la importancia de la cohesión social como un objetivo clave en las políticas de vivienda. Se fomentó mayor énfasis en la sostenibilidad en el desarrollo urbano, el impacto ambiental y la búsqueda de soluciones que fueran sostenibles a largo plazo. Se promovió la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de proyectos de vivienda y la inclusión de ciudadanos en la toma de decisiones se consideró esencial para garantizar que las soluciones habitacionales respondieran a las necesidades reales de las comunidades.

Inversión pública 2009-2010

Tabla 51. Inversión pública en Chile 2010

INVERSIÓN PÚBLICA EN CHILE 2010		
US\$ 300 Millones	US\$200 Millones	US\$200 Millones
1. Inversión Habitacional	2. Inversión Urbana	3. Inversión Sectorial
i) Programa de protección del patrimonio familiar (P)	i) Ministerio de obras públicas: Vialidad	i) Inversión adicional de recintos Deportivos
ii) Fondo Solidario de Vivienda I	ii) Ministerio de vivienda y urbanismo (Servicios del Sector y Pavimentos)	ii) Salud (compromisos 2009)
iii) Fondo Solidario de Vivienda	iii) Ministerio del interior:	iii) Educación: (Liceos y Salas Cuna)
iv) Inversión Araucanía	Regionales.	iv) Justicia (Poder Judicial)

Fuente: Minvu, Chile (2010).

El financiamiento de U\$700 millones se destinó a través del presupuesto de egresos como iniciativas de emergencia, entre ellas se consideran: la habilitación de viviendas temporales, recuperación de escuelas y hospitales, y la restauración de infraestructura crítica. Mientras, se priorizó el restablecimiento del orden público y la garantía de servicios básicos como agua potable, electricidad y alimentos. La coordinación de los ministerios y la organización territorial del Estado incluyó intendencias, gobernaciones y alcaldías. Los efectos en la economía, derivados de la crisis financiera global en 2009, originó repercusiones significativas en el mercado laboral; los ciudadanos enfrentaron dificultades para encontrar empleo, lo que afectó su capacidad para pagar alquileres o adquirir casa-habitación. Para mitigar los efectos adversos sobre los más vulnerables, se implementaron políticas enfocadas a transferencias monetarias y programas de vivienda asequible. Los resultados mostraron falta de coordinación entre diferentes niveles de gobierno y escasez de recursos financieros que limitaron la efectividad de las iniciativas.

Por consiguiente, según la CEPAL las condiciones de hacinamiento, insalubridad o inestabilidad habitacional podrían tener efectos negativos en la salud, la educación y el desarrollo emocional de las personas, especialmente de los niños. Las casas-habitación situadas en áreas marginadas o segregadas a menudo carecen de servicios básicos, lo que limita las oportunidades de desarrollo humano y perpetúa la pobreza, las personas que viven en condiciones de inestabilidad habitacional afectan su capacidad para planificar a largo plazo y participar plenamente en la vida comunitaria. La calidad y la distribución de la vivienda en una comunidad influye en la cohesión social, la segregación residencial debilita las relaciones entre diferentes grupos socioeconómicos, mientras que la integración de diversas comunidades fomenta la solidaridad y el apoyo mutuo.

En 2010, después del terremoto y maremoto en el país, se creó el Comité Interministerial para la Reconstrucción a favor de la Vivienda en Chile; así, se desarrolló un diagnóstico sobre las necesidades en cada ministerio por región, en el cual se centralizaron los catastros de daños, se definieron casos prioritarios y se propuso realizar modificaciones legales reglamentarias necesarias para avanzar hacia la reconstrucción del país. Por consiguiente, se implementó un primer paquete de medidas financiado principalmente a través de un plan de austeridad fiscal, que incluyó reasignaciones presupuestarias de aproximadamente 730 millones de dólares.

Se entregó un total de 70 489 viviendas de emergencia a las familias afectadas. Estas fueron distribuidas a través de diversas instituciones, incluyendo el Comité de

Emergencia, un Techo para Chile, y de otras organizaciones gubernamentales y privadas, al alcance de los que perdieron su patrimonio. Mediante la inversión pública, se desarrollaron empleos asociados concentrados en las regiones Metropolitana, del Bío Bío, de Valparaíso y del Maule, de manera consistente con las tasas de desempleo regional, principalmente.

El Proyecto Refugio se implementó para garantizar condiciones mínimas de habitabilidad para las familias que se encontraban fuera de su país de origen y no podían o querían acogerse a la protección de su país, y también para quienes recibieron casa-habitación de emergencia. En el proceso de reconstrucción, se buscó no sólo reparar las viviendas dañadas, sino también reconstruirlas con estándares más modernos y eficientes. Esto incluyó la incorporación de mejores prácticas de construcción que consideraran la resiliencia ante futuros desastres naturales.

Se estableció un programa de financiamiento para la reconstrucción de casa-habitación, que incluyó la Ley de Financiamiento de la Reconstrucción, la cual facilitó recursos para la recuperación de la infraestructura habitacional al promover la participación de diversas instituciones de la sociedad civil en el proceso de reconstrucción, con el fin de lograr una mayor colaboración y apoyo en la construcción de casas-habitación y en la atención a las necesidades de las comunidades afectadas. No obstante, los deudores habitacionales, que accedieron a viviendas sociales a través de subsidios e hipotecas, enfrentan problemas de morosidad y deuda. La bancarización de la deuda ha complicado aún más la situación de las familias, generando un nuevo

foco de conflicto en torno a casa-habitación. Aunado a ello, existen disparidades significativas en el acceso a vivienda entre diferentes regiones y comunas del país. Las áreas rurales y algunas zonas urbanas marginadas tienen menos acceso a programas de casa-habitación y servicios básicos. Sin embargo, existen programas de subsidios para la vivienda, pero el acceso a financiamiento sigue siendo un obstáculo para muchas familias. Mientras, se detecta que las condiciones del mercado hipotecario son restrictivas, especialmente para aquellos con ingresos bajos o inestables. Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos por incrementar el acceso a un hogar, diversas comunidades vulnerables enfrentaron dificultades para acceder a viviendas adecuadas y de calidad. La mercantilización llevó a que las familias de bajos ingresos vivieran en condiciones precarias, con viviendas de bajo valor de uso y en áreas con escasos servicios, Según datos base de la CEPAL, esto se agravó por el aumento de los precios en áreas urbanas.

Producto de la privatización de las viviendas en Chile, los estándares mínimos de calidad han afectado la salud y el bienestar de sus ocupantes, que incluye problemas como la falta de servicios básicos, condiciones de hacinamiento y materiales de construcción inadecuados. La creciente desigualdad en el acceso a casa-habitación ha generado una crisis de legitimación del modelo de producción de vivienda social. Las comunidades vulnerables a menudo se concentran en áreas periféricas con limitaciones en infraestructura y servicios, lo que perpetúa ciclos de pobreza y exclusión.

Un factor importante para considerar es que la rápida urbanización ha llevado a un

crecimiento desordenado en muchas ciudades, lo que dificulta la planificación adecuada de infraestructuras y servicios. Esto trae como consecuencia problemas de movilidad, acceso a servicios y calidad de vida. No obstante, los factores que contribuyeron al menor crecimiento en la partida de vivienda y otros gastos sociales incluyen una progresiva privatización de las inversiones en infraestructura sanitaria que ha reducido la inversión pública en su ámbito y servicios relacionados. Asimismo, la combinación de financiamiento público y privado ha afectado la ejecución de programas de vivienda social, ya que continúa el impacto en el crecimiento de gasto en casa-habitación y otros servicios sociales.

La pobreza se manifestaba en múltiples dimensiones, no sólo en términos de ingresos. Las carencias en vivienda, acceso a servicios básicos y condiciones de vida adecuadas, son factores cruciales para entender el desarrollo humano en su totalidad. Esto requería un enfoque integral en las políticas de reducción de la pobreza y mejora del bienestar.

La percepción de la distribución del ingreso en Chile ha mostrado cambios significativos desde 2002. Según la CEPAL, en 2011, 94% de la población opinaba que la distribución del ingreso era muy injusta o injusta, lo que representa un aumento de nueve puntos porcentuales en comparación con 2009. Esto indica una desconexión entre el crecimiento económico y el bienestar social, lo que impactó negativamente en la percepción del desarrollo humano, lo cual indica que las expectativas de bienestar no se estaban cumpliendo.

El gasto público en vivienda y servicios básicos era relativamente bajo. En 2012

representó sólo por 0.5% del PIB en Chile. Esto debido a la privatización de inversiones en infraestructura y a la externalización de programas de vivienda social, lo que limitó el crecimiento de esta partida.

La segregación socioeconómica estaba bien consolidada en Chile, lo que generaba preocupación. Las políticas propuestas para abordar esta situación se centraban en mejorar las condiciones de vida en barrios pobres y fomentar la integración social, pero no siempre promovían la diversidad social en la vivienda. Se promovieron iniciativas para integrar la periferia a la ciudad moderna y mejorar la infraestructura en áreas desfavorecidas. Sin embargo, la efectividad de estas políticas dependía de una mejor coordinación intersectorial y de un enfoque integral en la planificación urbana.

La calidad de la vivienda y el acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento son cruciales para el desarrollo. La falta de inversión en estos sectores limitó las oportunidades de mejora en la calidad de vida de las personas, especialmente en comunidades vulnerables. Las privaciones en habitabilidad, como el hacinamiento y la precariedad de los materiales, afectaban a muchos hogares, especialmente en contextos de pobreza. Esto resaltó la necesidad de políticas que no sólo se centraran en el acceso a la vivienda, sino en la mejora de las condiciones de vida.

La percepción de la desigualdad siguió siendo alta. A pesar de que se habían realizado esfuerzos, continuaron las tensiones sociales y las protestas por la desigualdad y la falta de acceso a servicios básicos. Esto indicó que la población percibía que la justicia

social no era equitativa.

En 2014, Gimenez y Ugarte (2014) indicaron que Chile experimentó un rápido crecimiento urbano a lo largo de las últimas décadas, lo que llevó a la expansión de ciudades y centros poblados. Este crecimiento planteó desafíos en términos de infraestructura, servicios básicos y calidad de vida para los habitantes. Así, se diseñó la Política Nacional de Desarrollo Urbano, cuyo propósito era abordar disparidades y promover un desarrollo urbano más equitativo, mediante la eliminación de la desigualdad en el acceso a servicios y oportunidades entre diferentes sectores de la población y en diversas regiones del país; también se pretendía implementar políticas de vivienda que integraran los principios de sostenibilidad y resiliencia en el desarrollo de ciudades; promover prácticas que mitigaran el impacto ambiental en la infraestructura urbana y servicios básicos como agua, saneamiento, transporte y casa-habitación, respecto a atención y mejora. La política nacional propuso establecer lineamientos para garantizar que estos servicios fueran accesibles y de calidad para todos los ciudadanos.

La siguiente tabla muestra los resultados del censo 2017 por tipo de vivienda y región.

Reporte de Censo 2017 en vivienda-región

Tabla 52. Resultados del censo 2017, vivienda y región

CENSO 2017 EN VIVIENDA																	
TIPO DE VIVIENDA 2017	TARAPACÁ	ANTOFAGASTA	ATACAMA	COQUIMBO	VALPARAÍSO	O'HIGGINS	MAULE	BIOBÍO	LA ARAUCANÍA	LOS LAGOS	AYSÉN	MAGALLANES Y ANÁRTICA	METROPOLITANA DE SANTIAGO	LOS RÍOS	ARICA Y PARINACOTA	ÑUBLE	RESUMEN
Tipo de Vivienda	117,809	196,349	121,094	308,608	788,806	354,313	411,201	573,572	381,151	332,920	44,721	65,636	2,378,442	153,976	76,201	194,556	Casos %
Casa	67.1%	77.3%	86.5%	87.2%	77.6%	89.5%	93.1%	86.3%	92.3%	94.1%	94.7%	93.5%	67.3%	93.6%	76.3%	94.5%	5,167,728 79.51%
Departamento en edificio	22.7%	16.9%	6.8%	9.8%	20.4%	7.3%	3.8%	11.2%	5.1%	3.4%	1.1%	3.7%	30.1%	3.1%	16.7%	2.2%	1,138,062 17.51%
Vivienda tradicional indígena (ruka, pae u otras)	1.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.00%	0.00%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	3,556 0.05%
Pieza en casa antigua o en conventillo	4.5%	1.4%	0.6%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.2%	1.3%	0.3%	1.4%	0.4%	53,150 0.82%
Medagua, mejora, rancho o choza	3.2%	2.6%	5.1%	1.8%	1.0%	2.2%	2.1%	1.4%	1.2%	1.2%	1.8%	0.9%	0.8%	1.4%	3.5%	2.2%	80,714 1.40%
Nívil (carpa, casa rodante o similar)	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	1,901 0.03%
Otro tipo de vivienda particular	1.1%	0.9%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.7%	0.6%	0.7%	0.7%	0.4%	1.2%	0.7%	0.5%	31,422 0.48%
Vivienda colectiva	0.3%	0.6%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	1.3%	0.9%	0.1%	0.3%	0.4%	0.1%	12,822 0.20%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	6,489,355 100.00%

Fuente: Censo 2017, procesado con la CEPAL.

El presente cuadro resume el tipo de edificaciones en que habitan los chilenos. El análisis en línea vertical permite detectar que 79.51% del total por tipo de viviendas son casas; los menores porcentajes integrales por región se centran en Tarapacá (67.10%), Arica y Parinacota (76.30%), Metropolitana de Santiago (67.30%). Respecto al tipo de vivienda en edificio, la edificación corresponde a 17.51%; el mayor porcentaje integral corresponde a la región Metropolitana (30.10%), Tarapacá (22.70%), Valparaíso (20.40%), Antofagasta (16.90%), Arica y Parinacota (16.70%); hay menores porcentajes en regiones con este tipo de vivienda: Aysén (1.1%), Ñuble (2.2%) y Los Ríos (3.10%).

Respecto a pieza en casa antigua o en conventillo, la región que cuenta con mayor porcentaje en este tipo de vivienda es Tarapacá (4.5%), Antofagasta (1.4%), Arica y Parinacota (1.4%).

En relación con el tipo mediagua, mejora, rancho o choza, las regiones que cuentan

con este tipo de edificación, de acuerdo con el porcentaje integral, son: Atacama (5.1%), Arica y Parinacota (3.5%), Tarapacá (3.2%), Antofagasta, O'Higgins (2.20%) y Ñuble (2.2%). En cuanto a vivienda tradicional indígena, el mayor porcentaje en edificación de este tipo lo registra Tarapacá, con 1.1 y 0.90%. En otro tipo de vivienda particular, mayor punto porcentual es para la región los Ríos, con 1.2%, y para la de Tarapacá, con 1.1%. En cuanto al tipo de vivienda colectiva, las regiones que cuentan con un mayor número de ellas son: Aysén (1.3%), Magallanes y Antártica (0.90%). En el tipo móvil (carpa, casa rodante o similar), las siguientes regiones muestran 1% en este tipo de viviendas: Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Aysén, Magallanes, Arica y Parinacota.

La relación de parentesco en el total de viviendas particulares y colectivas se muestra de acuerdo con la base de datos del censo 2017, en el siguiente cuadro.

Tipo de vivienda por región-parentesco, Censo 2017

Tabla 53. Tipo de vivienda 2017, particular y colectiva

Tipo de vivienda por región-parentesco, censo 2017																	
TIPO DE VIVIENDA 2017	TARAPACÁ	ANTOFAGASTA	ATACAMA	COQUIMBO	VALPARAÍSO	O'HIGGINS	MAULE	BIOBÍO	LA ARAUCANÍA	LOS LAGOS	AYSÉN	MAGALLANES Y ANTÁRTICA	METROPOLITANA DE SANTIAGO	LOS RÍOS	ARICA Y PARINACOTA	ÑUBLE	RESUMEN
Casos de relación de parentesco	329,719	606,120	285,941	756,952	1,812,920	914,488	1,011,826	1,555,229	955,909	827,166	102,979	164,011	7,100,955	384,259	224,024	480,454	Casos %
Jefe/a de hogar	29.6%	28.8%	31.0%	31.7%	33.6%	33.0%	33.6%	32.6%	33.2%	33.5%	33.6%	32.8%	31.5%	33.6%	29.8%	34.1%	5,651,637 32.21%
Esposo/a o cónyuge	11.3%	11.2%	11.6%	11.6%	13.3%	14.3%	14.5%	14.4%	13.7%	13.8%	11.5%	13.3%	13.0%	13.4%	11.1%	14.8%	2,326,043 13.26%
Conviviente por unión civil	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%	53,156 0.30%
Conviviente de hecho o pareja	4.3%	3.7%	4.8%	4.4%	4.3%	4.3%	4.0%	3.5%	4.1%	4.6%	5.6%	4.3%	4.2%	4.3%	3.3%	3.7%	730,121 4.16%
Hijo/a	31.0%	29.5%	32.1%	31.8%	30.5%	31.9%	32.0%	33.0%	31.6%	30.3%	28.8%	28.3%	32.1%	29.6%	32.0%	31.6%	5,549,779 31.63%
Hijo/a del cónyuge, conviviente o pareja	1.5%	1.3%	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	1.1%	1.0%	1.1%	1.2%	1.3%	1.2%	1.1%	1.2%	1.2%	1.0%	200,474 1.14%
Hermano/a	1.4%	1.5%	1.3%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%	1.3%	1.4%	1.3%	1.0%	1.1%	1.5%	1.4%	1.6%	1.4%	243,472 1.39%
Padre/madre	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%	0.9%	1.0%	1.2%	0.9%	1.4%	0.9%	193,760 1.10%
Cuñado/a	0.7%	0.7%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%	0.5%	0.4%	0.5%	0.4%	77,306 0.44%
Suegro/a	0.6%	0.5%	0.5%	0.4%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.5%	0.4%	81,216 0.46%
Yerno/nuera	1.6%	1.5%	1.5%	1.5%	1.3%	1.3%	1.1%	1.1%	1.2%	1.1%	0.7%	1.0%	1.6%	1.2%	1.6%	1.1%	241,727 1.38%
Neto/a	5.8%	6.0%	6.7%	7.0%	5.5%	5.4%	5.1%	5.5%	5.6%	5.1%	4.3%	4.6%	5.6%	5.8%	6.7%	5.2%	984,880 5.61%
Abuelo/a	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	11,393 0.06%
Otro parente	4.0%	4.4%	3.2%	3.3%	3.0%	2.7%	2.6%	2.7%	3.0%	3.1%	2.3%	2.6%	3.3%	3.3%	3.8%	2.7%	557,141 3.18%
No parente	2.2%	2.5%	1.6%	1.9%	2.0%	1.5%	1.5%	1.7%	1.9%	2.6%	2.7%	2.7%	2.0%	2.1%	2.1%	1.5%	333,122 1.90%
Servicio doméstico puertas adentro	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.3%	0.1%	28,468 0.16%
Persona en vivienda colectiva	4.3%	6.7%	2.4%	1.7%	1.5%	1.0%	1.1%	1.1%	1.3%	1.7%	6.1%	5.9%	1.1%	2.1%	3.8%	1.0%	282,257 1.61%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	17,545,952 100.00%

Fuente: elaboración propia con base en Minvu (2017), Chile.

El parentesco mayoritariamente es para el jefe o jefa del hogar con 32.21%, hijo/a con 31.52%, esposo o cónyuge con 13.26%.

Se observa que el 100% de los datos corresponde a **17 545 952** habitantes, la población total de Chile según el censo 2017 es de **17 574 003** habitantes, lo que muestra una diferencia de **28 051** habitantes no consideradas en el conteo.

En 2017 el gobierno anunció proyectos por más de 52 084 viviendas ante la presentación de proyectos habitacionales para el Programa de Integración Social y Territorial. La secretaria de Estado precisó que el programa busca generar viviendas con un estándar más alto que el actual, reflejado en los proyectos recibidos, pues 55%

del total de las edificaciones son casas (28 484 unidades) con una superficie promedio de 58.7 m², mientras que 45% corresponde a departamentos (23 600 unidades) con una superficie promedio de 53.6 m².

Según la CEPAL Chile ha realizado inversiones significativas en funciones sociales, incluyendo, saneamiento y otros servicios básicos, lo que representa más del 16% del PIB. Esta inversión es crucial para mejorar la infraestructura y la calidad de las viviendas; de esta manera, se implementaron programas destinados a reducir las privaciones vinculadas a los materiales de construcción, especialmente en los quintiles más pobres, con la finalidad de buscar mejorar la calidad de las viviendas y proporcionar acceso a materiales de construcción adecuados; se ha puesto un énfasis particular en las áreas rurales, donde las privaciones en servicios básicos son más altas, como la mejora en el acceso al agua potable y saneamiento.

Después de diversas modificaciones a la Ley 16391 a lo largo de décadas, fue sustituida en mayo de 2022 por la Ley 21450 de Integración Social, Gestión de Suelo y Plan de Emergencia Habitacional para avanzar hacia ciudades más justas e inclusivas. Esta Ley establece que el ministerio de vivienda y urbanismo tendrá a su cargo la política habitacional y urbana del país, el plan de emergencia habitacional que tiene como objetivo acceder a una edificación de calidad. La ley permite la adquisición de terrenos por parte de los servicios regionales de vivienda y urbanización, fundamentales para asegurar que haya terrenos disponibles para la construcción de casa-habitación.

En la Ley 21450 se establecen incentivos normativos en sectores que ya tienen uso de

suelo residencial, condicionados a la incorporación de viviendas de interés público, con el objetivo de estimular la construcción en áreas con déficit habitacional. Asimismo, contempla mecanismos para emitir un diagnóstico y dar seguimiento al evaluar la efectividad de las disposiciones implementadas, permitiendo ajustes y modificaciones según sea necesario, garantizando así una planificación urbana más inclusiva y equitativa.

Respecto a las modificaciones de ambas Leyes, la 16.391 y la sustitución por la Ley 21.450, se analiza su enfoque y objetivo:

Ley 16.391 surgió en 1965 su objetivo fue la creación del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, se establecieron las funciones y atribuciones para resolver la deficiencia habitacional y urbana en Chile.

Ley 21.450: busca actualizar y modernizar las funciones del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo, incorporando un enfoque más integral que incluye la reducción del déficit habitacional y la promoción de la construcción de viviendas de interés público, así como los planes de emergencia, la inclusión social y la sostenibilidad.

Las funciones del Ministerio de Vivienda se ampliaron:

Con base en la Ley 16.391, se proyectaban y ejecutaban las obras de vivienda y urbanización, y se colaboraba con las municipalidades en la elaboración de programas

de vivienda. No abordaba de manera específica las políticas de suelo ni establecía medidas concretas para la adquisición o habilitación de terrenos para la construcción de viviendas.

La Ley 21.450 amplió las funciones del Ministerio, incluyendo la implementación de políticas de suelo, la promoción de la regeneración de barrios y la inclusión de criterios de integración e inclusión social en la planificación territorial; ésta enmarca medidas específicas para reducir el déficit habitacional mediante la adquisición, destinación o habilitación normativa de terrenos, y promueve la construcción de viviendas de interés público; incorpora criterios de integración e inclusión social, promoviendo el acceso equitativo a bienes públicos urbanos y la atención a familias vulnerables y sectores emergentes; fomenta procesos de regeneración de barrios y rehabilitación de edificaciones, reconociendo la necesidad de mejorar áreas urbanas deterioradas y responde a las necesidades actuales, incorporando un enfoque más moderno y adaptado a los desafíos del déficit habitacional y la urbanización sostenible.

Entre 2017 y 2021 se registró un aumento significativo en el número de familias viviendo en campamentos, lo cual detonaba la falta de servicios e indicaba un retroceso en las condiciones de vivienda para un segmento de la población. Este aumento se atribuyó a factores como los altos costos de arrendamiento y la falta de oportunidades laborales. Aunque se implementaron programas para reducir el hacinamiento y mejorar las condiciones de vivienda, la efectividad de estas políticas se vio limitada por la crisis sanitaria y económica, lo que generó un contexto de vulnerabilidad para muchas familias.

Durante el periodo de gobierno 2022-2025 se pretende alcanzar la meta de entregar 260 mil casas-habitación con el objetivo de mejorar los niveles de integración social y urbana de las ciudades y lograr un adecuado desarrollo de ellas a lo largo del país, al aumentar la construcción de viviendas sociales con integración social, a través de la densificación equilibrada en zonas con potencial desarrollo urbano.

A pesar de los avances en el sector vivienda los chilenos aún enfrentan desafíos que afectan su desarrollo humano, como el déficit habitacional y la asequibilidad. La falta de acceso a casas-habitación adecuadas limita las oportunidades de desarrollo personal y social, perpetuando ciclos de pobreza y exclusión.

La Política Nacional de Desarrollo Urbano se centra en abordar los desafíos identificados y promueven un desarrollo urbano más sostenible, equitativo y participativo. Estas estrategias han permitido la construcción de nuevas viviendas y la mejora de las condiciones de habitabilidad, aunque el déficit sigue siendo un desafío importante. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen (2022) reporta que el déficit habitacional cuantitativo, cálculo hecho con Casen 2022 mediante la nueva metodología, asciende a 552.046 viviendas nuevas por construir (CECT, 2022, p.2).

A pesar de que el porcentaje de hogares que gastan más de 30% de sus ingresos en vivienda ha incrementado, las políticas de subsidios y financiamiento han intentado

facilitar el acceso a casa-habitación para sectores vulnerables. Sin embargo, la asequibilidad sigue siendo un problema crítico en regiones como la Metropolitana y Valparaíso. Las estrategias gubernamentales han buscado promover la integración social a través de la planificación urbana y la construcción de casas-habitación en áreas con acceso a servicios básicos. Las carencias en la dimensión de “Vivienda y entorno” son una de las principales causas de pobreza multidimensional en Chile.

GASTO PÚBLICO SOCIAL

La Clasificación de las Funciones del Gobierno (CFG) detalla las funciones u objetivos socioeconómicos que persiguen las unidades del gobierno por medio de distintos tipos de gasto FMI (2003). Las unidades de clasificación son, en principio, las transacciones individuales. Cada adquisición de bienes y servicios, sueldos por pagar, transferencia u otra erogación debe tener asignado un código de CFG de acuerdo con la función que la transacción ayuda a cumplir persiguen las unidades del gobierno por medio de distintos tipos de gasto (FMI, 2003, p. 1).

Los ingresos totales recaudados han mostrado un crecimiento significativo desde 2006, alcanzando su punto máximo en 2021, seguido de una ligera disminución en 2022. El presupuesto de egresos ejercido de 2006 a 2020 muestra un incremento sostenido, excepto en 2011 y 2022, que disminuyó.

La siguiente tabla muestra la tasa de presupuesto público en salud, educación y vivienda.

Distribución de gasto público ejecutado.

Tabla 54. Tasa de presupuesto público

PRESUPUESTO DE EGRESOS PÚBLICO DE CHILE, análisis de tendencia						
Periodo	Presupuesto	Presupuesto de egresos total	Endeudamiento neto	Salud	Educación	Vivienda
2006	Ejercido					
2007	Ejercido	5.2%	17.1%	6.34%	6.75%	8.83%
2008	Ejercido	9.7%	-42.1%	8.80%	15.19%	19.89%
2009	Ejercido	21.0%	-187.6%	27.32%	18.53%	32.95%
2010	Ejercido	5.5%	-89.1%	6.47%	10.34%	2.54%
2011	Ejercido	-1.1%	-479.1%	3.14%	2.07%	9.15%
2012	Ejercido	9.7%	-60.0%	10.03%	10.01%	3.30%
2013	Ejercido	2.8%	-209.9%	7.05%	7.27%	-9.03%
2014	Ejercido	6.3%	179.8%	8.61%	5.54%	1.98%
2015	Ejercido	7.4%	35.6%	12.50%	10.46%	15.22%
2016	Ejercido	4.8%	31.1%	7.50%	12.80%	-4.02%
2017	Ejercido	4.6%	5.2%	8.90%	3.31%	26.86%
2018	Ejercido	3.2%	-37.9%	8.55%	4.54%	-1.28%
2019	Ejercido	3.4%	73.2%	6.42%	2.50%	12.96%
2020	Ejercido	10.6%	152.9%	14.23%	-1.17%	-1.49%
2021	Ejercido	29.9%	-217.8%	8.80%	-2.31%	4.23%
2022	Ejercido	-23.9%	-85.8%	-9.34%	-5.52%	-1.28%

Fuente: elaboración propia con base en Dipres. (2006-2022).

En el periodo 2006-2010, durante el mandato de la presidenta Michelle Bachelet, el presupuesto de egresos anual aumentó con base en el año anterior. El mayor incremento fue en 2009 con 21%. Por otra parte, el comportamiento del endeudamiento neto tuvo una trayectoria relevante, ya que en 2006-2010 se buscó financiamiento externo, en los periodos 2006-2009 a cargo de Chile, y en 2009-2010 se observa que se cubrieron pagos a favor.

El comportamiento del gasto social de 2006-2010 incrementó según la tendencia, de acuerdo con las cifras que muestra la Dirección de Presupuesto en el egreso ejercido, se detallan tres rubros de referencia: salud, educación y vivienda.

El gasto en salud, a pesos constantes en el periodo 2006-2010, detecta un incremento desde 2006, en 2009 muestra un mayor incremento con base en el año anterior de 27.32%. Esta inyección de recursos tuvo como objetivo fortalecer la salud pública en el plan de inversiones: construcción, reposición, mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura sanitaria con el propósito de alcanzar la universalización de la atención primaria.

Gasto público por función en relación con el PIB en educación

El gasto en educación a partir de 2006-2010 muestra una tendencia positiva en el aumento del presupuesto ejercido a pesos constantes, para 2008 (15.19%), 2009 (18.53%) y 2010 (10.34%). La asignación de recursos puso en marcha mejorar la calidad en la educación, según el plan nacional docente mediante la incorporación y aplicación de nuevas metodologías de enseñanza. Se diseñó, implementó y validó un proceso de acompañamiento en la reinserción educativa, escolaridad media a jóvenes de sectores de pobreza y extrema pobreza. Se diseñaron programas de apoyo a la creación de empresas para jóvenes de la región.

El gasto en vivienda representa inversión asignada, con el propósito de disminuir el

déficit habitacional que forma parte de la tendencia positiva en el aumento del presupuesto 2007 (8.83%), 2008 (19.89%), 2009 (32.95%), en menor proporción para 2010 (2.54%). En Chile, se desarrollaron estrategias para el manejo de vulnerabilidad a riesgos naturales y humanos en la ciudad de Valparaíso. Mientras que en 2008 desarrollaron e implantaron mecanismos de gestión del sector patrimonial para asegurar la sostenibilidad del sector y de pobladores que habitan la zona; se establecieron programas para mejorar la equidad intergeneracional en el financiamiento del desarrollo urbano de responsabilidad municipal.

Durante el periodo de gobierno del presidente Sebastián Piñera (2010-2014) el presupuesto de egresos aumentó a 9.7% en el periodo 2012; se observa que el endeudamiento neto disminuyó. En el sector salud, en 2012 se asignó un presupuesto de 10.03% y en 2013 fue de 7.05%, se observa una disminución incremento; estos recursos fueron asignados para la atención universal primaria, fortalecimiento de las capacidades públicas para la gestión y regulación del sistema sanitario chileno.

En el sector educativo se ejerció un incremento en el gasto en 2012, pues fue de 10.01%, y en 2013 fue de 7.27%; este gasto derivó en varios proyectos con énfasis hacia la calidad de la educación: la reconstrucción del sistema educativo en el corto y mediano plazo para escuelas con mayor calidad, más equitativas y con mejores desempeños; se diseñó e implementó la evaluación de impacto del Programa Enseña Chile, y se desarrolló la adaptación del exitoso modelo aplicado en el distrito escolar de Nueva Orleans (Recovery School District of Louisiana) al caso chileno; lo anterior, con

la finalidad de diseñar e implementar una rigurosa evaluación de impacto que permitiese documentar los resultados de estas intervenciones, para poder escalar el modelo al resto de las escuelas con problemas de rendimiento en Chile y en la región. Se concretó evaluar el impacto e implementación de estrategias de e-learning para el desarrollo de ambientes personalizados de aprendizaje en zonas alejadas donde no hay oferta educativa disponible; zonas urbanas donde hay jóvenes que han desertado o han sido marginados del sistema escolar y escuelas sin los recursos humanos y/o educativos suficientes. Se instituyeron programas con el fin de proporcionar a jóvenes (de entre 15 y 18 años) de 12 establecimientos educativos con altos índices de vulnerabilidad de la región del Maule para mejorar su transición al mundo laboral, así como realizar un análisis de las mejores prácticas a nivel internacional para el establecimiento de sistemas de aseguramiento de la calidad de la educación preescolar.

En 2011, el presupuesto en vivienda y urbanismo fue de 9.15%; posteriormente, incrementó en 2012, 3.3%; el destino de recursos se justificó en mejorar la gestión del desarrollo urbano, la provisión de servicios y la inversión pública en áreas urbanas, en particular en las áreas metropolitanas, después en 2013 disminuyó (9.03%).

Durante el periodo 2014-2018, siendo presidenta Michele Bachelet, el comportamiento en el presupuesto de egresos reflejó un aumento constante; dentro de sus estrategias tomó como alternativa allegarse de recursos a través de endeudamiento.

En el sector salud, los datos tuvieron el siguiente comportamiento: 2014 (8.61%), 2015

(12.50%), 2016 (7.50%), 2017(3.31%). De ahí se desarrollaron diversas estrategias para fortalecer las capacidades públicas para la gestión y regulación del sistema sanitario chileno, la implementación de actividades de mejoramiento sanitario y medidas de control vectorial, el diseño e implementación del proceso de regulación de dispositivos médicos en Chile y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos destinados a seleccionar, diseñar y gestionar proyectos de infraestructura en salud.

El rubro de educación mostró una tendencia al alza, ya que en 2014 dio inicio con 5.54%, 2015 (10.46%), 2016 (12.80%), 2017 (3.31%). Los proyectos tuvieron mayor énfasis hacia programas para mejorar la pertinencia, calidad y eficacia de la educación técnico profesional, así como diseñar e implementar el proceso de reforma de la gestión del sector educativo y contribuir al incremento de la empleabilidad de los jóvenes en situación de vulnerabilidad.

En vivienda y urbanismo en 2015 el presupuesto fue de 15.22%; después disminuyó a menos 4.02%, y en 2017 aumentó a 26.86%; durante estos años, se desarrollaron proyectos que contribuyeron a mejorar la sostenibilidad en las dimensiones ambiental, urbana, fiscal y de gobernabilidad de la ciudad; además, se implementaron nuevos modelos de gestión para la revitalización de barrios e infraestructura patrimonial.

El presupuesto de egresos total ejercido aumentó en 2020 a 10.6% y en 2021 a 29.9%. Después, en 2022 disminuyó a 23.90% con respecto al año anterior. En 2019 y 2020 incrementó el endeudamiento neto, es una crisis económica muy marcada derivada de

la pandemia por COVID-19; durante 2021 y 2022 se tomaron restricciones más conservadoras para cubrir el pago de la deuda.

En el sector salud se procuró el mejoramiento de la capacidad de provisión de servicios de la red asistencial con estrategias que permitieran un mejor manejo de casos. La asignación del presupuesto en este rubro en 2018 fue de 8.55%; en 2019, de 6.42%; en 2020, de 14.23%; en 2021, de 8.80%. La crisis económica y la incertidumbre laboral tuvieron repercusiones en la salud mental y el bienestar de las familias. La presión económica y la falta de empleo contribuyeron a un aumento en los niveles de estrés y ansiedad, afectando el desarrollo humano en términos de salud y calidad de vida.

El Ministerio de Educación de Chile implementó reformas y programas en las áreas de educación técnico profesional, innovación educativa y gestión de la educación. La asignación del presupuesto fue más restrictiva, ya que, con base en el periodo anterior, en 2018 aumentó a 4.54%; en 2019 disminuyó fue de 2.50%; en 2020 disminuyó a negativamente hasta 1.17%, y en 2021 incrementó a 2.31%.

Respecto a vivienda y urbanismo el gobierno de Chile planeó prevenir la conformación de nuevos campamentos y mejorar la integración urbana y habitabilidad de hogares nacionales y migrantes residentes en los campamentos. El mayor incremento en el presupuesto ejercido en vivienda fue en 2019, después la tendencia fue a la baja.

Presupuesto de egresos público, Chile.

Tabla 55. Presupuesto de egresos público, Chile

PRESUPUESTO DE EGRESOS PÚBLICO DE CHILE, análisis vertical						
Periodo	Presupuesto	Egreso total anual	Endeudamiento neto	Ministerio de salud	Ministerio de educación	Ministerio de vivienda
2006	Ejercido	14,050,991,854,231	29.87%	14.89%	18.28%	4.50%
2007	Ejercido	15,941,185,284,970	32.14%	15.04%	18.54%	4.65%
2008	Ejercido	18,721,754,174,773	20.00%	14.92%	19.48%	5.08%
2009	Ejercido	22,335,740,611,540	-22.10%	15.70%	19.08%	5.59%
2010	Ejercido	24,273,283,583,576	-1.90%	15.84%	19.96%	5.43%
2011	Ejercido	25,064,326,953,100	6.68%	16.52%	20.60%	5.99%
2012	Ejercido	27,914,829,261,370	2.54%	16.57%	20.65%	5.64%
2013	Ejercido	29,558,004,279,620	-2.87%	17.25%	21.54%	4.99%
2014	Ejercido	32,854,530,702,719	-7.92%	17.63%	21.40%	4.79%
2015	Ejercido	36,828,248,538,240	-10.21%	18.47%	22.01%	5.14%
2016	Ejercido	39,635,989,625,880	-13.11%	18.95%	23.70%	4.71%
2017	Ejercido	42,420,460,277,170	-13.20%	19.73%	23.40%	5.71%
2018	Ejercido	44,932,600,561,741	-7.54%	20.74%	23.69%	5.46%
2019	Ejercido	47,873,439,397,952	-13.30%	21.34%	23.48%	5.96%
2020	Ejercido	54,512,379,019,917	-36.73%	22.05%	20.99%	5.31%
2021	Ejercido	75,904,235,422,920	32.22%	18.47%	15.78%	4.26%
2022	Ejercido	65,175,022,375,261	4.34%	21.99%	19.59%	5.53%

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Hacienda (2006-2022).

La presente tabla muestra el porcentaje integral asignado a salud, educación y vivienda con base en el presupuesto de egresos ejercido total. Del 100% del presupuesto de egresos ejercido, de 2006 a 2019 se observa que la asignación presupuestaria en educación fue más elevada; posteriormente, fue en salud y por último en vivienda.

Durante 2020, 2021 y 2022 la asignación al Ministerio de Salud fue superior al presupuesto destinado a educación.

Gasto público por función educación en relación con el PIB

Tabla 56. Gasto público de gobierno por función

CHILE, GASTO PÚBLICO DE GOBIERNO POR FUNCIÓN % PIB						
Años	Educación	Educación secundaria	Enseñanza terciaria	Enseñanza no atribuible a ningún nivel	Servicios auxiliares de la educación	Educación n.e.p.
2005	3.17	2.51	0.36	0.04	0.19	0.08
2006	2.91	2.29	0.33	0.03	0.19	0.06
2007	3.10	2.38	0.34	0.04	0.28	0.06
2008	3.75	2.91	0.39	0.04	0.35	0.07
2009	4.24	3.23	0.44	0.05	0.45	0.07
2010	3.98	2.97	0.45	0.03	0.46	0.07
2011	3.85	2.91	0.45	0.02	0.41	0.05
2012	4.05	3.06	0.48	0.03	0.42	0.06
2013	4.24	3.22	0.52	0.02	0.42	0.06
2014	4.31	3.25	0.55	0.02	0.43	0.06
2015	4.63	3.43	0.60	0.02	0.52	0.06
2016	4.97	3.65	0.70	0.02	0.55	0.05
2017	5.10	3.72	0.78	0.02	0.54	0.05
2018	5.21	3.60	0.83	0.01	0.51	0.25
2019	5.42	3.73	0.90	0.01	0.52	0.25
2020	5.42	3.75	0.92	0.01	0.52	0.22

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

En la presente tabla se observa que el mayor presupuesto en educación por función se destina a nivel secundaria, seguido de enseñanza terciaria. El rubro educación es producto de la sumatoria de cada uno de los elementos que lo integran. Se detalla el analfabetismo por sexo, área y grupo de participación por año, con base en la Encuesta de Hogares, elaborada por la CEPAL en 2006, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017 y 2022.

Gasto público por función en relación con el PIB en salud

El siguiente cuadro muestra la distribución de gasto en salud en Chile: el mayor

porcentaje de gasto se destina a servicios hospitalarios, después en salud no especificados previa o presupuestalmente (n.e.p.); la tercera asignación más alta es la destinada a servicios para pacientes externos, y después a servicios de salud pública.

El cuadro siguiente muestra el gasto público de gobierno destinado a salud.

Gasto público de gobierno por función salud en relación con el PIB

Tabla 57. Gasto público de gobierno por función % PIB

CHILE, GASTO PÚBLICO DE GOBIERNO POR FUNCIÓN % PIB						
AÑO	Salud	Productos, útiles y equipo médicos	Servicios para pacientes externos	Servicios hospitalarios	Servicios de salud pública	Salud n.e.p.
2006	2.57	0.00	0.06	1.87	0.07	0.57
2007	2.75	0.00	0.07	2.00	0.08	0.60
2008	3.09	0.00	0.08	2.26	0.09	0.66
2009	3.70	0.00	0.09	2.75	0.10	0.75
2010	3.52	0.00	0.09	2.67	0.09	0.67
2011	3.50	0.00	0.08	2.68	0.08	0.67
2012	3.67	0.00	0.10	2.79	0.10	0.68
2013	3.79	0.00	0.08	2.94	0.07	0.69
2014	4.00	0.00	0.09	3.12	0.07	0.72
2015	4.35	0.00	0.11	3.40	0.08	0.75
2016	4.47	0.00	0.13	3.44	0.08	0.82
2017	4.72	0.00	0.14	3.66	0.08	0.83
2018	4.92	0.00	0.17	3.83	0.08	0.85
2019	5.16	0.00	0.15	4.07	0.08	0.87
2020	6.03	0.00	0.15	4.56	0.11	1.21

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

De acuerdo con la presente tabla, el presupuesto de gasto público por función respecto al PIB muestra que en salud se tiene un incremento paulatino; servicios hospitalarios es la asignación que cuenta con mayor gasto, el servicio para pacientes externo su

mayor destino fue en 2018. Un incremento constante se visualiza en dos asignaciones: programa nacional de ejercicios y el servicio de salud pública.

El cuadro siguiente muestra el gasto público de gobierno destinado a vivienda.

Gasto público por función vivienda en relación con el PIB

Tabla 58. Gasto público de gobierno destinado a vivienda

CHILE, GASTO PÚBLICO DE GOBIERNO POR FUNCIÓN % PIB					
Año	Vivienda y servicios comunitarios	Urbanización	Desarrollo comunitario	Abastecimiento de agua	Vivienda y servicios comunitarios n.e.p.
2006	0.23	0.15	0.00	0.08	0.00
2007	0.26	0.18	0.00	0.09	0.00
2008	0.37	0.26	0.00	0.12	0.00
2009	0.37	0.26	0.00	0.12	0.00
2010	0.34	0.23	0.00	0.12	0.00
2011	0.31	0.20	0.01	0.10	0.00
2012	0.34	0.21	0.01	0.12	0.00
2013	0.34	0.20	0.01	0.13	0.00
2014	0.40	0.26	0.02	0.13	0.00
2015	0.38	0.22	0.02	0.14	0.00
2016	0.32	0.19	0.01	0.13	0.00
2017	0.34	0.20	0.01	0.13	0.00
2018	0.33	0.19	0.01	0.13	0.00
2019	0.33	0.19	0.01	0.13	0.00
2020	0.35	0.20	0.00	0.15	0.00

Fuente: elaboración propia con base en CEPAL (2024).

La tabla muestra el gasto que se destinó a vivienda, urbanización, agua y servicios comunitarios; el mayor porcentaje se destinó a urbanización con una media de 0.21% del PIB, 0.12% en promedio es el recurso asignado a abastecimiento de agua.

El acceso a vivienda propia para las familias más vulnerables de Chile representa un mejoramiento en sus condiciones de vida, esperándose beneficios en la calidad de vida y en la salud de sus habitantes. La condición más extrema que se busca mejorar con una solución habitacional corresponde a aquella que involucra a las familias que habitan en campamentos, asentamientos que agrupan a ocho y más familias, circunscritos a determinadas áreas geográficas con diversos problemas de habitabilidad. De acuerdo con el catastro iniciado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu), en 2011 existían 657 campamentos y cerca de 30 000 familias en esa situación. La población infantil residente podría ascender a 60 000 niños y niñas, quienes son más vulnerables a la calidad de los microambientes y podrían corresponder al grupo más beneficiado con el acceso a vivienda (Burgos, 2015).

CAPÍTULO IV

VALIDACIÓN DE RESULTADOS

El desarrollo humano es crucial para el bienestar de la persona, con un enfoque multidimensional en la calidad de vida. Los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) deben garantizarse de manera progresiva, en función de la optimización de los recursos, sin discriminación y en igualdad de condiciones para toda persona.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Chile para 2006, 2022 y 2023 es de 0.796, 0.860 y 0.819, respectivamente. En relación con los países del continente americano el IDH en Chile se ubicó en el primer lugar durante el periodo 2022-2023. Durante la pandemia el IDH descendió hasta cifras similares entre 2016 y 2017. El PNUD considera el IDH, respecto a datos cuantitativos, que emiten el valor entre 0 y 1. los datos contenidos en esta investigación toman en consideración valores cuantitativos y cualitativos.

En el país chileno algunos principios que rigen la Constitución conducen a la reducción del papel económico del Estado. Éste reformó diversas leyes para dar mayor énfasis a la economía neoliberal; la política fiscal que se rige mediante políticas públicas tiene características específicas, ya que los servicios básicos fueron privatizados y forman parte de una economía de mercado en la que los ciudadanos son los demandantes.

A partir del gobierno de Michelle Bachelet el sistema en seguridad social se centró hacia un enfoque de derechos garantizados y condujo a políticas redistributivas. El gran desafío era la universalidad. El problema es que existía un alcance limitado de recursos, esto debido al segmento de la población a quien había que extenderla. El presupuesto asignado en salud debía ser focalizado hacia una visión más amplia en la política social. La ampliación de la cobertura fue direccionada hacia los sectores más vulnerables de la población; por ejemplo, según la CEPAL la distribución del ingreso de los hogares en 2006 indica que en promedio el 10% más rico lo integran el 37.10% de la población, el cual para completar el 100% la variación se integra por la población más pobre y la clase media. Entonces, si la concentración de la riqueza es de 37.10%, la política social en salud se dirigió a 62.9% de la población que no goza de esos beneficios y en realidad se direccionó al 40%; por consiguiente, faltan personas que gocen de este beneficio, pues no llega al margen superior donde se concentra la riqueza.

El coeficiente de Gini en 2008 muestra 0.524, esto explica la desigualdad en el país; entonces, el derecho de gozar del bienestar está marcado por la condición de vida de ricos y pobres; este indicador nos muestra un valor de cero a uno, donde más cerca al valor cero indica que hay igualdad; así, el indicador nos da a conocer que 0.524 es el nivel de desigualdad que se vive en el país.

El Informe de Finanzas Públicas Dipres (2006), con base en datos de 2003, señala que cada familia del quintil I y II, destinó de su gasto a educación un promedio de 15 y 12%. Así mismo, la tasa de cobertura promedio por nivel socioeconómico quintil I en

educación preescolar fue de 30.3%; básica, 98.5%; media, 87.5%, y superior, 14.5%. En realidad, es un gasto significativo para las familias. Los datos a nivel global muestran con base en el presupuesto que del total de gasto en educación el Estado aportó 53.97%, las familias contribuyeron con 45.64% y las empresas privadas del mismo sector donaron 0.39%.

A partir de 2006, en cuanto a políticas públicas en educación, el Estado dio mayor énfasis a la parvularia, con el propósito de facilitar el acceso a las familias en condiciones vulnerables (40%) para formar a los niños de educación parvularia e insertar a las mamás en la vida productiva a través del mercado laboral. Como es de esperar, el Estado recaudó ingresos a través de la matriz productiva, por lo que era un beneficio aumentar el mercado laboral. Después, se sometió ante el Congreso la instauración del programa “Chile Crece Contigo”, con el cual los niños desde nacidos hasta 5 años con 11 meses recibían estos beneficios. De acuerdo con el Dipres (2010, p. 96), en 2006, la cobertura en educación por nivel socioeconómico se encontraba así: del quintil I asistió 3% de los niños a las salas cuna, y a Jardín Infantil Junji, 24.1%; del quintil II ingresó a sala cuna 5.9% y a Jardín Infantil Junji, 20.2%; del quintil III, a sala cuna, 4.8% y a Jardín Infantil Junji, 29.4%; del quintil IV, a sala cuna, 7.8% y a Jardín Infantil Junji, 29.3%; del quintil V, a sala cuna, 13.1% y a Jardín Infantil Junji, 38.2%. En efecto, la menor tasa de asistencia se encuentra en el quintil I y II; es decir, el nivel más bajo de ingreso, lo cual indica que uno de cada cuatro niños asiste a estudiar en salas cuna. Mientras que en el quintil V hay más concentración en asistencia y es el nivel con mayor solvencia económica; en promedio, 51.3% de los niños asiste a salas cuna. Por

otra parte, para 2008 se contempló aumentar en alrededor de 42% la subvención para educación de adultos.

En Educación Superior durante el periodo 2006 los ingresos en el presupuesto ejercido reportan que la captación fue de otros ingresos corrientes por 0.02% y el aporte fiscal fue de 99.98%. En ese año, los gastos se destinaron a transferencias corrientes: 42.22% a universidades públicas e instituciones profesionales, se destinó 6.46% a Aporte Artículo 3° DFL (Ed) N°4, de 1981 otras entidades públicas (municipalidades), 15.32% se asignó a becas en universidades, institutos profesionales y escuelas técnicas; se dio presupuesto de 2.45% a la Universidad de Chile; se destinó a activos financieros 2.40%; es la aportación 23.36% Aplicación Letra a) Art.71 bis de la Ley N° 18.591 y Ley 20572 art. 17 Bis que corresponde un aporte a cada institución, de recursos por recuperar, montos realmente recuperados y la variación anual de los mismos. El límite de este aporte es de 5% del total de los recursos recuperados por cada institución en el año anterior y servicio de la deuda 0.38%. Los recursos destinados a las universidades son muy bajos.

La salud, como constructo de la sociedad y dependiente de determinantes sociales, económicos y ambientales, refleja el estado de completo bienestar físico, mental, social que representan el bienestar del individuo.

La salud influye en el desarrollo humano de los ciudadanos, pues muestra un efecto en la calidad de vida. Asimismo, esta se relaciona con otros factores como la educación,

vivienda, empleo y factores socioeconómicos; de ahí deriva hacia su desarrollo personal y participación en su entorno. Desde la Constitución en el Art. 9º se hace especial énfasis en definir que la salud se conforma de instituciones públicas y privadas, a partir de esta concepción de servicio se detecta que la capacidad de pago de los ciudadanos se ubica según las preferencias del mercado.

Como ya se mencionó, el sistema de salud en Chile cuenta con tres subsistemas: Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y Fuerzas Armadas de Chile (FFAA), así como otros privados, que aproximadamente cubren 75, 19 y 6% de la población, respectivamente. En el país chileno existe una brecha entre el servicio público y el privado; así, podemos cuestionarnos, ¿qué sucedería si se asignara menor presupuesto público al sistema de salud en Chile? El punto primordial por analizar es que la relación del servicio se encuentra situada entre la oferta y la demanda; el presupuesto no alcanzaría para abarcar la suficiente cobertura y, por consecuencia, el sector privado tendría mayor demanda mediante las Isapre o los servicios médicos particulares, dado que cuando disminuye el presupuesto público, la política pública y social fortalece al sector privado con mayor incremento en ingresos por servicios de salud.

El Fonasa es el servicio público que asegura un acceso oportuno y equitativo a servicios de salud de calidad para sus afiliados. Los beneficiarios del Fonasa se clasificaron en diferentes categorías según su situación familiar y laboral, lo que determina el tipo de cobertura y prestaciones a las que tienen acceso.

Chile, a través de la Dirección de Presupuesto, ha presentado diversos planteamientos programáticos que se relacionan con la política fiscal y los derechos de bienestar, una serie de iniciativas que buscan mejorar la calidad de vida de los chilenos. En 2006, el gobierno tuvo como meta, en un lapso de seis años, fortalecer el sistema de protección social al beneficiar a 225 000 familias vulnerables del país mediante transferencias, apoyo económico, programas de promoción y la ampliación de la cobertura en salud para familias indigentes, hasta concluir el periodo. Otros planes en previsión social fueron: comuna segura, que ofreció seguridad para las comunidades superiores a 70 000 personas y a su vez aumentó a 990 carabineros el número de personas que se emplean en fuerzas policiales. A la par, se atendió el “Programa Chile mi Barrio” a favor de 105 888 familias, con el cual se beneficiaron 972 campamentos catastrados en 1996 con soluciones habitacionales de saneamiento y promoción social. El sistema de previsión social, al afiliar a un trabajador, ofrece seguridad y protección de salud. Aunado a ello, se pueden afiliar personas de las municipalidades que requieren servicios básicos, como indigentes e inmigrantes.

Con base en los datos demográficos la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos muestra en 2006 un indicador de 8.10 ambos sexos, y cierra el mismo valor en 2023 a 4.10; la tasa de mortalidad infantil por mil niños menores de cinco años en 2006 fue de 9.56 y en 2023 fue de 5.04; la esperanza de vida en 2006 y 2023 fue de 78.3 y 81.4 años, respectivamente. Mientras, la población de mayores de 50 años va en aumento; por lo tanto, es mayor el incremento en edades superiores a 65 años.

En materia de atención a problemas de salud, en el plan AUGE se planteó el avance de 40 patologías para 2006 y el registro de 16 en 2007, en total fueron 56 problemas de enfermedades; con ello se estableció un estándar en garantías explícitas de acceso y protección de salud. Con base en lo planeado, el plan AUGE muestra la recurrencia en datos reales de 25 patologías, del 31 de diciembre de 2006 al 1 de julio de 2007; por lo tanto, el avance a 56 patologías aún se encuentra en proceso. Con base en el Sistema de Garantías Explícitas (GES), el alcance de resultados de 15 patologías aún no está completo según lo programado, pues se muestra un total de 40 problemas de salud según la información recabada del 2 de julio de 2007 al 29 de junio de 2008.

Respecto a la atención en servicios de salud, a través de Fonasa e Isapre, los resultados obtenidos de los compromisos en la Ley Médica muestran diferencias en el cumplimiento de algunos indicadores: la variación del porcentaje de partos vía cesárea en hospitales tipo 1, 2 y 3; la tasa en relación con altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años en nivel primario; la tasa de profesionales funcionarios que asistieron al menos a una actividad de formación o capacitación, pertinente al fortalecimiento del régimen de garantías en salud o guías clínicas respectivas; el porcentaje de solicitudes de interconsulta de sospecha e informes de proceso de diagnóstico ingresadas al sistema de información (SIGGES) en un plazo de 48 horas desde la fecha de emisión, y todos los parámetros encontrados y el porcentaje de utilización de pabellones de cirugía electiva. Estos datos no demográficos nos permiten conocer la evolución futura del estado de salud y los cambios en la morbilidad de la población.

Dando continuidad a la información sobre proyectos de inversión respecto a infraestructura en materia de salud, en 2008 se propuso crear el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” con el propósito de igualar oportunidades; el programa iniciaría a partir del control del embarazo hasta el ingreso del infante a prekínder; fue hasta 2009 que se sometió al Congreso para su aprobación e institucionalización. En 2010 se destinaron recursos para ampliar la atención médica en diversos hospitales. Los resultados, de acuerdo con lo presupuestado, muestran indicadores que no alcanzaron resultados al 100%. En efecto, la variación de porcentaje de parto vía cesárea en 2006 no alcanzó la meta programada, después en 2008 se eliminó este indicador por considerarlo no significativo según la tasa esperada. No obstante, de acuerdo con Carreño (2018), en los hospitales se evidencia que el aumento ha sido sostenido en las últimas décadas, desde 30% en hospitales estatales y 60% en el extrasistema en 2007 y 2012, sector público y privado (tasas de 40 y 72%, respectivamente); sin embargo, la OMS recomienda en este periodo que dicho porcentaje se encuentre en un rango de entre 10 y 15%. En lo relativo al incumplimiento de la tasa en 2007 de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años en nivel primario, el Informe de Finanzas Públicas menciona que esto fue motivado por la falta de profesionales odontólogos y el difícil acceso a los centros de atención. Cabe mencionar que las encuestas nacionales no se realizaron en niños mayores de seis años y adolescentes.

Por otro lado, los datos reflejan un déficit en la tasa de capacitación continua en profesionales de salud, pues sólo 66% se capacitó, siendo una tasa menor a la

planeada, que era de 75%. Román y Senoret (2008) respecto al estado actual de las especialidades en Chile, mencionan que “la proporción de médicos generales como especialistas en relación con la población beneficiaria (Fonasa) es ligeramente inferior a los estándares comunicados en el extranjero” (p.104), además de que en algunas especialidades la oferta es deficitaria, existen cargos de especialidades básicas desempeñados en la práctica por subespecialistas, sin considerar las municipalidades. En relación con el porcentaje de solicitudes de interconsulta e informes de proceso para enfermedades en AUGE, así como informes de diagnóstico ingresados al Sistema de Información, se determina que es menor a lo planeado, esto se debe a problemas de gestión y a la caída del sistema por fallas técnicas. No obstante, a pesar de los avances en el sistema de salud chileno, persisten desafíos en la protección social, como la falta de cobertura universal, la desigualdad en el acceso al servicio y la insuficiencia de mecanismos de protección financiera.

Por otra parte, las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) están constituidas por planes establecidos a través de tarifas basadas en riesgos o coberturas según el esquema del seguro. Por lo que las Isapre hacen una especie de clasificación (selección), en la que los pacientes con menos prestaciones generan menos costos de servicio, y los pacientes con mayor atención médica y un riesgo alto en enfermedades degenerativas son sujetos a mayor costo; hasta cierto punto, esto es coherente, ya que es un servicio privado. De acuerdo con lo expuesto, sería necesario implementar regulaciones que limiten la selección de pacientes.

El acceso a la educación preescolar permite a los niños desarrollar su personalidad, incrementar su desarrollo cognitivo, físico, lingüístico y socioemocional (OSSE, 2019). En 2006, la cobertura en educación preescolar ha incrementado según el estrato socioeconómico; en el nivel I, uno de cada tres niños asiste a preescolar. Mientras que del 20% de las familias más ricas, 49.1% de los niños asisten a preescolar. Sin embargo, la falta de acceso a una educación preescolar de calidad provoca riesgos en la salud física y mental. La ausencia de formación parvularia genera desigualdad social y mayor dificultad para integrarse en el sistema educativo formal.

Haciendo un análisis de la cobertura anual en educación, respecto a la matrícula de parvularios para ingresar a educación básica, comparado con la del periodo al que correspondería el egreso de los estudiantes que se incorporan a educación básica, ésta ronda en promedio en 30%, considerando que la cobertura en educación incrementó.

Cabe mencionar que la metodología de análisis se desarrolló sobre la distribución total del ingreso únicamente en cada periodo, por lo que es factible hacer comparativos respecto a los resultados con base en la estructura interna del ingreso y el gasto, respectivamente. Con base en el presupuesto ejercido durante 2008 por el Ministerio de Educación, el informe de ingreso ejercido a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) refiere una mayor captación; el recurso proviene del aporte fiscal de 97.51%, otros ingresos corrientes son de 2.55%. Por su parte, el gasto ejercido se distribuyó de la siguiente forma: gastos en personal 37.83%; las transferencias corrientes fueron de 32.75% destinadas a instituciones privadas y a programas de alimentación; se destinó

18.97% a convenios con municipalidades y otras instituciones. Se observa que el aporte fiscal tiene el mayor índice en el ingreso y en la distribución del gasto, el gasto en personal fue el porcentaje más alto.

A partir de 2010 la educación parvularia se institucionalizó y de ahí a la fecha se integró con un sistema de provisión mixto para el segundo ciclo. De los estudiantes que ingresaron en 2004 a educación básica, transcurridos cinco años, sólo 48.6% ingresó a educación media y los demás abandonaron la escuela. Los estudiantes que corresponden a la matrícula 2006, considerando jóvenes y adultos, en 2010 egresó el 50% en promedio. Los datos muestran las cifras más apegadas a la realidad. Este análisis de la cobertura en educación permite observar por qué desde 2006 el movimiento estudiantil ha ejercido acciones colectivas, pues la transición de educación básica a media refleja el mayor índice de deserción escolar; es decir, los estudiantes no completan sus estudios medios. Por consiguiente, el costo y la calidad en la educación para los chilenos determinan limitaciones en el desarrollo humano, ya que su condición socioeconómica es vulnerable: los desertados con bajo nivel educativo tienen problemas para desempeñarse en el ámbito laboral, viven en la pobreza y desigualdad social; aunado a ello, las familias de los estudiantes en curso tienen un gran desafío, ya que al ser una educación subvencionada, su responsabilidad es tener un medio de financiamiento (propio o de terceros) seguro para solventar los estudios correspondientes.

El resultado de la matrícula en educación media, que después de transcurrir el tiempo

de formación de estudiantes de acuerdo con la matrícula técnico o profesional, lo conforman el 94.5% en 2006 y el 97.80% en 2007. A partir de 2008 su comportamiento fue superior a la matrícula media, por lo que se puede considerar el egreso de jóvenes mayores a 24 años y adultos que concluyeron sus estudios profesionales.

En el periodo 2007 los gastos en presupuestales ejecutados en las transferencias corrientes fueron de 46.19%; se desglosa el gasto: 20.37% como aporte al Artículo 2° DFL (Ed) N°4 de 1981; otras entidades públicas (municipalidades), 2.8% por aporte al Artículo 3° DFL (Ed) N°4 de 1981; 1.63% se destinó a la Universidad de Chile; 18.11%, a becas en educación superior, y 36.69% se invirtió en Activos financieros en compra de títulos y valores. Por otra parte, 15.99% fue para Transferencias de capital derivado de esta asignación, 3.07% fue para el Fondo de Desarrollo Institucional-Infraestructura art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981 y se destinó 12.88% a Aplicación Letra a) Art.71 bis de la Ley N° 18.591. Es contradictorio que se destine mayor presupuesto de egresos a las inversiones en títulos y valor que a la infraestructura en universidades públicas.

La vivienda es una inversión que mejora la calidad de vida de las familias, pues les ofrece seguridad, estabilidad, aumento del patrimonio, integración social, salud. El rol del Estado es secundario dentro de la inversión en edificaciones en casa-habitación, aproximadamente su aporte es de 10% en viviendas sociales o subsidios, y 90% corresponde a la industria de la construcción privada. Chile cuenta con oferentes y demandantes para atender las necesidades en el mercado de la vivienda, los compradores (demandantes) son familias e individuos que desean adquirir un lugar

para habitar según su poder adquisitivo.

Existen diferentes participantes dentro del sector vivienda: el Estado, los oferentes y demandantes. El primero regula las operaciones de las instituciones relacionadas con las transacciones habitacionales, emite franquicias tributarias (estímulos fiscales en exención o acreditación de impuestos) y brinda subsidios para financiar casas de interés social a través del Ministerio de Vivienda y Urbanización (Minvu). Los oferentes son proveedores integrados por constructoras que colocan directamente el producto al consumidor e inmobiliarias que adquieren las casas para revender. Los demandantes forman parte de agentes involucrados: familias e individuos que adquieren casas a través de diferentes mecanismos de financiamiento y modalidades. A continuación, se detalla una clasificación: a) Viviendas con subsidio: El Estado, crea programas habitacionales con el objetivo de entregar subsidios de acuerdo con el grado de vulnerabilidad de las familias, que pueden contratar la construcción de una casa habitación o adquirir vivienda, aplicable hasta 2008; b) Viviendas privadas independientes con apoyo del Estado, éste interviene si aporta un subsidio habitacional; adicionalmente se integra el ahorro propio y un crédito hipotecario con un horizonte a plazo, el crédito se otorga mediante instituciones financieras; c) Vivienda privada sin subsidio, corresponde a negociaciones directas que utilizan financiamiento propio, contratan créditos bancarios y/o empresas constructoras o inmobiliarias (las empresas obtienen beneficios fiscales, tienen la facultad de hacer deducciones de impuestos por la venta de inmuebles que hayan construido para casa habitación, otra modalidad es la exención total de impuestos en arrendamiento financiero).

En efecto, existen diferentes agentes económicos que intervienen según el tipo de negociación: bancos, sociedades administradoras de mutuos, cajas de compensación, administradoras de leasing y administradoras de fondos para la vivienda, sociedades titularizadas, Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), compañías de seguros y mercados financieros. Por consiguiente, dentro de la inversión habitacional, en 2006 se desarrolló el compromiso de construir 100 000 viviendas. De 2007 a 2010 el Estado adquirió el compromiso, mediante los programas de gobierno, de reducir el déficit habitacional del quintil I y apoyar a las familias del quintil II con subsidios para casa habitación. El gobierno de Chile proyectó asignar recursos para programas habitacionales, con base en los de 2006; así, se destinará un incremento de recursos de 18.20%. El programa a dar seguimiento es el Fondo Solidario de la Vivienda. En lo referente a inversión sectorial, en 2006 aumentó a 50% las inversiones en infraestructura, saneamientos de títulos, asistencia técnica. Estas mejoras son para instituciones Jornada Escolar Completa (JEC), el compromiso es que 74% de estudiantes gocen de matrícula en educación básica, media e instituciones técnico profesional.

Respecto a la inversión pública de alto impacto regional, provincial y local, destinada a la infraestructura en salud, educación, electrificación rural, vialidad urbana y rural, agua potable y alcantarillado, en 2006 se presupuestó mejorar la calidad de las viviendas sociales, revertir la segregación urbana, mejorar el parque habitacional social que existe y recuperar los barrios.

Según la información de la Dirección de Presupuestos Dipres (2006), la infraestructura en la región no es suficiente, tiene efectos negativos en el acceso a servicios básicos, como educación, salud, movilidad y vivienda, que afectan la calidad de vida de la población. El déficit habitacional es un problema que afecta la estabilidad de las familias, principalmente por los altos costos de renta en relación con el sueldo mínimo y el limitado uso o goce de servicios básicos para satisfacer necesidades. Así mismo, un factor relevante a considerar es disminuir la segregación social.

El Estado es quien regula los diferentes agentes económicos que intervienen en el mercado inmobiliario; el informe de finanzas de la Dipres (2007) detalla que pretende reducir el déficit habitacional en el 20% de la población más pobre y detener el proceso de segregación urbana que ocasionó la falta de cohesión social y que detonó la inseguridad y una baja participación comunitaria. Derivado de esta situación, se anunció la nueva política nacional para el periodo 2006-2010, centrada en complementar nuevos avances en cobertura, calidad de las viviendas construidas, reparación de viviendas existentes, así como desarrollar barrios con mayor integración urbana con el objetivo de activar la economía y generar empleos.

Derivado de la crisis financiera originada en Estados Unidos por las hipotecas supprime, hubo una contracción de la economía con implicaciones en el sector vivienda, pues disminuyeron los programas sociales y la infraestructura; sus repercusiones fueron la limitación de oportunidades laborales que, en 2010, de acuerdo con la CEPAL, la tasa de ocupación de la fuerza de trabajo fue de 92.79%, y la restricción de los servicios

básicos. Respecto a los avances efectuados en 2008-2009, se destinaron las siguientes inversiones: a) obras viales a ejecutar en regiones, b) programa de recuperación de 200 barrios, c) el programa de 352 km en pavimentos de calles-pasajes y d) el programa de rehabilitación de espacios públicos.

En el periodo 2010, dando continuidad a la política en vivienda, se incrementaron 14 proyectos en soluciones habitacionales y 9 en proceso, inversiones en desarrollo urbano: obras de alto impacto regional, provincial y local en infraestructura básica en salud, educación, electrificación rural, vialidad urbana y rural; agua potable y alcantarillado; las soluciones para el manejo, recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos domiciliarios y asimilables, minimizando los riesgos para la salud de la población y el medio ambiente; el Programa de Saneamiento Sanitario; inversiones en el área de transportes, caminos y calles para mejorar los estándares de esta actividad en las distintas ciudades, pueblos y comunas del país; obras de infraestructura vial, portuaria, aeroportuaria y edificación pública; plan de caminos que beneficia a zonas indígenas (Mapuche y Huilliche) para Bío Bío, Araucanía, Los Ríos y Los Lagos.

De acuerdo con el presupuesto ejecutado en 2010, el presupuesto ejercido en ingresos en el Programa JUNJI correspondió a 79.26%; otros ingresos corrientes, a 1.93%; fondo de caja, a 18.62%. Respecto al presupuesto de gastos ejercido, se destinó: gasto en personal 34.59%, transferencias de capital en municipalidades 23.52%, bienes de consumo 6.12%, servicio de la deuda 2.84%, e iniciativas de inversión 2%. Podemos

apreciar que el ingreso presupuestado incrementó y tuvo un remanente en la caja. El recurso asignado a gasto en personal fue la partida presupuestaria más elevada, seguida de la asignación a municipalidades; cabe destacar que en 2010 la partida iniciativa de inversión incrementó. Asimismo, en ese periodo se adquirió deuda. Respecto al periodo 2008-2010 derivado de la crisis económica se tomaron medidas cautelares en cuanto al manejo del ingreso y gasto fiscal.

El comparativo en distribución de gastos de 2006-2010 es que el presupuesto ejecutado en Educación Superior de egresos de 2010 incrementó. En relación con estos comparativos en cuanto a distribución: 42.22% es la proporción de gasto del total de presupuesto destinado por el gobierno a entidades públicas, para universidades públicas e instituciones profesionales en 2010 fue un porcentaje de 20.37%, pero cabe aclarar que el presupuesto en 2010 fue muy elevado, por lo que es un escenario moderado; becas incrementó su distribución con base en 2006; es un escenario moderado dado que el presupuesto es superior. Las transferencias a capital disminuyeron y una cifra impactante es el incremento en adquisición de activos financieros, que es de 36.69%; es un escenario muy alto, quiere decir que de manera efectiva del total del presupuesto recibido sólo se gastó 63.31% en educación. Invertir en instrumentos financieros es una estrategia que permite no tener dinero ocioso y generar rendimientos, este punto queda pendiente de profundizar, dado que el porcentaje es significativo.

En relación con la estructura financiera del presupuesto en 2010, éste fue superior, por

lo cual es importante observar el manejo de los recursos en periodos posteriores.

Durante el periodo 2011, y en relación con 2010, el Estado aumentó a 7.6% el presupuesto real a educación; en el nivel superior se amplió la cobertura de estudiantes de doctorado y magíster a 1 764 y 1 826, respectivamente. Y se extendieron becas para financiar a 1 868 estudiantes de doctorado y a 584 estudiantes de magíster.

Los recursos asignados al Mineduc, para 2012, se enfocaron primordialmente en atender los programas de educación preescolar, escolar y en la mejora del financiamiento de la educación superior. Se planeó que, con base en 2011, se asignara un incremento de 10.2% en educación preescolar; de manera directa, JUNJI es quien administra los recursos asignados a jardines infantiles, transferencias para los convenios con municipalidades y transferencias para la construcción de nuevos jardines infantiles. Se planeó cobertura universal a los dos primeros quintiles I y II nivel de transición, a una población objetivo de 40% más vulnerable, para lograr el acceso universal a kínder en 2014 y prekínder en 2018.

El presupuesto de 2012 focalizó los recursos adicionales en mejorar la calidad y la equidad de la educación impartida; también incrementó los recursos para las subvenciones. En particular, destacó el aumento de la subvención escolar preferencial (SEP), además de la incorporación del 8º básico a este beneficio y de los incentivos para docentes del sector municipal.

En educación superior se aumentó a 15% el presupuesto; en ayudas estudiantiles en rebajas a la tasa del Crédito con Aval del Estado aumentó el aporte institucional para

las universidades, educación superior en regiones y el mejoramiento de la formación inicial de los futuros docentes. Por otro lado, el gasto en becas de alimentación y mantención creció a 40%; otra medida relevante fue el apoyo a la ciencia y tecnología, pues se ha impulsado el apoyo de becas y créditos para financiar los estudios. Ante este planteamiento, se consideró que la perspectiva en educación fue incrementando y que ha sido una inversión a la que los agentes del mercado tienen mayores beneficios. Quienes realmente tienen dificultades no son las personas que viven en extrema pobreza o vulnerables, porque a ellos los subsidia el Estado; en realidad, es la clase media, porque su deber es sortear los costos mediante la banca comercial adquiriendo recursos ajenos y pagando un costo financiero sobre el capital prestado.

En efecto, el gobierno de Michelle Bachelet ha dado un gran impulso a la educación; sin embargo, dentro de los resultados del Programa Subvención Educacional Pro-retención para estudiantes que provienen de hogares en situación de pobreza extrema, los estudiantes tienen mayores probabilidades de no completar los 12 años obligatorios de escolaridad; el trabajo pedagógico con ellos requirió mayor dedicación y seguimiento, ayuda asistencial y psicosocial para asegurar su permanencia en la escuela o liceo.

En los establecimientos educacionales que atienden a niños, niñas y jóvenes más vulnerables, de acuerdo con resultados en los indicadores, el programa Subvención Escolar Preferencial (SEP) que cubre transferencias a los sostenedores de establecimientos municipales, no muestra evidencias de seguimiento en acciones relativas a la deserción escolar o que los recursos sean traspasados. Respecto a un

análisis de 777 fichas, se detalla que en 21% de éstas (178 alumnos) no declaró ninguna acción. En 79% no existen trabajos orientados al apoyo académico (DIPRES, 2012).

En efecto, dando continuidad a la meta en kínder y prekínder, en el presupuesto 2013 para escuela parvularia se planeó aumentar al 100% de cobertura para esta etapa; para niños con familias del 60% más vulnerable del país, se distribuyeron recursos para financiar un aumento de cobertura de 25 000 niños y se financió un aumento de la subvención regular para prekínder y kínder en casi 20%.

Así mismo, se destacó el aumento en 51% de la subvención escolar preferencial para 5° y 6° básico, y 100% en la subvención escolar preferencial para 7° y 8° básico. En educación superior, el presupuesto incrementó a 12% en relación con el de 2012. En 2013 se planeó garantizar el acceso a becas de educación superior para jóvenes con mérito pertenecientes a los hogares del 60% más vulnerable del país. Por ello, el crecimiento en esta materia fue de 16% (Dipres, 2013). En el presupuesto 2014, a nivel educación parvularia, básica y media, destaca el proyecto de ley del sistema de promoción y desarrollo profesional docente del sector municipal, con el propósito de crear la carrera profesional docente basada en incentivos por desempeño. La inversión en formación profesional impacta directamente en la calidad de la enseñanza y es un avance para el desarrollo humano. No obstante, para los docentes bajo esta modalidad los sueldos son bajos y el incentivo al desempeño no forma parte de él; por lo tanto, no integra para prestaciones para el retiro. Por otra parte, se ha dado mayor énfasis a la Agencia para la Calidad de la Educación que vigila el aumento de calidad en las

escuelas (DIPRES, 2014, pp. 52-53).

El Estado (Dipres, 2011) proyectó un aumento al presupuesto para atención primaria, que implicó reforzar el programa de urgencia primaria urbana y rural, otorgando mayor capacidad de resolución, tanto en atención médica como odontológica; el incremento previsto fue de 9.4% en comparación con el de 2010; se realizó la vigencia en cobertura de las 69 patologías incluidas en el Sistema GES. En este periodo, se creó el Ministerio de Desarrollo Social; el Estado planeó erradicar la desigualdad excesiva y la pobreza. Tuvo como meta alcanzar un crecimiento de 53.2% real en la línea programática de protección social de Mideplan, en la cual incluyó recursos destinados a Chile Solidario, Chile Crece Contigo y el Bono al Ingreso Familiar, contemplados en la Ley de Presupuesto desde 2011. Dentro de los programas evaluados de prevención, estaba la disminución en la transmisión y la morbilidad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otras enfermedades venéreas; en 2011 se presenta la mayor tasa de notificación del período, que para el sida es de 6.0 por cien mil habitantes y para la etapa VIH fue de 9.6 por cien mil habitantes (Minsal, 2015, pp. 17-23).

Mientras tanto en materia de salud, el presupuesto 2013 destinó mejoras a los niveles de atención secundario y terciario, necesarios para optimizar la disponibilidad, distribución y competencias del personal de salud. Para la formación y contratación de médicos especialistas se destinaron recursos que permitieron financiar un total de 830 becas de especialidad en 2013. Con esto se proyectó completar, entre 2010 y 2013, la formación de un total de 2 810 especialistas; la meta a 2014 fue completar a 3 000 especialistas.

Con base en el Minsal plan AUGE-GES, en un análisis vertical por periodo, se observa

la cobertura en enfermedades más recurrentes de 2006 a 2014; así, se determinó el total de problemas de salud de acuerdo con incidencias; por ejemplo: en Fonasa, con base en el comportamiento de la información emitida a partir de marzo de 2006 en línea vertical, la parte proporcional de atención médica fue de 6.48% en cáncer cérvico uterino, el cual fue incrementando de manera acelerada en 2014 a 20.72%; por supuesto que si se obtiene la media del segundo trimestre 2010 al primer trimestre 2014, ésta disminuye a 13.23%. De esta manera, se han determinado las mayores incidencias de enfermedades GES en los habitantes para ambos sectores. Fonasa e Isapre, según corresponde a través del tiempo, indicaron que existió un alto índice en diversas enfermedades: infección respiratoria aguda infantil, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, vicios de refracción en personas de 65 años o más, depresión en personas de 15 años o más, infarto agudo de miocardio, urgencias odontológicas ambulatorias, displasia luxante de caderas, salud oral integral de la embarazada, hipotiroidismo en personas de 15 años o más, tratamiento de erradicación de helicobacter pylori, asma bronquial en personas de 15 años y más, entre otras, con indicadores muy elevados. Los datos emitidos nos permiten detectar que los cambios en la morbilidad dan a conocer las enfermedades recurrentes que afectan a la sociedad chilena.

- Además, dentro de los resultados de evaluación de indicadores, se observa que existió una baja efectividad del sistema de salud en conjunto, ya que los resultados emitieron una proporción importante de pacientes que esperaron más de 12 horas para hospitalizarse (pasando de 22.5% en 2009 a 34.2% en 2013).

Lo anterior, no es existió una baja efectividad del sistema de salud en conjunto, ya que los resultados emitieron una proporción importante de pacientes que esperaron más de 12 horas para hospitalizarse (pasando de 22.5% en 2009 a 34.2% en 2013 no es absoluta responsabilidad de la red de urgencia, debido a que podría explicarse por la falta de camas agudas para la población asegurada por el Fonasa, las cuales, dependiendo del estándar internacional utilizado, van desde 11 462 (OMS) a 39 710 (OCDE) camas. (DIPRES, 2016c, p. 78)

Por otro lado, se determinó, con base en la asignación de presupuestos por partida, que en Fonasa la asignación promedio en el presupuesto del gasto público en salud fue de 80% anualmente; las Isapre tuvieron menor demanda por su segmento de mercado dirigido a personas con mayor poder adquisitivo.

En materia de salud, el Dipres (2014, pp. 52-53) reportó que durante 2010-2013 se distribuyeron recursos para telemedicina y teleradiología, unidades quirúrgicas ambulatorias y reforzamiento de Cosam, así como para financiar nuevas camas críticas, agudas, básicas o medias, estrategia de hospitalización domiciliaria, compra de días/cama al sector privado durante las campañas de invierno para descongestionar al sector público, el bono AUGE para eliminar líneas de espera. En el presupuesto 2014, el Instituto de Salud Pública (ISP) asignó recursos para la modernización y habilitación de laboratorios por temas emergentes, el mejoramiento de la infraestructura y servicios básicos del Instituto, el reforzamiento del laboratorio de histocompatibilidad y la implementación de la Agencia Nacional de Medicamentos (Anamed).

Por otra parte, y como ya se mencionó, el efecto del devastador terremoto y maremoto del 27 de febrero de 2010 limitó la política de vivienda; el déficit habitacional aumentó la afectación de 900 ciudades y pueblos, así como la inversión urbana y sectorial. Se destinaron programas para mejorar la calidad de vida y para inversión en desarrollo urbano, como “Quiero mi Barrio” y “Aldeas y Campamentos”. Asimismo, se establecieron mecanismo para inversión en construcción o reconstrucción de soluciones habitacionales a través del Fondo Solidario de Viviendas, subsidio habitacional para sectores medios y programa de protección del patrimonio familiar, que a pesar de incrementar el presupuesto fue insuficiente para la zona urbana y rural. Las comunidades vulnerables vivieron desigualdad con una recuperación lenta. En enero de 2011, el Minvu publicó una propuesta de ajuste a la política habitacional, el reporte de afectación en comunas vivienda urbana reparable y no reparable fue de 62 y 38%, respectivamente; la afectación en comunas y vivienda rural reparable y no reparable fue de 79% y 21%, según corresponde. A agosto 2013 el total de soluciones habitacionales contempladas fue de 222 418 con subsidio; el grado de avance se integró de la siguiente forma: 78.9% casas entregadas, 19.2% son casas en proceso de construcción y 1.9% se encontraban sin iniciar. Por consiguiente, los principios de derechos humanos, específicamente definidos en situación de desastre natural, fueron transgredidos, lo que provocó un aumento de la vulnerabilidad del hábitat rural y las comunidades de estos sectores al enfrentar el proceso de reconstrucción: discriminación en la entrega de viviendas de emergencia y asignación de subsidios que generaron la pérdida de identidad y patrimonio y la aceleración del proceso de

migración hacia la ciudad. (Micheletti & Letelier, 2016)

Respecto al presupuesto 2014 en vivienda y urbanismo, el Subsidio de Protección del Patrimonio Familiar incrementó a 35.2% en el periodo, y dio inicio el programa Segunda Oportunidad para la recuperación de condominios sociales (DIPRES, 2014). El Informe de Finanzas Públicas establece que la inversión en gasto de capital es de 27.5%, integrada por los siguientes conceptos: iniciativas de inversión (27%), transferencias de capital (28.1%). Al desarrollar los proyectos a mediano y largo plazo, el beneficio obtenido fue la inversión en la generación de empleos, un punto a analizar es que las constructoras, las inmobiliarias y los agentes económicos son quienes se quedan con el mayor beneficio por las utilidades y los beneficios en las franquicias tributarias.

En el periodo 2014 el presupuesto de ingreso ejecutado en educación JUNJI se obtuvo a través de la partida aporte fiscal libre el 87.59 por ciento, es una cantidad muy alta de recaudación, los ingresos corrientes corresponden a 8.40% e ingresos del gobierno central, a 8.14%. En cuanto al destino del presupuesto de egresos se distribuyó en gastos de personal, 40.90%; transferencias de capital, 44.31%; bienes de consumo 4.59%, iniciativas de inversión, 2.41%.

Durante 2015, el Estado tenía como perspectiva ser un país desarrollado, el mayor énfasis se dio en dos aspectos prioritarios como inversión al desarrollo humano: educación de calidad para todos y todas y un acceso igualitario a una salud de calidad. Según el Dipres (2015), un pilar en la educación para Chile es la agenda en educación

que considera diversos factores a corto plazo: infraestructura, apoyo a actividades en escuelas y liceos públicos, fortalecimiento de la administración en educación municipal, acceso a la educación superior, recursos educativos, perfeccionamiento docente y entrega de ayuda a estudiantes.

Una de las principales reformas impulsadas por la administración de Michelle Bachelet es la Reforma Educativa, con especial énfasis en la educación pública, incentivando a los sectores de la Administración del Estado. Asimismo, garantizó la ejecución de los recursos vinculados a infraestructura en educación, que entró en vigor con la Ley de inclusión escolar en 2016. (DIPRES, 2016a, p.63)

El Estado proyectó ampliar la cobertura para niños en educación parvularia, con base en la Ley 20.710 de 2013, en la que se estableció la obligatoriedad como requisito para el ingreso a educación básica y dentro de sus avances se ha modernizado la institucionalidad del sector con la creación en 2015 de una Subsecretaría de Educación Parvularia. Mientras tanto, la cobertura y los nuevos cupos de 2014 a 2018 fueron incrementando respecto a la población. En 2014 la matrícula previa era de 75 146 (15%) de la población de 0-1 año en salas cuna; en el periodo 2014-2015, 2015-2016 y 2017-2018, respectivamente, el incremento gradual fue de 32 502, es decir, 17, 20 y 22%. En niveles medios de 2-3 años la matrícula previa estaba conformada por 150 613 de una población de 495 095 niños; es decir, 30%; después incrementó a 32, 35 y 38%; la meta total fue el incremento de 37 622 hasta llegar a un total de 188 235.

En el periodo 2014 el presupuesto ejecutado en Educación Superior, la distribución de

ingresos fue de la siguiente forma: gobierno central 2.28%, captación para becas Chile 0.32%, aporte fiscal 97.03%. El gasto tiene los siguientes resultados: transferencias corrientes 57.47%; de este porcentaje, con base en el total de gastos, se destinó 16.88% a Aporte Artículo 2° DFL (Ed) N°4 de 1981; 33.65% a becas de educación superior; 29.46% a compra de activos financieros; 9.30% a transferencias corrientes y 4.86% a servicio de la deuda. Del total de presupuesto se destinó 70.54% a la educación, lo demás se asignó a activos financieros.

Se puede analizar, en comparación con la distribución de 2010 a 2014 del presupuesto en Educación Superior, el porcentaje en gastos en aporte Artículo 2° DFL (Ed) N°4, que en 1981 disminuyó; aumentó el porcentaje de recursos para becas; disminuyó el presupuesto para otras entidades públicas; disminuyó el presupuesto para transferencias de capital, e incrementó la adquisición de activos financieros en el rubro de compra de títulos y valores. El Fondo de Desarrollo Institucional-Infraestructura art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981 con asignación de presupuesto fue superior a 3% y disminuyó la distribución del gasto en recursos de Aplicación Letra a) Art.71 bis de la Ley N° 18.591.

Durante 2016 se presentó el proyecto de Ley sobre Educación Superior, modificado en abril de 2017, que contribuyó a la consolidación del Sistema, atendiendo cinco ejes principales: Creación y fortalecimiento de la institucionalidad del Sistema de Educación Superior; Aseguramiento de la calidad y resguardo de la fe pública; Fortalecimiento de la Formación Técnico Profesional; Gratuidad en la educación superior, y Gradualidad.

Así mismo, de la matrícula por nivel educacional se detectó que los mayores de 35 años están estudiando o egresan, lo que permitió considerar la educación continua y el acceso a la matrícula para adultos en el sistema de educación superior (DIPRES, 2016c, p. 78).

Sin embargo, este crecimiento, positivo en la cobertura, traía adjunta la segregación económica y académica de los estudiantes, y no necesariamente aseguró condiciones de calidad y pertinencia, se modificó la Ley 20.248, de Subvención Escolar Preferencial (SEP), que incrementó 20% en relación con valores preestablecidos, y por último, la modificación integró a los estudiantes preferentes.

La estrategia del Ministerio de Salud que implementó el programa Vida Sana es insuficiente para resolver el problema de mal nutrición por exceso focalizada en lo individual; por lo que se requiere replantear una estrategia global que integre la dimensión poblacional. Según los indicadores el tiempo no es suficiente para cumplir los objetivos dado que la mayor parte de los beneficiarios no termina los ciclos de 12 meses que cubre la intervención; en 2015 la deserción alcanzó 86% en el mes 12, se valúa un alcance de 50% de 13 atenciones por beneficiario. Este programa considera reducir factores de riesgo con énfasis en las enfermedades cardiovasculares y diabetes, ya que las primeras son la principal causa de muerte en la población chilena. La base de datos GES de problemas de enfermedades muestra que de 2014 a 2018 integraba en Fonasa 10.14 y 4.85% diabetes mellitus II e hipertensión arterial; en Isapre, diabetes mellitus II e hipertensión arterial fue 5.65 y 10.78%.

Por otro lado, los indicadores de 2016 del programa preventivo de salud bucal Sembrando Sonrisas, dirigido a niños de 2 y 5 años, se basaron en el número de atenciones comprometidas y no en el de beneficiarios atendidos; de acuerdo con la evaluación de los indicadores de desempeño, en higiene oral y el número de niños con exámenes realizados superaron 18 y 19%, las metas establecidas por el programa, respectivamente; mientras que las aplicaciones de flúor barniz muestran un nivel más bajo del esperado (1.5 aplicaciones de flúor en lugar de las 2 comprometidas). Es posible mencionar que entre 2015 y 2016 hubo incremento real en el gasto total del programa que fue de 44%. (Dipres, 2018)

En 2015 la inversión pública fue un detonador base para reactivar la economía mediante el programa de recuperación de condominios sociales que continuó desarrollándose para mejorar la calidad de vida de los pobladores. Los resultados de 2014-2015, efectuados con base en subsidios habitacionales no materializados en vivienda, destacaron cambios e innovaciones introducidas en relación con los programas tradicionales de vivienda; se detecta que se desarrollaron acciones con diversas secretarías como un instrumento para promover el empleo; se observó en los indicadores de evaluación que del 20% de familias por proyecto habitacional en promedio, 24% de las familias inscritas son vulnerables. Asimismo, el programa desarrolla 262 proyectos con 44 mil unidades habitacionales que permiten acortar los plazos de venta de viviendas y mayor acceso al financiamiento.

Con base en el proyecto de Ley de presupuesto de 2016 (Dipres, 2016), en inversión

de vivienda y desarrollo urbano se tenía como meta alcanzar 42 000 subsidios para sectores vulnerables, 26 500 para segmentos medios y 118 655 destinados a reconstrucción de viviendas (63). Asimismo, se asignó mejorar obras en desarrollo urbano, pretendiendo la equidad urbana y territorial; de esta forma, se otorgó acceso a barrios integrados y bienes públicos urbanos suficientes y de calidad. Por lo tanto, se destinó al programa Quiero Mi Barrio, con presupuesto para iniciar obras en 30 nuevos barrios en 2016, con ello se buscaba cumplir el compromiso de mejorar 203 barrios durante el período. No obstante, como parte de los resultados a tres años, al establecer el inicio del programa Segunda Oportunidad, en la recuperación del programa de Regeneración de Condominios Sociales, no se encontró evidencia de los avances hasta 2016; lo que muestra esta situación es que la planeación de las políticas públicas no corresponde a las necesidades reales de la población. Dentro de las características de los condominios según Dipres (2017), se observa que el acceso a servicios fue deficiente. En el programa de mejoramiento de condominios sociales existe obsolescencia derivado de su envejecimiento; la superficie de los departamentos no cumple con las medidas de calidad constructiva, pues su tamaño cuenta con medidas pequeñas, que derivan en una alta densidad poblacional de los conjuntos y baja calidad del espacio público; por consecuencia, la calidad de vida de los habitantes adscritos es precaria, no se han reconstruido las viviendas, no se han construido viviendas nuevas y no se han realizado acciones en bienes comunes, espacio público o equipamiento; el avance único es que se han especificado los criterios de selección de condominios sociales (CCSS), hay demasiada densidad poblacional. Del total se identificaron 1 555 conjuntos habitacionales y 344 402 viviendas tipo departamentos, 42% pertenece a

construcciones realizadas antes de 1983 (92). Los habitantes afectados por desastres naturales enfrentaron desafíos con su infraestructura aún dañada y la falta de apoyo adecuada para la reconstrucción. El Estado apoyó con subvenciones a favor de los deudores morosos por viviendas a instituciones de un total de 72 327 créditos. Por otro lado, el programa de recuperación de barrios mediante el Plan de Obras Físicas (PGO) y el Plan de Gestión Social (PGS) presentó problemas derivados de la segregación y deterioro urbano, no hay evidencia suficiente de que esta estrategia haya permitido recuperar los barrios.

Posteriormente, en el periodo 2018 el informe del presupuesto de ingresos ejecutado JUNJI osciló entre 5.57% de la captación total para el Ministerio de Educación. Los ingresos ejercidos corresponden a 74.89% por aporte fiscal libre, ingresos corrientes 19.35% del gobierno central y otros ingresos corrientes que integraron el 4.03%. Respecto a las cifras significativas en el presupuesto ejercido se destinó: gasto en personal 35.68%, las transferencias corrientes ascienden a la proporción de 34.76, de las cuales correspondió 32.53% a municipalidades; iniciativas de inversión 19.78% y deuda flotante 2.04%.

En análisis comparativo del presupuesto ejercido JUNJI 2014-2018 se observa una disminución del aporte fiscal alrededor de 12.7%, los ingresos corrientes entre los que se encuentra el gobierno federal aumentaron, hubo una recuperación de préstamo por 1.47%. En relación con los gastos, éstos disminuyeron cinco puntos porcentuales respecto a 2014, también disminuyeron las transferencias de capital municipalidades,

incrementaron las iniciativas de inversión y la deuda flotante permaneció constante. Haciendo un análisis comparativo de la Ley de presupuesto 2018 vs. 2019, se puede apreciar que la asignación de recursos en beneficio de los estudiantes fue en retroceso, derivado de que el presupuesto destinado a educación para la asignación en rango de kínder a educación escolar media disminuyó 1.8% en relación con el de 2018; mientras tanto, la Subvención Escolar Preferencial y por Concentración incrementaron 2.8% y 1.9%, respectivamente. Cabe mencionar que el nivel superior pretendió mayor asignación presupuestaria; los aranceles en educación superior incrementaron 8.2%, financiamiento integrado para la gratuidad en universidades, 6.6% (46 369); financiamiento institucional para la gratuidad, CFT e IP, 13.9% (44 563); becas de educación superior, 5.1% (12,014), y fondo solidario de créditos universitarios, 16.5% (103); la variación real más alta es en los dos primeros aranceles. Aunado a ello se consideró un incremento de 8% en recursos educativos de desarrollo y tecnología, infraestructura, habilitación de redes Wifi, acciones en el marco del Plan Nacional de Lenguajes Digitales, con equipamiento tecnológico de 11 mil aulas.

Durante el periodo 2018 se analizó la distribución del gasto; los ingresos corrientes del gobierno central ascendieron a 5.05% y el aporte fiscal fue de 94.72%.

Respecto al presupuesto de egresos en el programa Educación Superior el gasto en transferencias corrientes, el porcentaje asignado fue de 71.09, el cual se integra de la siguiente forma: 5.33% a Aporte Artículo 2° DFL (Ed) N°4 de 1981; 0.17% a Aporte Artículo 3° DFL (Ed) N°4, de 1981; 32.47% a Financiamiento Institucional para la Gratuidad-Universidades; 14.57% a Financiamiento Institucional para la Gratuidad-

Institutos Profesionales, y 14.59% a Centros de Formación Técnica y Becas de educación superior; para el fondo de desarrollo institucional se destinó 0.11%; adquisición de activos financieros, 23.33%; transferencias de capital, 0.67%, y servicio de la deuda, 4.91%.

El comportamiento en la distribución del gasto fue así: disminuyeron el Aporte Artículo 2° DFL (Ed) N°4 de 1981 y los recursos para el Aporte Artículo 3° DFL (Ed) N°4, de ese mismo año; se asignaron recursos que en años anteriores no estaban contemplados a Financiamiento Institucional para la Gratuidad-Universidades y para Financiamiento Institucional para la Gratuidad-Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica; disminuyó el presupuesto asignado para Becas Educación Superior, en adquisición de activos financieros disminuyó la asignación de porcentajes, disminuyó la asignación de presupuesto a transferencias de capital y el servicio de la deuda permanece constante.

Por otra parte, la distribución del gasto en Ley de presupuestos por función en educación representó en 2018 y 2019 para enseñanza preescolar, primaria y secundaria 15 y 14.9%, respectivamente; y en enseñanza terciaria, 3.4 y 3.7%, respectivamente. Esto está muy relacionado con las reformas al sistema educativo y a la instauración de la Ley 21040. Sin embargo, la disminución en el presupuesto de gratuidad a la educación y aumento en el presupuesto a las subvenciones y en calidad en la educación fueron puntos clave juntamente con la situación económica nacional como detonante para las movilizaciones estudiantiles de 2019.

En el periodo 2022, En JUNJI el aporte fiscal libre conformó el 85.93%, recuperación de préstamos 8.54%, ingresos para gastos de capital fue de 3.62%, entre ellos la recaudación del gobierno central, y otros ingresos corrientes de 1.90%. Los gastos en el presupuesto ejercido tuvieron el siguiente comportamiento: gastos en personal 44.86%, otras entidades públicas 34.59%, bienes de consumo 7.13%, deuda flotante 4.17%, e iniciativas de inversión 2.65%.

Con base en los datos 2018-2022 del presupuesto ejercido en educación JUNJI, la distribución en porcentaje al aporte fiscal aumentó con base en 2018, ingresos por recuperación de préstamos incrementó, los ingresos corrientes del gobierno central disminuyeron. El comportamiento de gastos incrementó en los recursos en favor del personal, bienes de consumo y deuda flotante. Respecto al presupuesto asignado a JUNJI, de 2006-2022, en promedio el incremento ronda en 5%.

Durante la pandemia por COVID-19, el presupuesto se destinó principalmente a la contratación de personal para solventar la implementación de los servicios locales de educación; en 2022, al término del plan de emergencia, la atención fue enfocada a los sectores rezagados de la economía. La inequidad marca brechas significativas en el acceso a la educación de calidad entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos. La distribución del gasto en educación en 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 fue de 22, 22.1, 19.8, 15.1 y 18.8%, respectivamente.

En términos de gasto a la vivienda y servicios comunitarios, éste se destinó a abastecimiento de agua y urbanización. El gasto en protección social muestra un

incremento en 2019, que fue de 24.9%, del cual se destinó 4.3% a vivienda enfocado a dos programas sociales: el Fondo Solidario de Elección de Vivienda y el Programa de Integración Social y Territorial, que está dirigido a la población vulnerable.

Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, la industria de la construcción tuvo un efecto negativo y detonó una desaceleración económica. Después de la pandemia se instauró el plan de emergencia habitacional; dentro de las alternativas de solución se consideró la adquisición de terrenos y subsidios habitacionales. No obstante, los servicios básicos son deficientes, en especial en asentamientos informales y comunas. El porcentaje de gasto en vivienda y servicios comunitarios durante 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 fue de 1.4, 1.4, 1.3, 1 y 1.4%, respectivamente.

Para la función de gasto en vivienda y servicios comunitarios, el mayor incremento en ambos periodos comparativos 2018-2022, fue asignado en urbanización y abastecimiento de agua; principalmente se enfocó a inversiones habitacionales de calidad, fondos para subsidios y proyectos en el área de vivienda y urbanismo, desarrollo de barrios equitativos y sustentables, con un enfoque en participación descentralizada (municipalidades).

Las partidas presupuestarias en el gasto de vivienda con mayor índice son transferencias de capital, gastos en personal, iniciativas de inversión, bienes y servicios de consumo, en ese orden es el comportamiento de asignación en cada periodo.

A partir del 11 marzo de 2019 la Organización Mundial de Salud (OMS) evaluó como pandemia al COVID-19, virus que tiene repercusiones en el sistema respiratorio y que al combinarse con otras enfermedades aumenta la tasa de letalidad. Durante la pandemia, los sistemas de salud enfrentaron el desafío de mitigar la propagación del virus; se establecieron medidas de contención que tenían como objetivo el control en fronteras y restricción de tránsito, suspensión de clases, restricción de reuniones sociales y/o masivas, cierre de cines, teatros, iglesias, gimnasios y tiendas no esenciales. Las medidas que se adoptaron en su momento se integraron en dos fases: en la I se buscó reforzar el presupuesto del sistema de salud, proteger los empleos e ingresos familiares y proveer liquidez para el sistema productivo, y en la II, el presupuesto se destinó al fondo para la protección de los ingresos más vulnerables y el plan de garantías de créditos para empresas. Durante la pandemia, Salud registró un alza de 27.2% en la ejecución de Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas, relacionado con la adquisición de camas críticas a instituciones privadas para la atención de pacientes de COVID-19 y el aumento de las transferencias a municipios en relación con las estrategias en atención primaria de salud. Entonces, a pesar de la inversión hecha en materia de salud en áreas rurales y poblaciones vulnerables la calidad de la atención médica y los tiempos de espera fueron deficientes y ante el letal virus hubo 60 696 decesos.

El gasto en salud fue determinado con una asignación, en 2018 y 2019, por servicios hospitalarios de 14.1 y 14.6%, respectivamente; salud en el programa nacional de ejercicios, 3.6 y 3.5%, respectivamente; productos, útiles y equipos médicos, 2.0 y

1.9%, respectivamente.

De acuerdo con la Ley de presupuestos el gasto en salud para 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 fue de 20.8, 21.1, 22.1, 18.1 y 21.3%, respectivamente. En realidad, el presupuesto en salud, aún con la pandemia de COVID1-9, incrementó un punto porcentual.

Cabe resaltar que el financiamiento destinado a la pandemia fue muy elevado; detallo los porcentajes de los últimos tres años, este rubro no se va a analizar.

El incremento histórico con base en 2020, 2021 y 2022 fue 23.17, 12.01, 13.04%, respectivamente; el mayor financiamiento fue por bonos y en 2022 la deuda interna aumentó a 12.52%, la deuda externa ha disminuido 45%. El mayor monto de deuda externa fue en 2021.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado en esta investigación me lleva a concluir que los derechos sociales con equidad son núcleo del desarrollo humano. La condición de vida del ser humano influye en la libertad y capacidad para elegir.

El Estado se integra principalmente por una serie de regulaciones, normas e

instituciones que salvaguardan la actividad económica, política, social, ambiental y cultural; además, regulan el accionar de la sociedad, con la perspectiva de dar estabilidad a una nación. Asimismo, interviene ante la sociedad de manera coercitiva al hacer que los individuos o sociedades cumplan con la normatividad impuesta; de lo contrario, establece sanciones y desarrolla consenso en determinadas decisiones y acciones en relación con la justicia social.

Una de las funciones principales del Estado es el manejo de la política fiscal, la cual está conformada por proyectos que se desarrollan en la administración de las finanzas públicas mediante las fuentes de financiamiento (ingresos) y la distribución de los egresos, así como el diseño, implementación y validación de políticas públicas que contribuyen a fortalecer estrategias de desarrollo inclusivas, en relación con las prioridades del gobierno para tomar decisiones bien fundamentadas y cumplir los compromisos en beneficio de la colectividad.

El Estado tiene dos perspectivas respecto a la justicia social; la primera es un conjunto de normas, reglas e instituciones que integran una estructura constitucional y que regulan el orden público; la segunda establece estrategias y líneas de acción para promover las capacidades del individuo centradas en los derechos humanos y sociales, a través de políticas, planes y programas. Los cambios sociales, culturales, ambientales y la atención a diferentes frentes económicos implican altos riesgos en la transformación de la vida familiar en relación con su bienestar y desarrollo humano.

En Chile, constitucionalmente los servicios públicos se rigen a través del

comportamiento de la oferta y la demanda, que tiene como causa raíz la reducción del papel socioeconómico del Estado y que pretende la seguridad económica. La “inseguridad económica” puede estar relacionada con la falta de libertades y derechos democráticos. Las grandes empresas y la élite son quienes poseen la concentración de la riqueza y el poder del Estado. En consecuencia, el gobierno de la democracia no ha podido concretar cambios estructurales en el marco legal.

El eje central del desarrollo humano se conforma de un enfoque multidimensional: tener una vida larga y saludable, acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral, y gozar de un nivel de vida decente y vivienda digna.

El Sistema Nacional de Salud está integrado por un servicio mixto mediante las instituciones Fonasa, Isapre y FFAA. Se detectó que persisten desafíos en la protección social, se infiere que el Gobierno centra su actividad para que la sociedad tenga mejores servicios de salud y logre equidad social.

Los hallazgos en desarrollo humano respecto a la salud reportan casos de enfermedades con mayor vulnerabilidad, las cuales son recurrentes en la cobertura de Garantías Explícitas de Salud (GES), donde son cubiertos 87 casos específicos. Las enfermedades con mayor incidencia son: cáncer cérvico uterino, vicios de refracción a personas de 65 años y más, hipertensión arterial, displasia luxante de cadera, diabetes mellitus tipo II, infarto agudo de miocardio, entre otras. Los resultados muestran similitudes en el comportamiento de datos reportados por el Fonasa y las Isapre. Detalla que en promedio el 83% asignado al presupuesto de egresos en la cobertura de salud

es a través del Fonasa; la calidad del servicio es bajo el esquema de seguridad social, las empresas privadas (Isapre) y público en general pueden hacer uso de la atención médica cubriendo los costos y gastos médicos (Gattini & Morales, 2023, p.1). Se evidencia la falta de cobertura universal, pues la totalidad del presupuesto asignado es limitado para los usuarios del servicio público, por lo que tienen que pagar un servicio privado con planes de salud y segmentado en categorías.

Por otra parte, para atender las necesidades de la población, el Gobierno chileno, en materia de gasto en salud, dio continuidad al Plan AUGE mediante un programa en el que se asignaron recursos para continuar con el desarrollo de casos en patologías bajo el régimen de garantías explícitas, y que fortaleció la atención primaria en salud; también dio continuidad para apoyar la atención secundaria y terciaria en patologías. Durante 2006-2010 se asignó del total de gasto en salud en promedio el 20.6% para programas de atención primaria. Entre 2011-2014 del presupuesto total en salud para éste mismo rubro se otorgó en promedio 23.2%; durante 2015-2018 fue de 23.9%, y entre 2019-2022 disminuyó el presupuesto a 21% aproximadamente. Asimismo, se distribuyeron recursos con montos relevantes en los programas de prestaciones valoradas y prestaciones institucionales.

Por otro lado, y con base en la política fiscal, la mayor parte del ingreso para el Fonasa fue a través de imposiciones previsionales, que inició en 2006 con 50%, y en 2022 con 17.30%; lo recaudado por aporte fiscal libre que proviene de personas físicas y morales en 2006 fue de 50% e incrementando a 80.1% en 2022. Fonasa e Isapre obtienen recursos mediante gravámenes generales, cuotas obligatorias y copagos, derivados de

las reformas en la Ley al Sistema de Pensiones.

Por consiguiente, la dimensión tener una vida larga y saludable, para los chilenos muestra características muy específicas por la estructura del sistema, conforme se dio a conocer el indicador medio que se espera viva un recién nacido; así, en 2006 estableció un índice de 78.3 años; en 2010, de 78.5 años; en 2018, de 80.1 años, y en 2022, de 79.5 años, siendo las mujeres quienes tienen mayor esperanza de vida, cabe mencionar que el índice de natalidad ha disminuido a través del tiempo.

Se concluye que el sistema de salud chileno enfrenta desafíos en cuanto a reducción de las desigualdades de acceso a los servicios, como la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, la saturación de los servicios de urgencia y la escasez de personal médico. Respecto a la igualdad de resultados en cuanto al poder de compra por parte de personas de bajos ingresos, hay limitaciones en el acceso a servicios de salud por tratamientos inconclusos o falta de medicamentos, altos costos de la atención médica y falta de infraestructura adecuada en algunos establecimientos.

Se refleja la falta de prevención y tratamiento de enfermedades; como evidencia se encuentran las incidencias de garantías explícitas (GES) de 2006 a 2022 del plan AUGE; la ausencia de educación en salud (promoción y prevención) conduce a prácticas poco saludables y desconocimiento de los derechos y beneficios en esta materia.

Diversos factores ocasionan problemas de salud pública, como la malnutrición por excesos (sobrepeso y obesidad), depresión a mayores de 15 años, consumo de alcohol

y drogas, inactividad física, tabaquismo, higiene y comportamiento sexual, las cuales generan enfermedades crónicas; por lo que es necesario llevar a cabo programas de salud preventivos con responsabilidad solidaria en la región, como alimentación saludable, actividad física, salud mental y apoyo psicológico a la sociedad en general que permitan mejorar la calidad de vida.

Existe un hecho complejo en relación con el sistema de salud, y es la cadena de grandes empresas proveedoras y acreedoras de medicamentos y servicios médicos que tienen el control y que dependen económicamente de los inversionistas extranjeros. Otro punto importante de analizar es que la reforma de Ley 2008 se modificó hacia una recaudación agresiva, esto tiene evidencia de acuerdo con el presupuesto ejercido, derivado de que el aporte fiscal mostró un comportamiento en 2006 de 50%, y a partir de 2009 reflejó un incremento gradual hasta llegar a 80.1% en 2022; la carga económica es muy alta, la base del análisis (vertical) se centra en el desempeño de la distribución del gasto, por lo que no tiene implicaciones incongruentes al hacer su comparación. Queda pendiente de analizar el endeudamiento o servicio de la deuda que se encuentra en la Ley del presupuesto de egresos del Fonasa.

Principales factores que tienen un efecto en la salud:

- La prevención de enfermedades crónicas permite disminuir el riesgo de mayores tratamientos, tanto al sistema de salud como a los ciudadanos. Por ello, se requiere diseñar políticas públicas enfocadas a la promoción y prevención de la salud con competencia cultural.

- Un avance en políticas públicas destinado a garantías explícitas de salud, y cobertura universal será la innovación en sistemas de gestión para mejorar la eficiencia, equidad y calidad en atención del sistema de salud. Aún existen desafíos derivados de disparidades en el acceso equitativo de medicamentos y tratamientos, lo que sería relevante para la sostenibilidad financiera.
- Un problema no erradicado es la segmentación del mercado de proveedores que ha generado grandes rentabilidades económicas a las instituciones prestadoras; más enfocado en la producción y el volumen que, en la calidad del servicio al paciente (cliente).
- El derecho a la salud por parte de la institución pública indudablemente requiere mayor presupuesto público asignado por el Gobierno, garantizarlo daría eficacia y eficiencia al Sistema de Salud con un plan de inversiones en infraestructura y equipo tecnológico de vanguardia que lo fortalezca.

La dimensión acceder al conocimiento para un buen desempeño social y laboral, tiene como finalidad alcanzar una enseñanza universal, tal como lo establece la UNESCO en los objetivos de desarrollo para las naciones.

Para contextualizar esta dimensión, se presentaron algunos datos del analfabetismo en Chile. De esta manera, en este país tiene un índice superior en la zona rural; así, los indicadores de 2006, 2009, 2011 y 2015 muestran que las edades con mayor incidencia están en el rango de 45 a 60 años, y en personas de 60 años y más. La mayor población de analfabetas incrementa de manera gradual en adultos mayores. En el rango de 2013, 2017 y 2022 el índice de analfabetismo tuvo un incremento moderado a partir de

la edad de 35 a 44 años moderada, posteriormente de 45 a 59 años fue alto, de 60 años y más, el incremento fue elevado. La mayor incidencia está en los hombres, pues su única opción ha sido emigrar al mercado laboral, y como resultante un incremento a la tasa de analfabetismo contribuye a la exclusión social y económica, la pobreza, marginación social, reducción de oportunidades laborales, problemas de salud, trabajo infantil, migración, dificultades en la participación social, privación del acceso a información para las personas afectadas, limitación de la ausencia de oportunidades de educación y falta de acceso a la enseñanza-aprendizaje.

La falta de acceso a una educación preescolar de calidad provoca riesgos en la salud física y mental, la ausencia de formación parvularia genera desigualdad social y mayor dificultad para incorporarse al sistema educativo formal; al final, no es redituable para las familias y la sociedad.

Los datos muestran la variabilidad en tendencia de la matrícula en el nivel educativo. Mientras tanto, existen brechas en la calidad de la educación en cuanto a las oportunidades de desarrollo humano y movilidad social; respecto a escuelas públicas y privadas, así como zonas urbanas y rurales.

La formación en educación se evidencia con base en los datos de la CEPAL, los alumnos que comienzan el primer grado y alcanzan el último grado de enseñanza básica en Chile, considerada universal, muestran una de las más altas matrículas a partir de 2013 hasta 2020; en promedio la tasa fue de 99.5% en ambos sexos; las mujeres son quienes tienen una tasa superior en la conclusión de sus estudios, el objetivo es alcanzar la cobertura universal.

En Chile la educación básica pública en algunas instituciones se encuentra en decadencia derivado de la falta de financiamiento en infraestructura y las herramientas necesarias en calidad para el personal docente y directivos; Se requiere invertir mayor presupuesto a favor de la educación pública, la opción que han tomado las familias es incorporarse a la educación privada.

Un pilar para Chile es la agenda en educación que considera diversos factores a corto plazo: infraestructura, apoyo a actividades y liceos públicos, fortalecimiento de la administración en educación municipal, acceso a la educación superior, recursos educativos, perfeccionamiento docente y entrega de ayuda a estudiantes. No obstante, la educación media enfrenta desafíos en cuanto a calidad de la educación y nivel socioeconómico al no tener oportunidad de estudio universitario y toman la segunda opción para integrarse al mercado laboral. Saldías et al. (2021) evidenciaron que el acceso a la modalidad técnico-profesional para los jóvenes está mediado por las condiciones de pobreza y las expectativas del grupo familiar, resultando una segregación socioeconómica entre modalidades. Los jóvenes de liceos rurales reconocen una precaria estructura de oportunidades educativas, en la que no existe la posibilidad de elección, debido a una oferta educativa reducida. En tanto, los jóvenes de liceos urbanos se enfrentan a condiciones de alta segregación y mayores niveles de conflictividad en los espacios escolares. Consecuentemente, hay una fuerte resistencia al proyecto curricular de los profesores y sus prácticas institucionales.

En las universidades de la región, se establece una relación estrecha entre las Instituciones y los agentes participantes del sector educativo, impulsándolos a

responder a las necesidades del mercado y a las exigencias de rentabilidad económica; en detrimento de objetivos educativos de procesos de enseñanza aprendizaje y calidad de la educación. La mayor deserción es en el octavo grado de secundaria y educación media, los estudiantes abandonan sus estudios principalmente por la carga financiera a la que son sujetos.

Dentro de los factores que inciden en el desarrollo humano en educación menciono algunos:

- El derecho a la educación es vulnerado al tener un sistema de gestión y financiamiento que reduce las oportunidades de acceso.
- Existen factores estructurales institucionales y socioeconómicos que denotan la baja calidad en la enseñanza en diversas regiones.
- Es necesario fortalecer la calidad de la educación mediante iniciativas y programas que promuevan la inclusión social en el país.
- El presupuesto de egresos muestra limitantes en la distribución del gasto para acceder a recursos educativos de calidad, falta de infraestructura adecuada, escasez de materiales educativos, salarios bajos de los docentes y analfabetismo que como consecuencia su efecto es negativo en la enseñanza-aprendizaje.
- En el presupuesto de egresos se destinó en algunos periodos una suma de recursos muy alta en la adquisición de activos financieros, por lo que habría que preguntarse cuál es la razón de ser del Ministerio de Educación, ya que el presupuesto a educación se reduce y la sociedad es la más afectada.

La dimensión gozar de un nivel de vida decente y vivienda es un derecho a condiciones mínimas de dignidad base para la calidad de vida. Gozar de una vivienda digna son condiciones necesarias para gozar de bienestar.

La desigualdad en el ingreso laboral promedio mensual de los hogares por decil de ingreso autónomo muestra fuertes disparidades; el decil X es el ingreso superior y del decil I al IV es lo que se contempla como población vulnerable. El ingreso monetario promedio mensual conforma la base salarial más los subsidios que perciben las familias, lo que se puede considerar en desigualdad, en dos puntos en específico: a) el decil I al IV se ajusta el ingreso autónomo per cápita y recibe un mayor beneficio; b) el decil X percibe subsidios monetarios, o sea que hay algunos subsidios etiquetados para toda la población. La pobreza se manifiesta en múltiples dimensiones, no sólo en términos de ingresos. Las carencias en vivienda, el acceso a servicios elementales y condiciones de vida adecuadas son factores cruciales en la calidad de vida de los habitantes de Chile, la ubicación de la vivienda afecta el acceso a servicios básicos como educación, salud, transporte y empleo. La tenencia de la vivienda garantiza seguridad, protección y la capacidad de las personas para participar en sociedad.

Respecto a la población ocupada, de 2010 a 2022, en promedio las dos terceras partes de la población tienen seguridad social (trabajadores formales) y una tercera parte es población ocupada sin seguridad social. La tasa de desocupación ha incrementado a partir de 2018 a 2022; en el periodo 2020 fue donde hubo mayor índice de desocupación con 10.29%. La media de todo ese grupo de datos es de 7.06% y la variabilidad

respecto a la media es de 3.19%. Una estrategia del Estado fue constituir la Ley de financiamiento de la reconstrucción, la cual facilitó la recuperación de la infraestructura habitacional al promover la participación de instituciones de la sociedad civil.

En relación con el presupuesto de egresos destinado al Ministerio de Vivienda se considera lo siguiente.

- Se requiere una planeación urbana en zonas marginadas o segregadas que carecen de servicios y que deriva de dos circunstancias, principalmente familias de escasos recursos y la ubicación de hogares fuera de la red de suministro, que como consecuencia la segregación trae el debilitamiento de las relaciones entre diferentes grupos socioeconómicos.

En esta investigación los resultados son evidentemente importantes, por lo que enuncio lo siguiente:

- El Desarrollo se integra de tres agentes participantes: Estado, mercado y gobierno. El Estado es la institución social conformada por un marco jurídico-regulatorio; el mercado es el espacio territorial o virtual donde oferentes y demandantes dinamizan la producción de bienes, servicios, activos financieros; y el gobierno, se constituye de políticas públicas que articulan la actividad financiera del Estado mediante la gestión de los recursos en el ejercicio de sus funciones.
- El Desarrollo Humano tiene un enfoque holístico, dinámico y continuo centrado en el ser y hacer de la persona, dentro de la expansión de las libertades fundamentales que contribuyen a adquirir capacidades que

reflejan las características esenciales de la naturaleza en interrelación con su entorno, determinan la experiencia del ser humano y lo conducen hacia una vida respetable y digna.

- Se abordó el estudio de la dimensión salud, los avances de la ciencia permite que los seres humanos gocen de más años de vida. Respecto al análisis del desarrollo humano en la dimensión gozar de una vida larga y sana en relación con el gasto público, el presupuesto asignado en salud es bajo en comparación con los planes desarrollados. La población se encuentra clasificada por categorías (A,B,C,D) y aun que no hay copago en la categoría (A), produce desigualdades.
- La atención médica institucional se clasifica en tres modalidades: Atención Primaria en Salud, el programa principal de recursos de hospitales Grupos Relacionados por Diagnóstico y Programas de Prestaciones Institucionales. Los pagos se estandarizan según los problemas de salud y procedimientos desarrollados, a partir de 2020-2022 en atención médica la mayor proporción de presupuesto se destinó a Grupos Relacionados por Diagnóstico.
- No hay suficiente inversión en infraestructura; lo cual produce atrasos en tiempos de espera e ineficiencia para tratamientos complejos hospitalarios.
- La modalidad de protección en cobertura universal plantea una aportación de recursos públicos por parte del Estado al Ministerio de Salud a través del presupuesto y, a su vez transfiere los recursos a Fonasa. Asimismo,

esta Institución funge como un intermediario entre las empresas privadas y los asegurados. Estas empresas brindan atención médica y ofrecen planes con diferentes coberturas; simultáneamente, de manera interna las empresas privadas compiten entre sí. En el periodo 2006-2022 hubo reformas al Sistema de Salud, cada avance dado marcó más una figura empresarial con altos costos. La contrariedad del servicio para los ciudadanos es que la salud es un derecho.

- La educación es base del Desarrollo Humano en la dimensión acceder al conocimiento para un buen desempeño se ha buscado la calidad de la educación en los procesos de desarrollo enseñanza aprendizaje, para incidir en los resultados. La educación pública a partir de 2017 ha establecido de manera local “educación territorial”, planes estratégicos institucionales con base en un horizonte de tiempo (corto, mediano y largo plazo); dirigido hacia modelos estandarizados para las instituciones participantes. La mayor matrícula de Chile mantiene su vitalidad en las escuelas privadas; entonces, mientras no haya modificaciones de raíz en la Constitución para que el Estado sea garante del derecho a la educación pública, la modificación o promulgación de leyes continuará.
- El índice de analfabetismo en Chile se observa principalmente en hombres de la zona rural, con edades superiores a 15 años; a partir de 35 años se incrementa la tasa para ambos sexos, y en edades superiores a 45 años existe un indicador mayor en las zonas rural y urbana.

- Por otra parte, con base en los informes anuales que emite el Ministerio de Educación de Chile y los presupuestos ejercidos según Dipres, la matrícula en educación pública es cada vez menor derivada de las opciones que ofrece el sistema; por lo que la inserción a la nueva educación pública con pertinencia en “territorialidad” y la asignación de mayor presupuesto público, puede ser la oportunidad hacia la mejora de la justicia social, favoreciendo a los más pobres y marginados y liberando de la carga financiera a la clase media para que tengan calidad de vida. De lo contrario, como consecuencia se deteriorarán las capacidades humanas al continuar la pobreza por generaciones.
- En relación con la dimensión gozar de una vida decente y vivienda digna, el presupuesto asignado a vivienda y urbanismo es mínimo, las empresas privadas tienen el control del mercado inmobiliario y los servicios públicos.
- La hipótesis se acepta; el gasto público se ejerce en factores como: salud, educación y vivienda digna, las cuales son determinantes en el desarrollo humano de los ciudadanos. La salud y educación son un derecho fundamental, la Constitución y Leyes conexas deben reestructurarse para que el Estado ofrezca protección constitucional por vía de tutela a los habitantes de Chile, ofreciendo un servicio de calidad con infraestructura e instalaciones a la vanguardia. Por tal razón, es necesario que el Estado desarrolle reformas en beneficio de la sociedad que garanticen la libertad, igualdad, dignidad humana y gratuidad. En materia de vivienda, el Estado

ofrece protección a la sociedad como un derecho asistencial, promoviendo planes de vivienda de interés social y financiamientos a largo plazo que garanticen la calidad de vida.

- Para finalizar, los ciudadanos son los beneficiarios y tienen un papel principal en el desarrollo; el Estado es quien estabiliza la economía través del mercado, de donde emerge la derrama económica que debe recibir la población. No ha sido posible recibir estos beneficios, la inequidad es un efecto de crisis estructural en que el papel económico del Estado se reduce cada vez más y los habitantes no gozan de calidad de vida, derivado de que la oligarquía tiene el poder económico y político, el modelo neoliberal protege a los oferentes de bienes y servicios en empresas privadas para educación, salud y vivienda; los ciudadanos cubren altos costos económicos, por lo que la calidad de vida es precaria debido a que los ingresos que percibe la población son bajos y hay una amplia brecha de pobreza y desigualdad.

Queda pendiente para futuras investigaciones, el análisis del presupuesto de egresos en educación asignado en compra de instrumentos financieros (inversiones) y el análisis del presupuesto por financiamiento externo y manejo de servicio de la deuda.

FUENTES DE CONSULTA

Vallebuona et. Al. (2011, p.21). Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad

- de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile, ENETS 2009-2010. *Informe Interinstitucional*, p. 162.
- al, O. E. (2003, p.28). *Democracia, Desarrollo Humano y Ciudadanía*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Arcos et al. (2016, p 6). In-visibility de la vulnerabilidad social y el derecho al cuidado de salud Integral en Chile. *Posgrado Universidad Mayor* , 8.
- Aristóteles. (330 a.c., p 26). *Ética a Nicómaco*. Wikisource. Traducción Julián Marías, María Araujo.
- Bachelet. (21 de Mayo de 2006). *Mensaje presidencial*. Obtenido de Cámara de Diputados y Diputadas: https://www.camara.cl/camara/doc/archivo_historico/21mayo_2006.pdf
- Bachelet, M. (2005). *Programa de gobierno*. Chile: CEME.
- Ballabio. (2010, p.70). *Evaluación de Calidad de la Democracia en la Ciencia Política Contemporánea: Auditorías Ciudadanas a Municipios de Argentina*. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.
- BCN. (1989). *Decreto 244*. Santiago: BCN.
- BCN. (2008, p.6). *Ley 20.379*. Chile: BCN.
- BCN. (2017B, p. 2-4). *Régimen Jurídico de Sistemas de Salud: FF,AA, Orden y Seguridad, Dipreca y gendarmería*. Chile: Asesoría Técnica Parlamentaria.
- BCN. (2021). *Asesoría Técnica Parlamentaria*. Chile.
- Bertoglia, L., Raczynski, D., & Valderrama, . (2011). Treinta años de política educativa descentralizada con efectos tardíos en calidad y equidad de la educación. ¿Ausencia de enfoque territorial? . *RIMISP*.
- Betancourt, C. (1995). *Gramsci y el concepto del Bloque Histórico*. Colombia.
- BID. (2006). *Bnaco interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-866792229-200>
- BNC. (2025, p. 4). *Decreto 326*. Obtenido de BNC: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=12382> Recuperado 10-06-2025
- Brito Et al. (1998). Obtenido de <https://www.revistaespacios.com/a98v19n02/41981902.html>
- Bulmer, T. (2017, p.32). *La historia económica de América Latina desde la Independencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Burgos, e. (2015). Salud ambiental infantil en el contexto de la reubicación de familias de campamentos a viviendas sociales. *Revista Chilena de Pediatría ELSEVIER*, 152-160.
- Burrows, R. (2007). Obesidad infantil en Chile: epidemiología, factores ambientales y consecuencias. *Medwave*, 7(08). Recuperado el 4 de 6 de 2024, de <https://medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/congresos/1086>
- Bustamante et al. (2021). Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiat*, 59 (3) 197-203.
- Castillo V., O. E. (2002). Ingesta de nutrientes en adultos mayores de la comuna de Providencia, Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 1335-1342.
- Castillo, C., & Molina , H. (14 de Septiembre de 2020). The Chilean Health System: Analysis and Perspective in the Framework of the Social Explosion of October 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*, págs. 53-67.
- Cecchini, S., & Martínez, R. (2011, pp.125-130). *Protección social inclusiva en América Latina, Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Chile: CEPAL.
- CECT. (2022, p.2). *Ministerio de Vivienda y Urbanismo*. Obtenido de Centro de estudios de ciudad y territorio: <https://centrodeestudios.minvu.gob.cl/minvu-entrega-cifra-oficial-del-deficit-habitacional-552-046-requerimientos/>
- CELAM. (29 de enero de 1968 p 2). *Segunda Conferencia Episcopal Latinoamericana*. Obtenido de CELAM: <http://www.celam.org>

- Centro de estudios MINEDUC. (2010). *Estado del arte de educación parvularia*. Chile: ALVIMPRESS. Obtenido de en Chile.
- Centro de estudios MINEDUC. (2013). *Estado del arte de educación parvularia*. Chile: ALVIMPRESS. Obtenido de en Chile.
- CEPAL. (1997, p.10). *El papel del Estado y el Gobierno en el desarrollo*. CEPAL.
- CEPAL. (1998, pp. 1-5). *La CEPAL y la Teoría de la Industrialización*. CEPAL.
- CEPAL. (2000, p. 33). Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. *CEPAL b*, 1-37.
- CEPAL. (2000, p.12). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. México: CEPAL.
- CEPAL. (2001, p.5). *La pobreza en Chile en el año 2000*. Chile pp38: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2001, pp.5-35). *La pobreza en Chile en el año 2000*. Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2010). *Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2010). *Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto*. Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2010a). *Panorama social de América Latina*. Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2010b). *CEPAL*. Chile.
- CEPAL. (2018). *Panorama Social*. Chile: Cepal.
- CEPAL. (2018, p.15). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas Santiago S.
- CEPAL. (04 de 02 de 2024). *CEPALSTAT*. Obtenido de CEPALSTAT: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>
- CEPAL-PNUD. (1993). *Política fiscal en Chile: 1985-1991*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- Chile Atiende. (2024). *Dipreca*. Obtenido de Chile Atiende: El sistema de salud de Carabineros de Chile y la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) son parte de los subsistemas de salud en Chile que atienden a funcionarios de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, como Carabineros, Gendarmería.
- CIPER CHILE. (09 de octubre de 2020 p.6). *¿Cómo llegamos a tener un sistema escolar gobernado por el mercado?* Obtenido de CIPER: <https://www.ciperchile.cl/2020/10/09/como-llegamos-a-tener-un-sistema-escolar-gobernado-por-el-mercado/>
- Concilio Vaticano II. (1965 p. 33). *Gaudium et Spes*. Roma: Concilio Vaticano II.
- Constitución. (2024). *Constitución Política de la República, Chile*. Chile: Chile.
- Cortés, H. (1983). Políticas de estabilización en Chile: Inflación, desempleo y depresión 1975-1982. *Cuadernos de Economía Año 20, No, 60*, 149-175
<http://www.jstor.org/stable/41951160>.
- De Angelis et al. (2013, p. 36). ¿Hacia un nuevo modelo de desarrollo? Desde la teoría de la regulación: Argentina 2003-2010. *Problemas de Desarrollo 44(173)*, 31-56.
- De la Cuadra, S., & Rosende, F. (1982). *Política fiscal y cambiaria en economías inflacionarias: consideraciones sobre la experiencia chilena*. Santiago de Chile: Banco Central de Chile.
- Decreto 326. (1969). *Pacto Internacional por los derechos económicos, sociales y culturales (ONU)*. Chile: BCN.
- DIPRES. (2006). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Salisianos Impresores S.A.
- DIPRES. (2008). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Salisianos Impresores S.A.
- DIPRES. (2011). *Informe de finanzas Públicas*. Chile: Lom Ediciones.
- DIPRES. (2012). *Informe Final de Finanzas Públicas*. Chile: Salesianos impresores S.A.
- DIPRES. (2013). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Salisianos Impresores S.A.
- DIPRES. (2014). *Informe de Finanzas Públicas*. *Salisianos Impresores S.A.* Chile.
- DIPRES. (2014, pp. 52-53). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Salesianos Impresiones S.A.

- DIPRES. (2015). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Lom Ediciones.
- DIPRES. (2016a, p.63). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Yancovic.net LOM.
- DIPRES. (2016b, p.126). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: LOM.
- DIPRES. (2016c, p. 78). *Informe de Finanzas Públicas, Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2017*. Chile: Salisianos Impresores S.A.
- DIPRES. (2017, pp.91-93). *IFP*. Chile: Oh! Publicidad.
- DIPRES. (2018). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: Oh! Creativo.
- DIPRES. (2019). *Informe de Finanzas Públicas*. Chile: OH! Creative.
- Donoso-Díaz, S. ., & Benavides Moreno, N. (2017, p.2). Descentralización de la gestión pública e institucionalidad local en Chile: el caso de los directores comunales de educación. *innovar*, 115-126.
- Eguiguren Et al. (2024, p.2). Trayectorias Público/privadas de confirmación diagnóstica en pacientes con cánceres seleccionados del servicio metropolitano nortePOLITANO NORTE. *Revista Médica Revisa por Pares (MEDWAVE)*, 3.
- ENS. (2003). *Encuesta Nacional de Salud Ministerio de Salud*. Chile: MINSAL.
- ENS. (2009-2010). *Encuesta nacional de Salud Ministerio de Salud*. Chile: MINSAL.
- ENS. (2016-2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Chile: MINSAL.
- Fernández , T., & Tamaro, E. (2 de enero de 2025). *Biografía de Ulpiano*. Obtenido de Biografía de Ulpiano: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/u/ulpiano.htm>
- Fica, A. (2014, p. 1). Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile. Mucha vacuna y poco Papanicolau. *Scielo, Revista Chilena de Infectología*, 196-203. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000200010>.
- FMI. (2003, p. 1). No hay Consenso. *Finanzas y Desarrollo*, 8-13.
- Galdman, G. (2014, p. 12). A cuarenta años del golpe militar en Chile. Reflexiones en torno a conmemoraciones y memorias. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, Nueva Época, Año LIX, núm. 221 | mayo-agosto de 2014 | pp. 243-266 | ISSN-0185-1918* Recuperado 28-01-2025.
- García. (1785). *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. Elejandría.com.
- Garrido et al. (2013, p.89). Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. *Scielos, Revista Chilena de Cardiología Vol.32 No.2*, 85-96.
- Gattini, & Morales. (2023, p.1). Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. *Pan American Health Organization*, 9.
- Gaudichaud, F. (2015, p.13). *Las fisuras del neoliberalismo maduro chileno: Trabajo, "democracia protegida" y conflicto de clases*. CLACSO, Becas de investigación, 978-987-722-142-8. hal-01927555.
- Gimenez, P., & Ugarte F. (2014). *Política Nacional de Desarrollo Urbano*. Chile: Impreso for full service.
- Gómez y Mendez et. al. (s.f.).
- Goulet, D. (1995, p. 85). *Ética del desarrollo: guía teórica y práctica*. Madrid: Naciones Unidas.
- Goulet, D. (1996, p.132). *Ética del Desarrollo*. Madrid: Naciones Unidas.
- Herrera, C., Vives, A., & Carvallo, C. M. (2010). Protección integral de la Infancia. *Este libro forma parte del Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4041-lo-esencial-no-puede-ser-invisible-a-los-ojos-pobreza-e-infancia-en-america-latina>.
- Ibidem. (p.85).
- INDH. (2023, p.107). *Informe Anual 2023, Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Chile: INDH.
- INE. (2023, p.1). *CCIF 2018*. Chile: INE Chile.
- Kay, C. (2006, p.181). *André Gunder Frank (1929-2005): pionero de la teoría de la dependencia y mundialización*. México: Revista mexicana de sociología, 68(1), 181-190. Recuperado en 28 de enero de 2025, de

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032006000100006&lng=es&tlng=es.
- La Santa Sede. (1967 p.5). *Populorum Progressio*. Roma: La Santa Sede.
- Latinbarómetro. (2015). *Informe 1995-2015*. Santiago de Chile.
- Lebret. (30 de abril de 1954). *Economía Humana Política Civilización*. Obtenido de Conferencia Internacional de Economía y Humanismo:
<https://www.riehlatinoamerica.org/>
- León XII. (1891, p.16). *Rerum Novarum*. Roma: La Santa Sede.
- Ley de Salud. (2008). *Ley 19937*. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Lipset. (1959, p.119). Some Social Requisites of Democracy. *The American Political Science Review*, Vol. 53, num. 1, marzo.
- López, S. F. (2003, p.7). El impacto de la globalización y las políticas educativas en los sistemas de educación superior de América Latina y el Caribe. En *Las universidades en América Latina: ¿reformadas o alteradas?. La cosmética del poder financiero* (págs. 1-21). Buenos Aires:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101109015910/3lsegrera.pdf>,
capturado 02 de enero de 2025.
- Marini, M., & Millán, M. (1994, pp.218-222). *Teoría de la Dependencia Tomo II*. México pp. 211-230: UNAM.
- Martínez Et al. (2016, p.20). La teoría política de Thomas Hobbes y su influencia en la construcción del principio de legalidad en el Estado moderno. *VIA IURIS.*, 149.162. Fecha de consulta 16 de diciembre de 2024. ISSN 1909-5759.
- Martinic , S., & Elacqua, G. (2010, p.178). *¿Fin de ciclo? Cambios en la gobernanza del sistema educativo*. Santiago Chile: Andros Impresores.
- Mesías et al. (2014, p.37). Eficiencia del gasto público en educación y salud en América Latina. *Cumbres Revista Científica*, 35-52.
- Mesías, T., Reza, P., & León, S. (2020). Eficiencia del gasto público en educación y salud en América Latina. *Revista Cumbres Vol.6 N°2*, 35-52 Dialnet recuperado 27-11-2024.
- Micheletti, S., & Letelier, F. (2016). Damnificados de la reconstrucción post-terremoto. Efectos del modelo en el hábitat rural del Maule. *Revista INVI, vol. 31, núm. 86*, Recuperado 08-01-2025. <https://www.redalyc.org/journal/258/25845563002/html>.
- MINEDUC . (2003). *Estadísticas de la educación*. CHILE: MINEDUC.
- MINEDUC. (2017). *Sistemas Educativos del Mundo*. Colombia: Gobierno de Colombia.
- MINEDUC. (07 de 2024). *Biblioteca Digital Mineduc*. Obtenido de Biblioteca Digital Mineduc:
<https://bibliotecadigital.mineduc.cl/>
- Ministerio de Hacienda. (03 de 01 de 2025). *Dirección de Presupuesto*. Obtenido de Dirección de Presupuesto Gobierno de Chile (a): <https://old.hacienda.cl/glosario/gasto-publico.html>
- MINSAL. (2002). *Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Chile: Inscripción 129.370.
- MINSAL. (2003). *I Encuesta de salud*. Chile.
- MINSAL. (2007). *Red pública de salud*. Chile.
- MINSAL. (2015, pp.17-23). *Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012*. Chile 17-43: Revista chilena de infectología, 32(Supl. 1), 17-43.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000100003>.
- MINSAL. (2024). *Cotizantes Fonasa e Isapres*. Chile: Superintendencia de Salud.
- Molina et Al. (2008, p. 13). De la sobrevivencia al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*, p. 11-17 Volumen 79 (1).
- Monroy, J. (Dirección). (2022). *Filosofía Política* [Película].
- Muñoz, Z. (2020, p.6). Jardines infantiles comunitarios en Chile: una historia de resistencia.

Educación y Sociedad, 41.

- Muslow, G. (2000, p.1). Desarrollo Humano a través de los objetivos fundamentales transversales (OFT). *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (26), 127-132.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052000000100010>.
- Naciones Unidas. (2001 p.9). *UNSD*. Nueva York: Naciones Unidas. Obtenido de UNSD:
https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Download/In%20Text/M84_complete_spanish.pdf
- Naciones Unidas. (2001, p.3). *Clasificaciones de gastos por finalidades*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2001, p.9). *Clasificaciones de Gastos por Finalidades*. Nueva York, Obtenido de UNSD:
https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Download/In%20Text/M84_complete_spanish.pdf: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2015). *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (20 de febrero de 2024). *Naciones Unidas*. Obtenido de Naciones Unidas: news.un.org/es/story/2025/02/1536641
- Naciones Unidas. (20 de Febrero de 2025, p.8). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de Declaración Universal de los Derechos Humanos:
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- O'Donell, G., Iazetta, O., & Vargas, C. (2003, p.196). *Democracia, desarrollo humano y ciudadanía*. Santa Fe, Argentina p. 360: HomoSapiens.
- Olate et al. (2014 p.3). Urgencias Odontológicas en la Provincia de Cautín-Chile, entre los años 2009-2013. *J. Odontostomat.*, 447-452.
- Olivera, R. (2012). La Reforma Educacional Chilena. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 191-216.
- OMS. (2004). *Encuesta mundial de salud escolar*. Chile.
- OMS. (23 de 03 de 2024 p.1). *OMS*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es>
- ONU. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de Asamblea General en su resolución 217 A (III) p.p. 9: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, recuperado 02 enero 2025,
- ONU. (1966). *Declaración Universal de los derechos humanos*. Ginebra Suiza: ONU.
- ONU. (1969). *Decreto 326*. Chile: Naciones Unidas.
- Orrego, V., & Sanchez, M. (2019). *Elige Educar Educación parvularia en Chile, Estado del arte de la educación y desafíos*. Santiago de Chile: Elige educar.
- Ortega, L. (1991, p.1). El proceso de Industrialización en Chile 1850-1930. *Historia*, 34 p.
- osse. (01 de enero de 2019). *Estándares de aprendizaje temprano desde el distrito de Colimbía*. Obtenido de Instituto para Asistentes Educativos:
https://osse.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/osse/publication/attachments/2019%20District%20of%20Columbia%20Early%20Learning%20Standards_Spanish.pdf
- Pardo Et al. (2021 pp. 16-22). Escolarización de la educación parvularia en Chile: consensos entre actores del campo sobre su definición, causas y proposiciones. *Scielo, Calidad en la educación*, 30.
- Pedrosa, F., & Delch, F. (2017). *Herramientas para el análisis de la sociedad y el estado*. Eudeba 2019, Buenos Aires: IBA XXI.
- Piñol et al. (2011, p.135). Carga epidemiológica y económica de la hipertensión arterial en pacientes con síndrome metabólico en España: un modelo basado en la prevalencia. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 28(4), 126-136. Recuperado el 4 de 6 de 2024, de <https://elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-carga-epidemiologica-economica-hipertension-arterial-s1889183711001097>
- PNUD. (1990a, p.4). *Informe de Desarrollo Humano*. Bogotá, Colombia: Tm Tercer Mundo.

- PNUD. (1990b, p.34). *Índice de Desarrollo Humano*. Bogotá Colombia.
- PNUD. (1990c, p.35). *Índice de Desarrollo Humano*. Bogotá, Colombia: Tercer mundo.
- PNUD. (1990d, p.36). *Desarrollo Humano*. Colombia: PNUD.
- PNUD. (2004a, p.134). *Desarrollo Humano en Chile; El poder, ¿para que y para quién?* Chile: Ograma.
- PNUD. (2004b, p.137). *Informe sobre desarrollo humano*. New York: PNUD.
- PNUD. (2004c, p. 159). *Desarrollo Humano en Chile*. Chile: PNUD.
- PNUD. (2006, p.135). *Desarrollo Humano*. New York: Mundi Prensa Libros SA.
- PNUD. (2011, p.7). *Informe sobre Desarrollo Humano: sostenibilidad y equidad*. Nueva York, Estados Unidos.: Colorcra of Virginia.
- Portelli. (1973, pp.115-120). *Gramsci y el Bloque histórico*. México: Siglo XXI.
- Portelli, H. (2003, pp. 3-16). *Gramsci y el Bloque Histórico*. Argentina: Siglo XXI Editores SA de CV.
- Pretoww, J., & Vegas, E. (2008, p.69). Elevando el aprendizaje estudiantil en América Latina. El Reto del siglo XXI. *Banco Mundial*, 293 p.
- RADIO.UCHILE. (11 de septiembre de 2023). *RADIO.UCHILE*. Obtenido de RADIO.UCHILE: <https://radio.uchile.cl/2023/09/11/chile-a-50-anos-la-pobreza-el-legado-economico-de-la-dictadura/>
- Rawls, J. (2006, p. 236). *Teoría de la Justicia*. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Red Internacional. (19 de mayo de 2020). *Protestas del hambre. 1983: Las “marchas del hambre” y las Jornadas Nacionales de Protesta contra la crisis económica y la Dictadura*. Obtenido de La Izquierda Radio: <https://www.laizquierdadiario.cl/1983-Las-marchas-del-hambre-y-las-Jornadas-Nacionales-de-Protesta-contra-la-crisis-economica-y-la>
- Rink, F. (1803, p.3). *Pedagogía*. E lejandría.
- Rojas P., J., & Uauy D., R. (2006, p.2). Evolución de las normas de alimentación y nutrición del programa alimentario y cambios en el estado nutricional de preescolares beneficiarios de la Junji en las últimas tres décadas. *Revista Chilena de nutrición*, 33(1), 91-101. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000100010>.
- Román, & Señoret. (2008, p. 104). Estado actual de las especialidades médicas en Chile en el sistema no municipalizado. *SciELO*, 99-106.
- Salazar, G. (2013). *Movimientos sociales bajo la dictadura militar*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=LOFJ56cihBA>
- Saldias, C., Sánchez, S., & Schilling, L. (2021, pp. 16-17). Del determinismo a la agencia: Relatos de estudiantes egresados de enseñanza media técnico profesional que acceden a la universidad. *Pensamiento educativo*, 58(1), 1-17. <https://dx.doi.org/10.7764/pel.58.1.2021.2>, Recuperado 21-01-2015.
- Salguero. (2012, p.15). *La planificación territorial como instrumento de gestión para promover el desarrollo humano*. Guatemala: Universidad San Carlos, http://www.repositorio.usac.edu.gt/1357/1/15_1582.pdf recuperado 01-06-2025.
- Scott, J. (2011, p. 61). *Gasto público y desarrollo humano en México, análisis de incidencia y equidad*. México: CIDE.
- Sen. (2000 p. 56). *Inequality Reexamined*. Madrid, Alianza.
- Sen. (2000, p.30). *Desarrollo y Libertad*. Argentina: Grupo Planeta 1-435.
- Sen. (2011, p.81). *La idea de la justicia*. Buenos Aires: Taurus.
- Sen, & Nussbaum. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de cultura económica.
- Sen, A. (1999, p.19). *Desarrollo y libertad*. Nueva York: Planeta S.A.
- Sen, A. (2000, pp.20-22). *Desarrollo y Libertad*. Argentina: Planeta, Pag 1- 435.
- Sen, Amartya. (2000). *Desarrollo y Libertad*. México pag 19: Editorial Planeta.
- Senegal. (2000, p.74). *Foro Mundial sobre la Educación*. Santo Domingo.

- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *De las Neuronas al Vecindario: la Ciencia del Desarrollo Infantil Temprano*. Washington D.C.: Prensa de la Academia Nacional.
- Superintendencia de Salud. (27 de septiembre de 2023). *Garantías explícitas en salud GES-AUGE*. Obtenido de Superintendencia de Salud: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/garantias-explicitas-en-salud-ges-auge-3746/>
- Tinuco, G., Flores, C., Calderón, M., & Vargas, G. (2018). Gasto público vs línea de pobreza humana. *Revista, Investigación y Negocios*, 11(17), 75-85. Recuperado en 25 de noviembre de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-27372018000100008&lng=es&tIng=es.
- UNICEF. (20 de 09 de 2023). *Desarrollo en la primer infancia*. Obtenido de UNICEF: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/primeros-anos>
- Vekemans. (1972, p.15). r. *Antecedentes para el estudio de la " Teología de la Liberación"*, 28, 185-211, *Theologica Javeriana* (27), <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/teoxaveriana/article/view/28344>.
- Vidal de la Rosa. (2010, p. 21). Teoría democrática: Joseph Schumpeter y la síntesis moderna. *Repositorio Institucional UAM Xochimilco*, <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/44082>, recuperado 10-06-2025.
- Wray, & Renshaw. (2004, p.25). *Indicadores de bienestar y pobreza indígena*. Costa Rica: BID.
- Ziccardi. (2001, p.31). Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales. *CLACSO*, 459 P.
- Zorro. (2007, p.17). *El desarrollo: perspectivas y dimensiones aportes disciplinarios*. Bogotá Colombia: CIDER.
- Zorro. (2007, p.76). *El desarrollo: perspectivas y dimensiones. Aportes interdisciplinarios*.

Tabla de Contenido

i

Tabla 1. Tasa de Inflación y desempleo, país Chile.....	63
Tabla 2. Cobertura de consultas médicas en atención primaria.....	77
Tabla 3. Cobertura por nivel educativo, país Chile.....	82
Tabla 4. Matrícula según nivel de enseñanza, país Chile.....	88
Tabla 5. Matrícula total por prestador de educación, país Chile 2005.....	89
Tabla 6. Cobertura según nivel de enseñanza, país Chile.....	89
Tabla 7. Viviendas con servicio público, según censo 2002, país Chile.....	91
Tabla 8. Tendencia de hogares.....	92
Tabla 9. Descripción de casos AUGE.....	104
Tabla 10. Cobertura de casos en problemas de salud 2006-2009.....	106
Tabla 11. Cobertura en problemas de salud 2010-2013 Fonasa.....	110
Tabla 12. Cobertura de casos en problemas de salud, Fonasa 2014-2017.....	112
Tabla 13. Cobertura en problemas de salud 2018-2021.....	113
Tabla 14. Cobertura de casos en problemas de salud 2022-2023, Fonasa.....	115
Tabla 15. Cobertura de casos de salud Isapre 2006-2009.....	117
Tabla 16. Cobertura de casos en problemas de salud Isapre, 2010-2013.....	118
Tabla 17. Cobertura de casos en problemas de salud 2014-2017, Isapre.....	120
Tabla 18. Cobertura en casos en problemas de salud 2018-2021, Isapre.....	120
Tabla 19. Cobertura en casos de salud 2022-2023, Isapre.....	121
Tabla 20. Cobertura de fuerza de trabajo en relación con cotizantes.....	124
Tabla 21. Número de cotizantes según seguro de salud y región anual.....	125
Tabla 22. Esperanza de vida al nacer por sexo, país Chile.....	127
Tabla 23. Tasa de analfabetismo 2006 por sexo y edad.....	138
Tabla 24. Tasa de Analfabetismo por sexo y edad 2009.....	139
Tabla 25. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	140
Tabla 26. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	141
Tabla 27. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	142
Tabla 28. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	143
Tabla 29. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	144
Tabla 30. Tasa de Analfabetismo por sexo y edad.....	145
Tabla 31. Tasa de analfabetismo por sexo y edad.....	146
Tabla 32. Tasa de analfabetismo por sexo y área.....	147
Tabla 33. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área.....	148
Tabla 34. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área.....	149
Tabla 35. Tasa de analfabetismo por sexo, grupo de edad y área.....	150
Tabla 36. Matrícula por región de educación parvularia.....	159
Tabla 37. Matrícula en educación parvularia y especial.....	161
Tabla 38. Alumnos que inician el primer grado y el último grado de enseñanza.....	162
Tabla 39. Matrícula anual en educación básica.....	163
Tabla 40. Cobertura en educación básica por región 2006-2020.....	164
Tabla 41. Tasa de cobertura en educación básica adulta.....	165
Tabla 42. Tasa de cobertura en educación básica especial.....	167
Tabla 43. Matrícula en educación media, 2006-2020.....	168
Tabla 44. Tasa de deserción 2010-2016.....	169
Tabla 45. Distribución en educación media regular.....	172
Tabla 46. Distribución en educación superior por región.....	173
Tabla 47. Tendencia de matrícula total según nivel enseñanza / formación.....	174
Tabla 48. Distribución de ingreso per cápita del hogar.....	176

Tabla 49. Distribución de ingreso mensual de los hogares.....	177
Tabla 50. Política habitacional 2006-2010.....	179
Tabla 51. Inversión pública en Chile 2010.....	181
Tabla 52. Resultados del censo 2017, vivienda y región	188
Tabla 53. Tipo de vivienda 2017, particular y colectiva	190
Tabla 54. Tasa de presupuesto público.....	196
Tabla 55. Presupuesto de egresos público, Chile	202
Tabla 56. Gasto público de gobierno por función	203
Tabla 57. Gasto público de gobierno por función % PIB	204
Tabla 58. Gasto público de gobierno destinado a vivienda.....	205

ANEXOS

Anexo 1. CASOS GES POR PROBLEMAS DE SALUD

N°	PROBLEMA DE SALUD	N°	PROBLEMA DE SALUD
1	Insuficiencia renal crónica terminal	31	Retinopatía diabética
2	Cardiopatías congénitas operables	32	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
3	Cáncer cérvico uterino	33	Hemofilia
4	Cuidados paliativos cáncer terminal	34	Depresión en personas de 15 años y más
5	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)		Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la
6	Diabetes mellitus Tipo 1	35	próstata en personas sintomáticas
7	Diabetes mellitus Tipo 2	36	Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
8	Cáncer de mama	37	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años
9	Disrafias espinales		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento
10	Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años	38	ambulatorio
11	Cataratas	39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
12	Artrosis de cadera severa que requiere prótesis	40	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
13	Fisura labiopalatina		Tratamiento médico en personas de 55 años y más con
14	Cánceres infantiles	41	artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
15	Esquizofrenia		Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de
16	Cáncer de testículo	42	aneurismas cerebrales
17	Linfoma del adulto		Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema
18	VIH / SIDA (3)	43	nervioso central en personas de 15 años o más
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	44	Tratamiento quirúrgico hernia núcleo pulposo lumbar
20	Neumonía comunitaria de manejo ambulatorio	45	Leucemia en personas de 15 años y más
21	Hipertensión arterial	46	Urgencias odontológicas ambulatorias
22	Epilepsia no refractaria	47	Salud oral integral del adulto de 60 años
23	Salud oral	48	Politraumatizado grave
24	Prematurez (prevención de parto prematuro)(4)		Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico
25	Trastorno de conducción que requiere marcapaso	49	moderado o grave
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos	50	Trauma ocular grave
27	Cáncer gástrico	51	Fibrosis quística
28	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	52	Artritis reumatoidea
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más		Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en
30	Estrabismo en menores de 9 años	53	menores de 20 años
		54	Analgesia del parto
		55	Gran quemado
			Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que
		56	requieren uso de audífono
		57	Retinopatía del prematuro (4)
		58	Displasia broncopulmonar del prematuro (4)
		59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (4)
		60	Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más

Anexo 1. CASOS GES POR PROBLEMAS DE SALUD

N°	PROBLEMA DE SALUD
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más
62	Enfermedad de Parkinson
63	Artritis idiopática juvenil
64	Prevención secundaria insuficiencia renal crónica terminal
65	Displasia luxante de caderas
66	Salud oral integral de la embarazada
67	Esclerosis múltiple recurrente remitente
68	Hepatitis B
69	Hepatitis C
70	Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71	Cáncer de ovario epitelial
72	Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más
	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula
74	Aórtica en personas de 15 años y más
75	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77	Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78	Lupus eritematoso sistémico
	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula
79	Mitral y Tricúspide en personas de 15 años y más
80	Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori
81	Cáncer de pulmón
82	Cáncer de tiroides
83	Cáncer renal
84	Mieloma múltiple en personas de 15 años y más
85	Enfermedad de alzheimer y otras demencias
86	Atención integral de salud en agresión sexual aguda
87	Rehabilitación SARS COV-2
0	Sin Problema de Salud Informado

ANEXO II PRESUPUESTO EJERCIDO EN SALUD 2006-2022.

MINISTERIO DE HACIENDA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO				2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
INFORME DE EJECUCIÓN ACUMULADA DEL PERÍODO												
SALUD, PROGRAMA: FONDO NACIONAL DE SALUD												
Subt.	Item	Asig.	Clasificación Económica	%	%	%	%	%	%	%	%	%
			INGRESOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES	50%	40.5%	40.7%	35.5%	35.1%	36.9%	37.4%	36.4%	34.6%
	02		Aportes del Trabajador	0%	0.0%	40.7%	35.5%	35.1%	36.9%	37.4%	36.4%	34.6%
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0%	0.3%	0.4%	0.6%	0.5%	0.7%	0.5%	0.5%	0.4%
	02		Del Gobierno Central	0%	0.3%	0.4%	0.6%	0.5%	0.7%	0.5%	0.5%	0.4%
		006	Caja de Previsión de la Defensa Nacional	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			Sistema Chile Solidario	0%	5.7%	0.14%	0.12%	0.0%	0.20%	0.09%	0.08%	0.08%
		009	Ley N° 20.595 y Sistema Chile Solidario	0%	5.7%	0.14%	0.12%	0.0%	0.20%	0.09%	0.08%	0.08%
		11	Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo Ley N°20.85	0%	0.0%					0.0%	0.0%	
		015	Sistema de Protección Integral a la Infancia	0%	0.0%	0.3%	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%
07			INGRESOS DE OPERACION	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	0%	0.0%	5.4%	4.6%	4.2%	4.2%	3.9%	4.6%	3.7%
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	02		Multas y Sanciones Pecuniarias	0%	0.0%				0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	04		Fondos de Terceros	0%	0.0%	5.4%	4.5%	4.1%	4.1%	3.8%	3.7%	3.5%
		001	Curativa Cargo Usuario	0%	0.0%	5.4%	4.5%	4.1%	4.1%	3.8%	3.7%	3.5%
	99		Otros	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.8%	0.1%
09			APORTE FISCAL	50%	50.6%	53.2%	59.1%	60.1%	58.0%	57.9%	58.4%	61.2%
	01		Libre	50%	50.6%	53.2%	59.1%	60.1%	58.0%	57.9%	58.4%	61.2%
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
12			RECUPERACION DE PRESTAMOS	0%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
	05		Médicos	0%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
15			SALDO INICIAL DE CAJA	0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			GASTOS	100%	100%	100%	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%
21			GASTOS EN PERSONAL	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	0.9%	0.9%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.5%
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	19.7%	19.0%	19.8%	18.0%	16.4%	16.5%	15.9%	15.2%	15.0%
	01		Prestaciones Previsionales	19.7%	19.0%	19.8%	18.0%	16.4%	16.5%	15.9%	15.2%	15.0%
		009	Bonificaciones de Salud	15.0%	13.5%	13.4%	11.2%	10.3%	10.4%	10.3%	10.2%	9.6%
		014	Subsidio Cajas de Compensación de Asignación Familiar	4.7%	5.5%	6.4%	6.8%	6.1%	6.1%	5.6%	5.0%	5.4%
		017	Fondo Bono Laboral Ley N° 20.305	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	03		Prestaciones Societas del Empleador	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		001	Indemnización de Cargo Fiscal	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		003	Fondo Retiro Funcionarios Públicos Ley N° 19.882	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	75.3%	73.1%	78.4%	80.4%	82.1%	82.0%	82.6%	83.6%	83.6%
	1		Al Sector Privado	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		10	Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		11	Bono Auge	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	02		Al Gobierno Central	75.3%	73.1%	78.4%	80.4%	82.0%	82.0%	82.6%	83.6%	83.6%
		034	Instituto de Salud Pública de Chile	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		035	Programa de Atención Primaria	19.3%	19.7%	21.8%	20.9%	21.3%	22.7%	23.9%	23.4%	22.9%
		036	Programa de Prestaciones Valoradas	24.6%	25.5%	25.3%	25.1%	23.9%	19.9%	28.6%	29.1%	28.7%
		037	Programa de Prestaciones Institucionales	31.4%	27.9%	31.2%	34.4%	34.0%	37.0%	27.6%	28.9%	29.8%
		40	Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		043	Subsecretaría de Salud Pública	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	2.3%	2.5%	2.2%	2.2%
		045	Comité Industrias Inteligentes	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	03		A Otras Entidades Públicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		10	Financiamiento de Prestaciones Médicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		410	Aplicación Ley N°20.850	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25			INTEGROS AL FISCO	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		01	Impuestos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
			Otros Integros al Fisco	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	99		Otros Integros al Fisco	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
26			OTROS GASTOS CORRIENTES	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
		01	Devoluciones	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		02	Compensaciones por Daños a Terceros y/o a la Propiedad	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
29			ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	03		Vehículos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	04		Mobiliario y Otros	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	05		Máquinas y Equipos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	06		Equipos Informáticos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	07		Programas Informáticos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
32			PRESTAMOS	0.5%	0.4%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%
			PRESTAMOS	0.5%	0.4%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%
	05		Médicos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%
34			SERVICIO DE LA DEUDA	-	-	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%
	07		Deuda Flotante	-	-	0.2%	0.1%	-	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%
35			SALDO FINAL DE CAJA	3%	6%	-	-	-	0.0%	-	-	-
			RESULTADO	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	0.0%	-0.6%	0.1%	0.3%	-0.4%

MINISTERIO DE HACIENDA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO				2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
INFORME DE EJECUCIÓN ACUMULADA DEL PERIODO											
SALUD, PROGRAMA : FONDO NACIONAL DE SALUD											
Subt.	Item	Asig.	Clasificación Económica	%	%	%	%	%	%	%	%
			INGRESOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES	36.7%	31.2%	29.6%	29.3%	28.47%	25.7%	20.8%	17.3%
	02		Aportes del Trabajador	36.7%	31.2%	29.6%	29.3%	28.47%	25.7%	20.8%	17.3%
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.0%	0.9%	1.1%	1.1%	1.11%	1.6%	1.2%	1.6%
	02		Del Gobierno Central	2.0%	0.9%	1.1%	1.1%	1.11%	1.6%	1.2%	1.6%
		006	Caja de Previsión de la Defensa Nacional	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.02%	0.0%	0.0%	0.0%
			Sistema Chile Solidario	0.0%	0.06%	0.0%	0.05%	0.00%	0.04%	0.0%	0.0%
		009	Ley N° 20.595 y Sistema Chile Solidario	0.0%	0.06%	0.0%	0.05%	0.00%	0.04%	0.0%	0.0%
		11	Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo Ley N°20.851	0.0%	0.5%	0.7%	0.7%	0.82%	1.3%	1.0%	1.4%
		015	Sistema de Protección Integral a la Infancia	2.0%	0.3%	0.3%	0.2%	0.27%	0.2%	0.2%	0.2%
07			INGRESOS DE OPERACION	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	3.8%	3.2%	2.9%	2.8%	1.92%	1.5%	0.2%	0.1%
	01		Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.0%	0.0%	0.0%
	02		Multas y Sanciones Pecuniarias	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.2%	0.0%
	04		Fondos de Terceros	3.4%	3.1%	2.8%	2.7%	1.83%	1.3%	0.0%	80.1%
		001	Curativa Cargo Usuario	3.4%	3.1%	2.8%	2.7%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	99		Otros	0.4%	0.0%	0.1%	0.1%	0.08%	0.1%	0.0%	0.0%
09			APORTE FISCAL	57.4%	64.6%	66.1%	66.4%	67.86%	70.6%	77.1%	80.1%
	01		Libre	57.4%	64.6%	66.1%	66.4%	67.86%	70.6%	77.1%	80.1%
10			VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
12			RECUPERACION DE PRESTAMOS	0.1%	0.1%	0.3%	0.5%	0.64%	0.6%	0.7%	0.8%
	05		Médicos	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.07%	0.1%	0.1%	0.1%
15			SALDO INICIAL DE CAJA	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
			GASTOS	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%	100%	100%
21			GASTOS EN PERSONAL	0.3%	0.4%	0.3%	0.3%	0.30%	0.3%	0.3%	0.2%
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%	0.31%	0.3%	0.2%	0.2%
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	16.1%	15.2%	14.0%	13.9%	12.57%	15.0%	11.5%	6.6%
	01		Prestaciones Previsionales	16.1%	15.2%	14.0%	13.9%	12.56%	15.0%	11.5%	6.6%
		009	Bonificaciones de Salud	9.2%	8.7%	7.9%	7.6%	6.62%	5.5%	5.3%	6.2%
		014	Subsidio Cajas de Compensación de Asignación Familiar	6.8%	6.4%	6.1%	6.4%	5.94%	9.5%	6.1%	0.4%
		017	Fondo Bono Laboral Ley N° 20.305	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.0%	0.0%	0.0%
	03		Prestaciones Sociales del Empleador	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.0%	0.0%	0.0%
		001	Indemnización de Cargo Fiscal	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.0%	0.0%	0.0%
		003	Fondo Retiro Funcionarios Públicos Ley N° 19.882	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	81.2%	83.6%	84.9%	85.1%	86.30%	84.4%	87.1%	91.6%
	1		Al Sector Privado	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	3.1%	4.1%	3.8%
		10	Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	3.0%	3.9%	3.5%
		11	Bono Auge	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.1%	0.2%	0.3%
	02		Al Gobierno Central	81.2%	83.1%	84.1%	84.4%	85.47%	80.0%	81.7%	86.2%
		034	Instituto de Salud Pública de Chile	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%	0.0%	0.0%	0.0%
		035	Programa de Atención Primaria	30.3%	22.3%	21.5%	21.5%	20.99%	20.8%	20.9%	21.5%
		036	Programa de Prestaciones Valoradas	25.4%	24.8%	23.3%	27.4%	25.48%	22.0%	21.9%	28.2%
		037	Programa de Prestaciones Institucionales	23.3%	33.7%	37.1%	33.7%	37.30%	35.4%	36.6%	33.3%
		40	Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
		043	Subsecretaría de Salud Pública	2.3%	2.2%	2.2%	1.7%	1.69%	1.9%	2.3%	3.2%
		045	Comité Industrias Inteligentes	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	1.6%
	03		A Otras Entidades Públicas	0.0%	0.5%	0.7%	0.8%	0.82%	1.3%	1.3%	1.6%
		10	Financiamiento de Prestaciones Médicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.2%	0.2%
		410	Aplicación Ley N°20.850	0.0%	0.0%	0.7%	0.8%	0.82%	1.3%	1.0%	1.4%
25			INTEGROS AL FISCO	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.02%	0.0%	0.0%	0.4%
		01	Impuestos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.02%	0.0%	0.0%	0.0%
			Otros Integros al Fisco	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	99		Otros Integros al Fisco	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.02%	0.0%	0.0%	0.4%
26			OTROS GASTOS CORRIENTES	0.6%	0.1%	0.1%	0.1%	0.26%	0.3%	0.3%	0.3%
		01	Devoluciones	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.14%	0.1%	0.1%	0.1%
		02	Compensaciones por Daños a Terceros y/o a la Propiedad	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.12%	0.2%	0.2%	0.2%
29			ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.02%	0.0%	0.0%	0.0%
	03		Vehículos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	04		Mobiliario y Otros	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	05		Máquinas y Equipos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	06		Equipos Informáticos	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%
	07		Programas Informáticos	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.02%	0.0%	0.1%	0.0%
32			PRESTAMOS	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.17%	0.1%	0.1%	0.2%
			PRESTAMOS	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	0.17%	0.1%	0.1%	0.2%
	05		Médicos	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.17%	0.1%	0.1%	0.2%
34			SERVICIO DE LA DEUDA	1.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.06%	0.1%	0.5%	0.3%
	07		Deuda Flotante	1.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.06%	0.1%	0.5%	0.3%
35			SALDO FINAL DE CAJA	0.0%	-	-	-	-	-	0%	-
			RESULTADO	-0.1%	0.3%	1.1%	1.1%	0.64%	0.0%	0.7%	0.4%

ANEXO III PRESUPUESTO DE EDUCACIÓN 2006-2019

MINISTERIO DE HACIENDA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO										
EDUCACIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR										
INFORME DE EJECUCIÓN ANUAL										
Subt.	Item	Asig.	Clasificación Económica	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2013	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2014	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2015	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2016	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2017	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2018	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2019
INGRESOS				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0.29%	2.28%	1.49%	4.13%	6.56%	5.02%	5.73%
	02		Del Gobierno Central	0.29%	2.28%	1.49%	4.13%	6.56%	5.02%	5.73%
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	0.00%	0.07%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
09			APORTE FISCAL	99.71%	97.03%	97.51%	91.52%	93.44%	94.72%	87.61%
	01		Libre	99.10%	96.25%	95.05%	89.72%	88.85%	89.89%	81.82%
	02			0.52%	0.68%	2.36%	4.51%	4.09%	4.39%	5.31%
	03		Servicio de la Deuda Externa	0.10%	0.09%	0.10%	0.28%	0.50%	0.44%	0.48%
12				0.00%	0.00%	0.00%	4.08%	0.00%	0.26%	6.66%
	10			0.00%	0.00%	0.00%	4.08%	0.00%	0.26%	6.66%
		001		0.00%	0.00%	0.00%	4.08%	0.00%	0.26%	6.66%
14			ENDEUDAMIENTO	0.00%	0.62%	1.00%	0.27%	0.00%	0.00%	0.00%
	02		Endeudamiento Externo	0.00%	0.62%	1.00%	0.27%	0.00%	0.00%	0.00%
15			SALDO INICIAL DE CAJA	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
GASTOS				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	56.85%	56.85%	58.69%	64.12%	69.71%	71.09%	88.97%
	1		Al Sector Privado	0.00%	0.00%			0.00%	0.00%	0.00%
	02		Al Gobierno Central	0.00%	0.00%	0.09%	0.05%	0.00%	0.00%	0.00%
	24		Convenio integral	0.00%	0.00%	0.09%	0.05%	0.00%	0.00%	0.00%
		003	A Corfo			0.09%	0.05%			
	03		A Otras Entidades Públicas	56.85%	56.85%	58.60%	64.07%	69.71%	71.09%	88.97%
		004	Programa de Becas "Presidente de la República"	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		196	Aporte Artículo 2° DFL (Ed.) N° 4, de 1981	17.87%	16.70%	15.08%	13.46%	5.88%	5.35%	8.59%
		197	Aporte Artículo 3° DFL (Ed.) N° 4, de 1981	2.23%	1.99%	1.75%	0.78%	0.00%	0.17%	0.00%
		198	Financiamiento del acceso gratuito a las Universidades 2017	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	31.31%	32.57%	43.58%
		199	Financiamiento del acceso gratuito a Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica 2017	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	10.67%	14.59%	20.69%
		200	Becas Educación Superior	32.10%	33.29%	34.37%	22.32%	18.13%	14.63%	12.82%
		201	Financiamiento del acceso gratuito a las Instituciones de Educación Superior 2016	0.00%	0.00%	0.00%	24.16%	0.00%	0.00%	0.00%
		202	Fondo de desarrollo institucional	0.84%	0.79%	0.71%	0.16%	0.13%	0.11%	0.03%
		203	Universidad de Chile	0.85%	0.75%	0.66%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		204	Pasantías Técnicos Nivel Superior	0.21%	0.28%	0.36%	0.21%	0.34%	0.12%	0.02%
		206	Pasantías técnicos nivel superior							
		207								
		208	Aplicación Ley N° 20.374	0.19%	0.18%	0.18%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		211	Beca Idioma	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		212	Apoyo Innovación Educación Superior	0.15%	0.27%	0.23%	0.43%	0.00%	0.14%	0.00%
		213	Educación Superior Regional	0.17%	0.30%	0.31%	0.10%	0.08%	0.05%	0.00%
		214	Fortalecimiento Universidades art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.30%	0.26%	0.22%	0.04%	0.09%	0.08%	0.00%
		218	Basal por Desempeño Universidades Art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.00%	1.01%	1.15%	1.39%	1.60%	1.64%	1.44%
		300	Semestre en el Extranjero Beca Vocación de Profesor	1.36%	1.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
		606	Cursos de Idiomas para Becas Chile	0.00%	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.00%
		802	Fondo de Desarrollo Institucional	0.00%	0.00%	0.31%	0.99%	0.18%	0.01%	0.00%
		805	Aplicación Ley N° 20.834	0.00%	0.01%	0.64%	0.78%	1.07%	1.09%	1.43%
		806	Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes	0.01%	0.01%	0.25%	0.00%	0.00%	0.15%	0.00%
		807	Convenio Marco Universidades Estatales	0.00%	0.00%	1.69%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		812	Internacionalización de Universidades	0.00%	0.35%	0.18%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		813	Aplicación Ley N° 20.807	0.00%	0.39%	0.32%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		852	Aplicación Ley N° 20.842, Universidades Rancagua y Aysén	0.00%	0.27%	0.16%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		853	Aporte para Fomento de Investigación	0.00%	0.00%	0.00%	0.17%	0.24%	0.39%	0.37%
		860	Fortalecimiento Formación Técnico Profesional Educación Superior	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
30			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS FINANCIEROS	29.38%	29.14%	29.56%	28.23%	25.16%	23.33%	4.33%
	01		Compra de Títulos y Valores	29.38%	29.14%	29.56%	28.23%	25.16%	23.33%	4.33%
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	10.87%	9.20%	8.36%	1.29%	0.50%	0.67%	0.38%
	01		Al Sector Privado	0.00%		0.04%	0.00%			
		041	Plan de Emergencia de Infraestructura y Equipamiento de Instituciones de Educación Superior según DS (Interior) N°s 354 y 355, ambos del 2015			0.04%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	03		A Otras Entidades Públicas	10.87%	9.20%	8.32%	1.29%	0.50%	0.67%	0.38%
		035	Fondo Desarrollo Institucional-Infraestructura Art 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.46%	0.53%	0.47%	0.06%	0.02%	0.06%	0.00%
		036	Aplicación Letra a) Art. 71 bis de la Ley N° 18.591	8.98%	6.72%	5.06%	0.64%	0.00%	0.15%	0.00%
			Plan de Emergencia de Infraestructura y Equipamiento de Instituciones de Educación Superior según DS (Interior) N°s 354 y 355, ambos del 2015	0.00%	0.69%	0.19%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
		401	Fondo de Desarrollo Institucional - Infraestructura	0.24%	0.24%	0.21%	0.01%	0.06%	0.00%	0.00%
		404	Educación Superior Regional	0.19%	0.33%	0.05%	0.02%	0.01%	0.01%	0.00%
		405	Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes		0.41%	0.36%				
		406	Fortalecimiento Universidades art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.20%	0.17%	0.15%	0.03%	0.00%	0.00%	0.00%
		407	Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes	0.21%	0.18%	0.13%	0.23%	0.00%	0.02%	0.00%
		408	Fortalecimiento de la calidad Educación Técnica y Profesional							
		409	Fondo de Desarrollo Institucional - Infraestructura	0.59%	0.52%	0.35%	0.31%	0.42%	0.43%	0.37%
			Basal por Desempeño Universidades Art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981							
34			SERVICIO DE LA DEUDA	2.90%	4.81%	3.39%	6.36%	4.62%	4.91%	6.32%
	01		Amortización Deuda Interna	0.46%	0.56%	2.03%	4.03%	3.57%	3.77%	4.83%
	02		Amortización Deuda Externa	0.09%	0.09%	0.08%	0.27%	0.49%	0.43%	0.49%
	03		Intereses Deuda Interna	0.03%	0.12%	0.29%	0.47%	0.52%	0.60%	0.87%
	04		Intereses Deuda Externa	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.04%	0.03%
	07		Deuda Flotante	2.31%	4.04%	0.98%	1.57%	0.02%	0.06%	0.11%
			SALDO FINAL DE CAJA	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
35			RESULTADO	0.00%	-1.07%	-1.64%	-0.29%	0.09%	0.28%	7.26%

MINISTERIO DE HACIENDA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO										
EDUCACIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR										
INFORME DE EJECUCIÓN ANUAL										
Subt.	Item	Asig.	Clasificación Económica	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2006	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2007	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2008	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2009	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2010	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2011	Ejecución Acumulada al Cuarto Trimestre 2012
INGRESOS				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	0.0%	0.0%	0.00%	0.02%	0.46%	0.30%	0.01%
	02		Del Gobierno Central	0.0%	0.0%	0.00%	0.02%	0.46%	0.30%	0.01%
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%	0%	0.06%
09			APORTE FISCAL	99.96%	99.4%	98.54%	99.98%	99.30%	99.70%	99.94%
	01		Libre	99.97%	99.4%	98.49%	99.97%	99.29%	99.46%	99.55%
	02							0%	0.12%	0.27%
	03		Servicio de la Deuda Externa	0.01%	0.1%	0.06%	0.01%	0%	0.12%	0.12%
12								0%	0.00%	0.00%
	10							0%	0.00%	0.00%
	001							0%	0.00%	0.00%
14			ENDEUDAMIENTO	0.0%	0.7%	1.46%	0.00%	0.25%	0.00%	0.00%
	02		Endeudamiento Externo	0.00%	0.7%	1.46%	0.00%	0.25%	0.00%	0.00%
15			SALDO INICIAL DE CAJA	0.00%	-0.1%	0.00%	0.00%	0%	0.00%	0.00%
GASTOS				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	70.56%	46.19%	64.56%	68.60%	46.64%	49.90%	55.37%
	1		Al Sector Privado	2.17%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.18%	0.00%
	02		Al Gobierno Central			0.00%			0.00%	0.00%
	24		Convenio Integral			0.00%			0.00%	0.00%
	003		A Corbo							
	03		A Otras Entidades Públicas	68.39%	46.19%	64.56%	68.40%		49.72%	55.37%
	004		Programa de Becas "Presidente de la República"	42.22%		0.00%			0.00%	0.00%
	196		Aporte Artículo 2° DFL (Ed) N°4, de 1981		20.37%	35.71%	34.20%	20.57%	20.69%	19.31%
	197		Aporte Artículo 3° DFL (Ed) N°4, de 1981	6.46%	5.48%	5.24%	4.90%	2.83%	2.85%	2.53%
	198		Financiamiento del acceso gratuito a las Universidades 2017	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	199		Financiamiento del acceso gratuito a Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica 2017	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	200		Becas Educación Superior	15.32%	18.11%	20.90%	25.70%	18.29%	21.38%	28.80%
	201		Financiamiento del acceso gratuito a las Instituciones de Educación Superior 2016	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	202		Fondo de desarrollo institucional	1.94%	0.61%	0.57%	1.20%	0.62%	1.08%	1.03%
	203		Universidad de Chile	2.45%	1.06%	1.98%	1.80%	1.07%	1.08%	0.96%
	204		Pasantías Técnicas Nivel Superior	0.00%	0.45%	0.17%	0.00%	0.46%	0.27%	0.01%
	206		Pasantías técnicos nivel superior	0.00%	0.11%		0.30%	0.11%		
	207						0.30%	2.69%	1.31%	0.89%
	208		Aplicación Ley N° 20.374	0.00%	0.0%	0.00%		0.00%		0.00%
	211		Beca Idioma	0.00%	0.0%	0.00%		0.00%		0.00%
	212		Apoyo Innovación Educación Superior	0.00%	0.0%	0.00%				0.00%
	213		Educación Superior Regional	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.18%
	214		Fortalecimiento Universidades art. 1° DFL (Ed) N° 4 de 1981	0.00%	0.0%	0.00%			0.79%	0.35%
	218		Basal por Desempeño Universidades Art. 1° DFL (Ed) N° 4 de 1981	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.02%
	300		Semestre en el Extranjero Beca Vocación de Profesor	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.53%
	606		Cursos de Idiomas para Becas Chile	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	802		Fondo de Desarrollo Institucional	0.00%	0.0%	0.00%			0.27%	0.00%
	805		Aplicación Ley N° 20.634	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.14%
	806		Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.61%
	807		Convenio Marco Universidades Estatales	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	812		Internacionalización de Universidades	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	813		Aplicación Ley N° 20.807	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	852		Aplicación Ley N° 20.842, Universidades Rancagua y Aysén	23.35%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	853		Aporte para Fomento de Investigación	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
	860		Fortalecimiento Formación Técnico Profesional Educación Superior	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.00%
30			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS FINANCIEROS	2.40%	36.69%	7.90%	5.40%	37.06%	30.79%	30.52%
	01		Compra de Títulos y Valores	2.40%	36.69%	7.90%	5.40%	37.06%	30.79%	30.52%
33			TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	26.77%	15.98%	27.48%	25.90%	16.11%	19.05%	12.49%
	01		Al Sector Privado	26.77%	0.0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	041		Plan de Emergencia de Infraestructura y Equipamiento de Instituciones de Educación Superior según DS (Interior) N°s 354 y 355, ambos del 2015	0.00%	0.03%	0.00%	0.00%		0.78%	
	03		A Otras Entidades Públicas	26.77%	15.95%	27.48%	25.90%	16.11%	18.20%	12.49%
	035		Fondo Desarrollo Institucional-Infraestructura Art 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	3.41%	3.07%	4.15%	4.20%	3.10%	1.77%	0.67%
	036		Aplicación (letra a) Art. 71 bis de la Ley N° 18.591 Plan de Emergencia de Infraestructura y Equipamiento de Instituciones de Educación Superior según DS (Interior) N°s 354 y 355, ambos del 2015	23.36%	12.88%	23.33%	21.70%	13.01%	14.31%	10.66%
	401		Fondo de Desarrollo Institucional - Infraestructura	0.00%	0.0%	0.00%			0.69%	0.00%
	404		Educación Superior Regional	0.00%	0.0%	0.00%			0.00%	0.12%
	405		Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes	0.00%	0.0%				0.65%	0.44%
	406		Fortalecimiento Universidades art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.00%	0.0%	0.00%			0.34%	0.23%
	407		Desarrollo de las Humanidades, las Ciencias Sociales y las Artes	0.00%	0.0%	0.00%				0.00%
	408		Fortalecimiento de la calidad Educación Técnica y Profesional							0.01%
	409		Fondo de Desarrollo Institucional - Infraestructura	0.00%	0.0%	0.00%				0.27%
			Basal por Desempeño Universidades Art. 1° DFL (Ed.) N° 4 de 1981	0.00%	0.0%					
34			SERVICIO DE LA DEUDA	0.39%	0.15%	0.06%	0.20%	0.15%	0.27%	1.61%
	01		Amortización Deuda Interna	0.00%	0.02%	0.00%	0.10%		0.11%	0.25%
	02		Amortización Deuda Externa	0.00%	0.11%	0.00%	0.10%	0.10%	0.11%	0.10%
	03		Intereses Deuda Interna	0.01%	0.00%	0.00%			0.01%	0.01%
	04		Intereses Deuda Externa		0.01%	0.06%	0.00%	0.05%	0.00%	0.01%
	07		Deuda Flotante	0.38%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.24%
			SALDO FINAL DE CAJA	-0.12%	0.00%				0.00%	0.00%
35			RESULTADO		0.98%	0.00%	-0.12%	0.00%	0.00%	0.00%