

La lógica brutal de la privatización

ANA MARÍA ARTEAGA¹



«Más allá de eufemismos, la privatización de la salud, de la previsión social y de la educación operada por los neoliberales, impuso una lógica brutal: tanto dinero tienes, tanta salud, calidad de educación para tus hijos y pensión de retiro tendrás. Si eres privilegiado, accederás a servicios de privilegio. Si eres pobre, tendrás que conformarte con lo que es capaz de entregarte el sistema público.»²

Prestaciones sociales básicas: una cuestión de mercado

El párrafo citado es ilustrativo de los efectos que sobre la mayoría de los chilenos han significado las profundas reformas introducidas en la década de los años 80 por el régimen militar (1973-1989) en los sistemas de salud, educación y previsión social. Estas transformaciones representaron un quiebre respecto a la orientación de las políticas sociales que se venían aplicando desde los años 20, orientadas prioritariamente a la disminución de las desigualdades sociales a través de la redistribución del ingreso, la ampliación del sistema de previsión y seguridad social y la extensión del sistema escolar y de enseñanza media y universitaria.

Este cambio radical lo efectuó el gobierno militar en función de una doble argumentación: por una parte, atribuyendo una ineficacia histórica al Estado como ente administrador y distribuidor de recursos y, por otra, sosteniendo que el crecimiento económico era la única vía para mejorar el bienestar de la población. Buscando reducir el gasto social al máximo, disminuir los beneficios e incorporar al mercado como ente proveedor, el Estado pasó a cumplir una función subsidiaria, interviniendo sólo ante situaciones de deficiencia estructural de sectores específicos para satisfacer por sí mismos sus necesidades más básicas. De hecho, la dimensión económica se impuso como el criterio fundamental a la hora de aplicar las políticas sociales.

Los postulados del gobierno militar se tradujeron en dos acciones sustantivas: la focalización del gasto social y el ingreso de la empresa privada y del mercado en áreas que históricamente habían sido asumidas por el Estado: la educación, la salud, la previsión y la vivienda. En todos estos ámbitos se cambiaron los mecanismos de financiación y acceso, rescatándose la idea del «consumidor» como elemento fundamental del sistema, el cual tendría la libertad de escoger dentro del espectro de posibilidades que le ofrecería el mercado. Para ello se hizo indispensable fomentar la individuación de la sociedad —concepción totalmente opuesta a la cultura de asociatividad y participación social que se había incentivado en los gobiernos anteriores— objetivo que fue facilitado con la disolución de las distintas expresiones organizativas existentes y la prohibición por decreto de cualquier forma de organización social.³

Educación: se acrecienta la estratificación social

En la década de los 80, en la perspectiva de un «Estado subsidiario», el régimen militar traspasó todas las escuelas públicas a las municipalidades, incentivó la participación del sector privado a través de subvenciones per cápita equivalentes a las que se entregaron a los establecimientos municipalizados, modificó el financiamiento de la educación superior, autorizó la creación de universidades privadas, y traspasó gran parte de los centros de educación técnica a gremios empresariales.⁴

Aunque las reformas consiguieron efectivamente reducir el gasto fiscal en educación y una gestión más eficiente del sistema, se acrecentó de manera dramática la segmentación y desigualdad de oportunidades en la población escolar, debido a la diferencia de recursos y equipamiento existente entre las propias municipalidades, y las ventajas que se dieron a operadores privados. Además de otorgárseles una subvención per cápita equivalente a la de las escuelas municipalizadas, las escuelas privadas fueron autorizadas a seleccionar el tipo de alumnos y a cobrar parte de la colegiatura a los apoderados, lo cual derivó en una focalización de su oferta hacia los sectores de familias más acomodadas. Como resultado de ello, los establecimientos municipales han concentrado de manera creciente el alumnado proveniente de sectores de menores ingresos (87,22% del total de su matrícula) en tanto que en las escuelas privadas subvencionadas no supera el 56% de su alumnado.⁵

Las pruebas anuales que aplica el Ministerio de Educación en los establecimientos escolares del país, dan cuenta en efecto de la existencia de una estrecha correlación entre el nivel socioeconómico y el rendimiento escolar, estableciéndose que pese a los programas especiales desarrollados por los tres gobiernos de la Concertación para mejorar la calidad de la enseñanza en las escuelas que atienden a la población de menores ingresos, aún se mantiene una brecha considerable respecto a los resultados de los establecimientos orientados a familias de mayores ingresos.⁶

De hecho, estos resultados se unen a los obtenidos este año en la Prueba de Aptitud Académica que deben rendir los estudiantes secundarios que aspiran a ingresar a la universidad, los cuales dan cuenta que entre los alumnos con menores puntajes, el 61% provenía de escuelas municipalizadas. Esta situación deja en evidencia que no obstante los avances logrados en términos de la universalización de la educación básica y secundaria, éstos no se están traduciendo en un efecto democratizador respecto al ingreso a la educación superior.

Las notables diferencias existentes en la calidad de la educación ha tenido por efecto que de manera creciente las familias eviten recurrir a la educación municipalizada como opción para sus hijos (pese a ser la única gratuita), puesto que es considerada una limitante para acceder a estudios superiores y por ende, a la posibilidad de movilidad social que generalmente éstos conllevan. Así lo demuestra una encuesta efectuada a padres de niños en edad escolar, los cuales en un 60% declararon preferir un establecimiento privado subvencionado antes que uno municipalizado.⁷ Esta opción ha hecho posible que la cobertura de la educación privada subvencionada haya aumentado de un 15% de la matrícula en 1981 a un 35,8% en la actualidad, en tanto la educación municipalizada ha disminuido su cobertura pasando de 78% del total de la matrícula a un 53,7%.⁸

1 La autora agradece la colaboración de Josefina Hurtado (Colectivo CONSPIRANDO) y Lorena Fries (Programa Ciudadanía, Corporación La Morada).

2 Fernando De Laire. «El discurso del 21 de mayo y los debates emergentes» *Revista Mensaje*, julio de 2002.

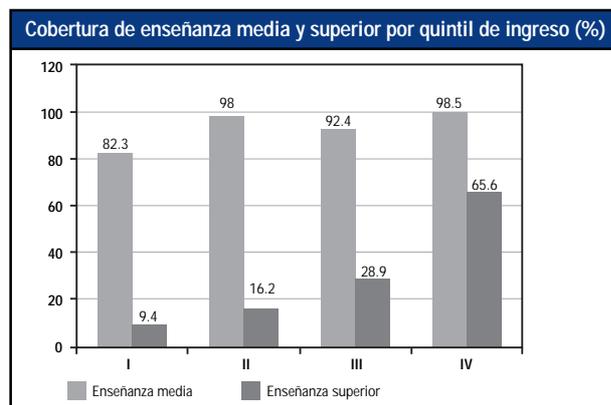
3 Ver: Javier Martínez, Margarita Palacios. *Informe sobre la Decencia*, Ediciones SUR, Santiago de Chile, 1996.

4 Entre otras medidas, se elevó sustancialmente el costo de las matrículas, se asignó crédito fiscal para los estudiantes y se creó un sistema de competencias por fondos estatales. Hasta la reforma, sólo entidades estatales estaban autorizadas para impartir educación superior.

5 Ministerio de Planificación, Encuesta CASEN, 2000.

6 El de mayor alcance ha sido el Programa MECE (Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación) orientado a todas las escuelas gratuitas del país. Actualmente se encuentran en curso los programas «900 Escuelas» y «Liceo para todos» destinados a mejorar el rendimiento escolar y el acceso a la educación superior de alumnos de sectores pobres.

GRÁFICO 1



Aunque desde mediados de los años 90 se ha duplicado el gasto público en educación y se han introducido importantes reformas en el sistema educacional, en la práctica las políticas orientadas explícitamente al logro de mayor equidad han sido escasas y los resultados bastante débiles. Por tanto, el problema central ya no reside en la cobertura del sistema escolar, desde hace décadas bastante satisfactoria en lo que se refiere a la educación básica (98,6%) y la educación media (90%).⁹ El gran desafío que hoy deben enfrentar las autoridades consiste en revertir algo que las tasas globales de cobertura no dejan ver a cabalidad: la creciente segmentación y desigualdad de oportunidades que ha venido generando el sistema, fundamentalmente por las diferencias en la calidad de la oferta educativa existente. Definitivamente, el modelo continúa siendo deficitario respecto al criterio de equidad, no logrando hasta ahora impedir que la peor provisión de educación se encuentre en los sectores de mayor pobreza material y cultural.

El sistema de salud: intereses privados para servicios públicos

La insatisfacción respecto del sistema de educación, se manifiesta igualmente respecto al de salud, el que junto con el de pensiones integró las llamadas «modernizaciones» del área social introducidas a fines de los años 70. En la encuesta nacional sobre Seguridad Humana queda en evidencia que la población mayoritariamente no confía en recibir una atención oportuna ni estar en condiciones de pagar los costos de atención en caso de una enfermedad grave.¹⁰

Hasta la reforma en el país existía un servicio nacional de salud administrado por el Estado, del que dependían los establecimientos e instalaciones de salud más importantes del país. El sistema –reconocido por su competencia– brindaba una amplia cobertura a la población, existiendo un contado número de servicios y clínicas privadas orientados a los sectores de mayores ingresos.

La reforma realizada a fines de los años 70 consistió sustancialmente en la descentralización del sistema oficial, y la privatización de parte importante de los servicios. A partir de los cambios introducidos en el sistema, cada persona asalariada debió optar por el sistema oficial o por ingresar a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE), donde tiene la obligatoriedad de cotizar un porcentaje (7%) del total de su remuneración, quedando en libertad para agregar recursos adicionales según su capacidad. En la práctica, cada plan de salud es único e individual, donde la calidad de las prestaciones y la cobertura dependerán en gran medida del nivel de ingresos del asegurado. En rigor, el sistema de ISAPRES no es un sistema de salud previsional –aunque tenga el status de tal– sino un sistema de seguros privados de salud donde las variables de sexo, edad y estado de salud determinan el precio de la prima.¹¹

En Chile, donde un alto porcentaje de la población carece de recursos para asumir personalmente los costos de la atención en salud, el sistema ISAPRES ha demostrado

ser particularmente discriminatorio respecto a las mujeres.¹² En primer término, porque el acceso al sistema depende de los ingresos, con lo cual las mujeres quedan en manifiesta situación de desigualdad por su menor capacidad de ingreso (ganan en proporción un 40% menos que los hombres) y porque en su mayoría están fuera de la fuerza de trabajo remunerada y, por tanto, excluidas de una relación directa con el sistema de seguridad social.¹³ En segundo lugar, debido a que el sistema recarga significativamente el costo de atención en salud en todas las prestaciones asociadas al embarazo, parto y la maternidad.

De hecho, el plan de una mujer trabajadora en edad de procrear puede costar entre 3 y 4 veces más que el de un hombre de su misma edad. Es decir, se castiga la vida reproductiva de las mujeres.¹⁴ La situación de discriminación es de tal magnitud, que algunas ISAPRES incluso han llegado al punto de proponer a las mujeres «planes sin útero» instándolas a evitar los embarazos para no encarecer sus costos de salud.¹⁵ La discriminación no se reduce solamente a las mujeres, extendiéndose también a los mayores de 50 años. Así, una persona con más de 20 años de cotizaciones en una misma ISAPRE, en la medida que envejece verá aumentar progresivamente el precio de sus primas, pudiendo su plan llegar a ser hasta 8 veces más caro que cuando entró al sistema.¹⁶

Los costos en el sistema privado de salud han sido determinantes en la evolución del sistema de ISAPRES, cuya afiliación ha decrecido de manera constante desde 1977, pasando de 1.7 millones de personas a 1.3 millones en junio de 2001. La participación de las mujeres no superaba el 34,4% del total de junio de 2001, cifra por lo demás muy similar a la tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo. Cabe resaltar, por otra parte, que la tasa de crecimiento de las beneficiarias mujeres no ha dejado de experimentar una constante caída en la última década, pasando de un 20,8% en 1991, a un 1,7% en 1997, llegando incluso a un porcentaje significativo de desafiliación, que en junio de 2001 alcanzaba al 5,5%.¹⁷

En el último tiempo, la discusión en torno a las discriminaciones de género en los sistemas de salud ha cobrado particular relevancia –y puesto en alerta máxima al movimiento de mujeres– a raíz de la propuesta del gobierno de financiar parte del Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) de reforma de la salud, con los recursos con que el Estado paga las licencias maternales.¹⁸ En un rechazo activo a la propuesta, el movimiento ha insistido ante las autoridades y la opinión pública en el error que se comete al confundirse derechos laborales con los de salud, dado que el mal llamado «subsido maternal» no es tal sino un salario por maternidad destinado a las licencias por descanso pre y postnatal, derecho consagrado en Chile desde 1924 y que está reconocido internacionalmente en convenciones internacionales sobre los derechos del trabajo.¹⁹ Tal como lo declaran especialistas del Centro de Estudios de la Mujer (CEM) «...el país necesita una reforma del sistema de salud. Lo principal en términos de equidad de género es eliminar las diversas discriminaciones a las que están sometidas las mujeres en el sistema de ISAPRE.»²⁰ ■

ACTIVA <activa@terra.cl>
 Área Ciudadanía, Corporación La Morada
 Centro de Estudios de la Mujer (CEM)
 Colectivo CON-SPIRANDO
 Colectivo EN-SURANDO (Valdivia)
 EDUK

FORO, Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

7 Encuesta CEP (Centro de Estudios Públicos), Santiago, diciembre de 1996.

8 Ministerio de Educación. *Compendio de Información Estadística 2000*.

9 Ministerio de Planificación, Encuesta CASEN, 2000.

10 Encuesta CEP-PNUD 1997, en: *Desarrollo Humano en Chile. Las Paradojas de la Modernización*, PNUD, 1998.

11 Ver: Apolonia Ramírez C. «Situación de la mujer trabajadora en el sistema de ISAPRES», en: *Economía y Trabajo en Chile*, Informe Anual, No. 7, Programa de Economía del Trabajo (PET), Santiago de Chile, 1998.

12 En Chile, el 20,6% de la población (3,81 millones personas) carece de los ingresos mensuales necesarios para adquirir una canasta básica de alimentos. Ministerio de Planificación, Encuesta CASEN, 2000.

13 Según el INE (Instituto Nacional de Estadísticas) sólo el 36,1% de mujeres pertenecen a la población económicamente activa (PEA) contra un 74,9% de los hombres.

14 El sistema público de salud no está exento de estas situaciones. Por ejemplo, no permite como carga a la conviviente de un afiliado, exigiendo que estén legalmente casados, y tampoco acepta que una mujer tenga como carga familiar a un hombre.

15 Centro de Estudios de la Mujer (CEM). *Argumentos para el Cambio* No. 52, junio de 2002, Santiago de Chile.

16 *El Mercurio*, 19 de octubre de 2002.

17 Apolonia Ramírez. «Género y sistema de ISAPRES», en: *Género, equidad y reforma de la Salud en Chile. Voces y Propuestas desde la Sociedad Civil*, OPS, MINSAL, SERNAMEC, Santiago, marzo de 2002.

18 El Plan AUGE es parte importante de las reformas que está impulsando el gobierno para ampliar el derecho y acceso a la salud.

19 Ver: «Propuestas para la Reforma de la Salud en Chile», Parlamentos de Mujeres por la Reforma de la Salud, 28 de mayo de 2002.

20 *Argumentos para el Cambio*, CEM, op. cit.