



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Derecho
Departamento de Derecho Económico

LA REGULACIÓN DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE Y SUS CONSECUENCIAS EN LOS ÍNDICES DE POBREZA EN CHILE.

Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y
Sociales

PÍA JAVIERA ESPINOZA CHACOFF

Profesor Guía: Sr. Francisco Agüero Vargas

Santiago, Enero de 2012

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por la gente que me rodea y las oportunidades que me ha dado,
desde que nací.

Gracias a mis padres, de quienes aprendí que el esfuerzo y la disciplina en el
trabajo son el sustento de una vida digna.

De manera especial, me gustaría agradecer a María Loreto Carreño y Fernando
Vélez, por su constante apoyo y afecto.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCION	001
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	003
1.1 ¿Qué es pobreza?.....	003
1.1.1 Diferentes Conceptos de Pobreza	003
1.1.2 Enfoques de Medición de Pobreza.....	007
1.2 ¿Es Chile un país pobre?.....	012
1.2.1 Desde una medición por canasta básica.....	012
1.2.2 Desde una medición por necesidades satisfechas.....	015
1.3 Importancia del agua potable en la superación de la pobreza en Chile.....	018
1.3.1 Importancia de los servicios públicos en general.....	018
1.3.2 Importancia del acceso al suministro de agua potable y alcantarillado	021
1.3.3 Importancia del consumo de agua potable y servicio de saneamiento	024
CAPITULO II	
PROTECCION LEGISLATIVA AL ACCESO Y CONSUMO DE AGUA	028
2.1 Generalidades.....	028
2.2 Desde las Primeras Leyes hasta la de la Ley de Servicios Sanitarios...	033
2.3 En la Constitución de 1980.....	055
2.4 En la Ley de Servicios Sanitarios de 1988.....	058
2.5 En Tratados Internacionales ratificados por Chile.....	062
2.6 Proyectos de Ley.....	067

CAPITULO III

SUBSIDIO AL ACCESO AL AGUA POTABLE EN CHILE (Ley 18.778)	073
3.1 Generalidades.....	074
3.2 Breve revisión de los cuerpos legales que consignan el aseguramiento al acceso a agua potable y alcantarillado en áreas urbanas.....	083
3.2.1 Antes de la actual Ley General de Servicios Sanitarios.....	083
A. DFL N° 458: Ley General de Urbanismo y Construcciones, de 1976.....	084
B. Decreto N° 168 de 1984 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo: “Reglamento Especial de Viviendas Económicas” cuerpo legal referido al D.F.L N° 2 de 1952.....	085
C. D.F.L N° 382 de 1989, del Ministerio de Obras Públicas: Ley General de Servicios Sanitarios.....	086
3.2.2 Modificaciones Posteriores a la Ley General de Servicios Sanitarios.	089
A. Ley N°19.549: “Modifica el Régimen Jurídico Aplicable al Sector de los Servicios Sanitarios”.....	089
B. Ley 20038: “Modifica Ley General de Servicios Sanitarios, en materia de Licitación de la Provisión del Servicio Sanitario dentro del límite urbano”.....	100
C. Ley N° 20251: “Establece un procedimiento simplificado para los permisos de edificación de viviendas sociales”.....	108
3.3 Mecanismos de acceso al agua potable y alcantarillado en áreas urbanas.....	109
3.3.1 Los Aportes Financieros Reembolsables (A.F.R).....	109
3.3.2 ¿Qué pasa si no hay Aportes Financieros Reembolsables?.....	113

CAPITULO IV

Acceso a servicios Sanitarios en áreas rurales.....	128
4.1 Panorama de acceso al agua potable en áreas rurales.....	129
A. Sistema Particular de Servicios Sanitarios.....	131

B. A.P.R	133
4.2 Mecanismo de acceso al agua potable en áreas rurales.....	138
4.3 Proyecto de Ley que pretende modificar el panorama de acceso al agua potable en zonas rurales.....	142
4.4 Regulación del acceso al agua potable y disminución de la pobreza....	150
CONCLUSIONES	155
BIBLIOGRAFIA	160
ANEXO	164

INTRODUCCIÓN

Es de público conocimiento y afianzado saber científico que el agua es de los elementos más importantes para la vida de cualquier persona, indicándola incluso como el “elemento vital”. Desde el comienzo de los tiempos ha determinado el afianzamiento de los pueblos a su alrededor y significado la prosperidad de los mismos. El acceso a ella ha sido desde siempre objeto de ajusticiamientos y batallas, exteriores y locales, demostrando así el lugar prioritario en cualquier tipo y forma de asentamiento humano.

Nuestro país no ha sido excepción: si bien está dotado de un extenso mar y generosos afluentes de agua dulce estupendos para el consumo humano, en los tiempos de la Colonia, sólo algunos tenían acceso a las aguas más limpias y frescas; en Santiago, por ejemplo, únicamente eran las familias que poseían grandes bidones de arcilla (para mantenerla fría) y carretillas, las que podían acceder al mejor afluente de la cuenca, la [quebrada de Ramón](#), agua que luego sería usada para beber, cocinar y bañarse. Para lavar la ropa, la servidumbre ocupaba el río Mapocho, el mismo lugar de donde el resto de la población sacaba el elemento para sus necesidades básicas.

Así la historia, a pesar de seguir siendo considerada como imprescindible, el agua pasó a convertirse en un bien cada vez más escaso, y por lo tanto, cada vez más difícil de acceder. Lo anterior hizo necesario que la autoridad se hiciera cargo de su regulación. En un primer término, fue parte de las competencias políticas de los gobernantes como normas del estilo “policía” de la época, por lo que su estudio correspondía al sector público del derecho. En una segunda instancia, su regulación estuvo a cargo del derecho privado, especialmente porque se identificó el derecho al agua como un derecho accesorio a la tierra. Finalmente, con el tratamiento químico de la misma y su distribución a cada casa en forma particular a través de cañerías, se crearon organismos del Estado especializados, las que luego pasaron a ser [empresas](#) públicas.

Hoy en día, desde la modificación a la Ley General de Servicios Públicos (DFL 382 de 1988, [de Obras Públicas](#)) el panorama orgánico de la regulación del agua potable y el alcantarillado está inscrito en el sector privado. Sin embargo y como en todos los países del mundo, sigue existiendo un margen de población viviendo en carencia y desigualdades en el acceso y consumo de bienes y servicios entre diferentes estratos socio-económicos.

CAPITULO I

1.1 ¿QUÉ ES POBREZA?

1.1.1 Diferentes Conceptos de Pobreza

Numerosos son los documentos que se han escrito respecto de este tema, el cual resulta ser recurrente en todo ámbito de estudio, ya sea en las ciencias sociales como en las exactas. En efecto, pareciera que luego de la superación de “La Cuestión Social” y los prejuicios de las filosofías Marxistas-Leninistas a fines del siglo XIX y principios del siglo pasado, existe consenso universal de que la pobreza es indeseable para cualquiera quien la sufra, como asimismo, foco y origen de otro tipo de padecimientos sociales y económicos. Surge una especie de toma de conciencia generalizada respecto de su nocividad para el desarrollo de cualquier comunidad y el punto principal de campañas políticas de toda clase.

A este panorama se le suma la creación de múltiples organizaciones internacionales – gubernamentales o no – con diferentes objetivos, que de forma directa o tangencial les concierne los niveles de pobreza mundial, su medición, estudio de causas y teorización de posibles soluciones. En definitiva, existen muchas y diversas personas atendiendo al estudio de un enemigo universal, con iguales intenciones de atacarlo hasta su cese, pero en general, con diferentes visiones de cómo hacerlo.

Sin embargo, para comenzar y lograr un estudio acabado del problema, es necesario delimitarlo a un perímetro conceptual suficiente, que preestablezca los resultados pertinentes a dicho estudio. En definitiva, lo que intentamos exponer, es que ~~cada personalidad~~ quien ~~que~~ se dedique a estudiar las muchas aristas de la pobreza, debe en primer lugar, definirla, establecer cuando una persona, comunidad o país, es o no pobre; es decir, delimitar el objeto de estudio. Dicha tarea es requisito básico en cualquier investigación y en esta, no está exenta.

En virtud de la larga data de estudio del tema, el concepto de pobreza ha oscilado entre ser considerado una medida objetiva, evaluada en cierta cantidad de dinero en poder de los hogares, a otras dimensiones, como el acceso a ciertos servicios o

beneficios psicosociales. Siguiendo esta primera apreciación, la mayoría de los conceptos, métodos y estrategias para combatir la pobreza dedican su atención a la generación de ingresos necesarios para salir de ella. Concepto que se condice con este criterio es el entregado por Chambers en 1995, quien estima que “pobreza se refiere a una falta de necesidades físicas, activos e ingreso. Incluye – pero es más que el hecho de ser pobre por ingresos”. Un juicio más moderno lo daba el Banco Mundial en 1990, que declaraba que “pobreza es entendida como la inhabilidad para obtener un estándar de vida mínimo”¹.

En este orden de ideas, la organización que por antonomasia ha estado avocada a este tema en América Latina, ha sido la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, que desde su creación en 1948, ha aportado a las naciones y a académicos estudios de todo tipo sobre una pobreza basada en nociones a su respecto, y que han ido mutando con el tiempo. La versión más moderna del concepto versa del año 1997, uniéndolo exclusivamente a la persona, definiendo a la persona pobre como “aquél que no tiene acceso (o no posee la capacidad para acceder) a un paquete de bienes, servicios y derechos establecidos normativamente”².

Resulta llamativo de esta definición el supuesto reconocimiento normativo que debieran tener dichos bienes, servicios y derechos, como acto de autoridad que establezca su cantidad mínima, sin pronunciarse acerca de su calidad.³

Ese mismo año, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (en adelante, PNUD) señaló que: “Pobreza significa que las oportunidades y alternativas más básicas para el desarrollo humano son denegadas, tener una vida larga, saludable

¹MIDEPLAN. «Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza.» Departamento de Evaluación Social, Santiago, Octubre 2002, pág 5. Y en http://www.mideplan.gob.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_108.pdf

²Ibídem.

³Aunque bien podría ampliarse hasta ese ámbito, en el acceso a los derechos de cada persona a usar o disponer bienes y servicios de calidad.

y creativa y disfrutar de un estándar de vida decente, de libertad, de autoestima y respetos por los otros”⁴.

Esta visión del concepto de pobreza por parte del PNUD es claramente más amplio del esgrimido por la CEPAL, pues lo independiza del lazo inexorable que otrora tendría con los ingresos monetarios del hogar (montos mínimos) para ligarlo con el “desarrollo humano”, el cual, a simple vista, está contenido con elementos distintos para cada persona. En efecto, no lo relaciona con la cantidad de dinero que una familia sea capaz de conseguir al mes, sino con el logro de ciertos objetivos que posicionen a cada persona como un integrante o participante íntegro de nuestra sociedad, o ~~a~~ *contrario sensu*, que no lo marginen de la dinámica social en la que vive, visión muy alejada, por ejemplo, a la que tenía el ya citado Chambers, que se ligaba estrictamente a ingresos de dinero.

Según se puede apreciar, las aproximaciones al concepto de pobreza han ido evolucionando hasta establecer un consenso general. La pobreza es un fenómeno multidimensional, es decir, las situaciones de pobreza abarcan muchos aspectos: materiales y no materiales, de salud, carencias relacionadas con el desarrollo humano tales como la libertad, dignidad, autoestima, es decir, los derechos de primera, segunda y tercera generación⁵, donde todos estos elementos están directamente correlacionados entre *sisi*⁶.

Es en virtud de la conjugación de las variables descritas en el párrafo anterior, que en el año 2002, el Ministerio de Planificación de Chile (en adelante, MIDEPLAN), definió la pobreza como “la falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable. Esto significa que una persona es pobre si no

⁴MIDEPLAN. «Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza.» Departamento de Evaluación Social, Santiago, Octubre 2002. Pg. 5 ~~Y~~ **Disponible** en http://www.mideplan.gob.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_108.pdf . Fecha de **última visita**: agosto 2011.

⁵ Según se ha definido por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los derechos fundamentales de primera generación corresponden a los civiles y políticos, los de segunda generación a los económicos, sociales y culturales, y los de tercera generación, al reconocimiento de los derechos de los pueblos como nación.

⁶MIDEPLAN.Op.Cit. Pg. 5

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Español (Chile)

tiene suficiente alimentación o carece de acceso a una combinación de servicios básicos de educación, atención de salud, vivienda, sistemas de protección social y empleo adecuados”⁷.

Al analizar cuidadosamente dicha enunciación podemos concluir que una persona deja de ser pobre si tiene “un nivel de vida aceptable” y aquello ocurriría cuando tiene acceso a los servicios enunciados precedentemente: educación, salud, vivienda, etc. Consecuencia directa es el contenido de la nueva ficha de evaluación social (o “CAS II”), que indaga exclusivamente en estos ítems pero de manera extendida, ciñendo con claridad las consecuentes políticas de mitigación de pobreza adoptadas por nuestro Gobierno, las que se ajustarán exhaustivamente a dichos criterios, y no a otros.

1.1.2 Enfoques de medición de la pobreza

En el acápite anterior, veíamos que los conceptos de pobreza pueden ser muy distintos entre sí, lo que en definitiva significa considerar variables muy dicotómicas para unos y para otros. Producto de **ésteesto**, las maneras de medir y obtener índices de pobreza cambian según dicho concepto y dichas variables, culminando en diferentes enfoques que esta puede adoptar.

La manera más antigua y común de todas es el enfoque basado en los ingresos *per cápita* del hogar, que considera la suma de todos activos monetarios obtenidos en un grupo familiar (en general, la unidad de estudio más usada) en el espacio de un mes, dividido por el número de integrantes que lo forman.

Este enfoque basado en el ingreso reconoce dos formas de pobreza: la absoluta y la relativa. En ambas existe el mismo primer ejercicio, a saber, calcular los ingresos *per cápita* del hogar; la distinción viene luego puesto que el cotejo de resultados obtenidos se hace con patrones diferentes.

⁷ Ibídem. El énfasis **es personal de la autor** nuestro.

La pobreza estimada desde un enfoque absoluto evalúa la condición de las personas relacionando sus ingresos con una medida objetiva llamada “canasta básica de alimentos”, equivalente a un monto de dinero que corresponde a la suma de los precios de los alimentos que nutricionalmente permitan subsistir a cualquier ser humano, cuya tasación se hace cada año por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E). Es importante señalar que dicha canasta varía según el sector donde viva el grupo humano, catalogándose en canasta urbana y canasta rural. Esta última es de menor costo, puesto que existe la opinión generalizada que las familias rurales pueden autoabastecerse de una serie de productos alimenticios⁸, lo que les da más posibilidad de acceso a comida, pero también hace más difícil la medición de sus reales necesidades.

La canasta básica de alimentos no sólo fija un límite claro y objetivo que distinga a los pobres de los no-pobres, sino también considera la distinción entre los pobres y los indigentes. El MIDEPLAN define como indigentes a “las personas que residen en hogares cuyos ingresos son tan bajos que aunque los destinaran íntegramente a comprar alimentos, no lograrían satisfacer adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes”. De manera gráfica, un hogar es considerado pobre cuando su ingreso *per cápita* es mayor a una canasta básica de alimentos pero menor a 2, en el sector urbano y menor a 1,75, en el sector rural; cuando los ingresos *per cápita* son menores a una canasta básica, se le considera indigente.

Es decir, la perspectiva absoluta de la pobreza consiste en que el Gobierno, a través de MIDEPLAN, fija un nivel mínimo de bienestar para todos los habitantes del país, evaluando pautas de necesidades nutricionales, de señales económicas (IPC) y de contingencia nacional (inviernos más crudos que otros, estado de las cosechas en sectores rurales) y es en atención a ese límite que se dirime si es que una persona es indigente, pobre o no pobre.

⁸MIDEPLAN. Op. Cit pág 7.

A esta forma de medir la pobreza le sobrevienen variadas críticas; una de ellas se rebela a considerar “pobre” a una familia por el hecho de no tener los ingresos que el Gobierno decide que deben obtener, sino por tener menos de lo que el resto de la sociedad en su promedio tiene.

En atención a dicha observación, es que la pobreza también puede enfocarse “relativamente”, y que si bien también se define desde las privaciones materiales de una familia, su medición no se hace comparando dichas carencias a una línea de base, sino comparando las necesidades, o ~~a contrariu contrario~~ *sensu*, los ingresos particulares, a los del resto de la sociedad. Es decir, “se ocupa como referencia para establecer los umbrales lo que una sociedad considera como mínimo de vida aceptable”⁹.

De acuerdo a dicha faceta, la pobreza o no de un hogar se mediría comparando cada unidad de estudio con otra, lo que en definitiva, y en palabras de Amartya Sen¹⁰, significaría no tanto medir la pobreza existente sino la desigualdad. En efecto – y coincidiendo con dicha opinión- a objeto de estudiar la distribución del ingreso – distinto a estudiar niveles de miseria- los entendidos usan metodologías comparativas, dividiendo primero a la población a estudiar por niveles de ingreso (quintiles o deciles) y confrontando luego a los que ganan o tienen más con los que ganan o tienen menos. Por lo tanto, la relatividad de la pobreza en realidad no implica realmente la capacidad de supervivencia de la unidad de estudio, sino más bien la *calidad* de su supervivencia, diferencia que implica niveles de satisfacción diferentes en cada sociedad.

A modo de referencia, existen otras dos críticas a la metodología de medición de pobreza en forma absoluta, ambas esgrimidas por el economista Dante Contreras en su estudio “Pobreza y Desigualdad en Chile: 1987-1992”. La primera de ellas, respecta al ámbito territorial de medición de pobreza: el autor manifiesta que “el uso de precios medios para estimar la línea de pobreza no toma en cuenta la variación interregional

⁹MIDEPLAN. *Ibidem*, pág 8.

¹⁰*Ibidem*.

de los precios”¹¹, lo que en un país como el nuestro puede inducir a un gran margen de error en atención al centralismo de los bienes y servicios. En efecto, Contreras demuestra con cifras que mientras más alejado se esté de la capital, más cara resulta la canasta básica alimenticia, tomando en cuenta que las zonas de mayor producción agrícola y pesquera (ambas sumadas) se encuentra en las regiones del centro del país, disminuyendo proporcionalmente a su distanciamiento, agravado además, por los costos de transporte de dichos alimentos.

El segundo reproche que Contreras hace al sistema absoluto de enfoque a la pobreza es que omite las escalas de equivalencia entre una familia y otra para medirla. El economista señala que “las necesidades de las familias varían según su tamaño y su composición”¹²: al comparar ambas variables de un modo combinado, dejando o no una de ellas fija, darían como resultado diferencias abismales entre las necesidades de cada grupo. Por ejemplo, una familia con 5 integrantes tendrá más necesidades que una de 4, siempre y cuando esté compuesta por individuos del mismo tipo; pero puede ocurrir, que una familia integrada por 6 individuos, en la que dos de ellos sean niños, tenga necesidades asociadas a valores totales menores a una en que dos de los individuos sean, por ejemplo y por el contrario, ancianos. Se hace patente entonces que la medición *per cápita* – es decir, por una simple división aritmética por el número de integrantes- no medirá exhaustivamente la pobreza o riqueza de un grupo. Según el autor del texto citado, resulta inminente tomar en cuenta patrones tales como comportamiento de gasto, tasa diferencial entre adultos y niños, e incluso, economías de escala, en orden de definir umbrales de miseria.

Otro orden de orientación, que se desvía de la medición en base a los ingresos monetarios y por ende, se condice con los conceptos más modernos de pobreza, postula tomar en cuenta variables que no son mensurables con dinero, pero que de todas formas resultarían trascendentes en la concepción – y autoconcepción- de una familia pobre, ligado estrechamente a los derechos de primera, segunda y tercera

¹¹Contreras, Dante. «Pobreza y Desigualdad en Chile: 1987 - 1992. Discurso, Metodología y Evidencia Empírica.» *Estudios Públicos*, n° 64 (primavera 1996): 57 - 94, pág 61.

¹² *Ibíd.*, Pg. 5

generación. Como lo dice el ya citado texto de MIDEPLAN¹³, se trata de considerar ya no sólo los factores exógenos que inciden en la pobreza, sino también los endógenos dentro de cada realidad grupal.

Una primera especie de este enfoque algo más contemporáneo es aquél que basa la pobreza en la satisfacción de necesidades básicas, las cuales no siempre dependerán de un mayor o menor ingreso, como por ejemplo, acceso a servicios públicos, el patrimonio cultural familiar, tiempos de descanso diario y vacaciones. Este método no mide la capacidad de ingreso (el que puede ser invertido en muchas otras cosas que no son las necesidades básicas) sino que trata de establecer si efectivamente el hogar es capaz de satisfacer sus necesidades. Se establecen umbrales mínimos de necesidades básicas, como espacio para dormir holgadamente (sin hacinamiento), material rígido y grueso de la vivienda, disponibilidad de servicios, eléctricos y sanitarios, seguridad en el empleo y escolaridad¹⁴.

Se le critica a este método el hecho de no establecer con certidumbre cuando una unidad de estudio es pobre y cuando no. Finalmente, se ha resuelto que “un hogar es pobre si no alcanza, al menos, el umbral de satisfacción mínimo en un indicador definido”¹⁵.

Una segunda línea de este nuevo enfoque es el que se centra en las Capacidades y Realizaciones de los integrantes del grupo familiar, y se asocia a la posibilidad que tiene cada persona a desarrollarse como tal, con resultados que sean fructíferos y se consoliden en el futuro. Como sostiene Sen: “el ingreso no sería un fin, sino un medio para la realización de una capacidad”¹⁶. Como se puede colegir, esta fórmula de medir la pobreza se identifica con la definición de pobreza que el PNUD consigna desde 1997 y a partir del cual configura los Índices de Desarrollo Humano, que mide el progreso general de un país, considerando su longevidad, conocimientos y nivel de vida; los Índices de Pobreza Humana, que reflejan la distribución del progreso y mide el cúmulo

¹³MIDEPLAN. Op. Cit.

¹⁴Ibidem, P.10.

¹⁵Ibidem

¹⁶MIDEPLAN. Op. Cit. Pg. 11

de privaciones en las dimensiones del desarrollo humano; el Índice de Desarrollo relativo al Género, que refleja las desigualdades en el progreso entre hombres y mujeres; y el Índice de Potenciación de Género, que revela si la mujer puede participar activamente en la vida económica y política del país¹⁷.

Estos dos últimos enfoques recién expuestos resultan de gran importancia para este trabajo, puesto que demuestran que el acceso y suministro de servicios sociales básicos son un ítem importante a considerar una vez consultada la pobreza o riqueza de un hogar; su cobertura, finalmente, refleja el desarrollo humano y social en que son capaces de incidir, destronando de su cetro al ingreso monetario como única variable de medición.

1.2 ¿ES CHILE UN PAÍS POBRE?

1.2.1 Desde una medición por canasta básica.

Veíamos que desde este punto de vista, la información que interesa manejar es respecto a los ingresos en dinero que percibiría cada grupo familiar dividido por su número de integrantes. Importante es tener en consideración que, a pesar de la precisión de dicha información, esta no indica que tan severa es la pobreza ni contempla la variación en los casos en que una persona indigente pasa a ser pobre o viceversa.

Como se observa en el gráfico N° 1, los ingresos *per cápita* de la población chilena han ido aumentando, lo que significa la reducción de la cantidad de pobres en nuestro país. Es decir, con el paso de los años, cada vez hay menos familias que generan menos de 2 ó 1,75 canastas básicas alimenticias.

Esta reducción de la pobreza en Chile encuentra múltiples factores, cada uno con variadas aristas para su estudio. Así lo han manifestado diversos economistas, tales

¹⁷Ibidem

como Dante Contreras, Alberto Valdés, Patricio Meller, Jacobo Schatan, Kevin Cowan o José de Gregorio y sociólogos como Ernesto Ottone y Carlos Vergara, quienes, en publicaciones hechas mediante el Centro de Estudios Públicos (CEP CHILE) entre los años 1995 y 2000, se demuestran contestes en que la disminución de la pobreza a nivel nacional se debe principalmente al crecimiento económico experimentado por nuestro país, complementado imprescindiblemente con políticas sociales que reforzaron el empleo y otorgaron otro tipo de beneficios, logrando uno de los niveles de reducción de pobreza más importantes de América Latina y que se mantienen hasta el día de hoy.

Si bien la opinión mayoritaria adscribe a la imprescindible unión entre crecimiento y políticas fiscales, también se señala que la mayor incidencia en este avance nacional debe atribuirse al aumento del PIB. De hecho, Patricio Meller, se aventura a concluir que “la incidencia del alto ritmo de crecimiento económico sería del orden del 60% y de las nuevas políticas sociales, del 40%”¹⁸. Esto lo explica en vista de que el impacto de las políticas no es igual de rápido y permanente como lo es el resultado de un incipiente crecimiento, el que, por el contrario, deja ver sus consecuencias con un desfase de –aproximadamente- sólo un mes. Lo anterior, es dable comentar, ayudado por un entorno macroeconómico estable y equilibrado.

Adicionalmente, las reducciones arancelarias han provocado la apertura de la economía chilena al comercio exterior y consecuentemente, la reducción en la producción de materias primarias de nuestro país. A diferencia de cómo podría pensarse o esperarse, esta merma productiva no ha ~~influido~~ influido negativamente, pues las regiones que tienen mayor producción primaria son las que mayores niveles de pobreza han obtenido. Dicha estadística hace concluir que una economía de mercado abierta al mundo ha influido en forma positiva al crecimiento económico y en consecuencia, a la reducción de la pobreza.

¹⁸Meller, Patricio. «Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile (década del 90).» *Centro de Economía Aplicada - Departamento Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile*. Marzo de 1999. http://www.dii.uchile.cl/~cea/sitedev/cea/www/index.php?page=view_publicaciones&langSite=es&agno=2000&id=20030328151843 (último acceso: Julio de 2010).

En términos simples, estas cifras se traducen en que un incipiente crecimiento económico, de la mano con políticas socio-económicas adecuadas, en las que se cuenta – según Alberto Valdés¹⁹- el incentivo de la fuerzas de empleo tendientes a aumentar gradualmente la participación de mano de obra en el PIB, permiten que los chilenos obtengan un aumento real de los salarios, robustezcan su billetera a medida que pasan los años, generando principales consecuencias en los niveles de consumo y de ahorro. Por el contrario, los ingresos pasivos en los hogares de los grupos más desposeídos (pensiones, transferencias gubernamentales) no tuvieron el mismo impacto en la población pobre que estaba en posibilidad y edad para trabajar. No obstante, “las políticas de reducción de la pobreza beneficiaron incluso a quienes no trabajaban: por ejemplo, hombres y mujeres jefes de hogar ancianos, con escasa educación y que vivían en áreas rurales y urbanas, experimentaron una significativa reducción de la probabilidad de ser pobres”.²⁰

Cuadro N°1 POBREZA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

		Porcentaje de la población bajo cada nivel de consumo (US\$/persona/mes, PPP1985)				
		21	30	40	50	60
Región	Año					
Este Asiático	1990	4,9	14,7	26,8	39,1	49,3
América Latina	1990	17,2	27,8	37	45,2	52,1
Sur de Asia	1990	33,3	58,6	74,3	83,8	59,4
África Sub Sahara	1990	33,4	52,9	65,6	74,1	80
Total (41países)	1990	17,8	33,5	46,4	57	64,8
Chile	1992	4,3	11,6	20,8	30,9	37

Fuente: Chen, Datt y Ravallion (1994) y estimaciones propias en base a CASEN

También es dable observar, siguiendo a Alberto Valdés, que dicho aumento del ingreso a nivel nacional no fue proporcional en todos los deciles de nuestro país, es

¹⁹Valdés, Alberto. «Pobreza y Distribución del Ingreso en una economía de alto crecimiento: Chile 1987 - 1995.» *Estudios Públicos*, n° 75 (Invierno 1999): 5 -47.

²⁰Op. Cit, p. 36.

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Español (alfab. internacional),
Resaltar

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Sin Superíndice / Subíndice ,
Resaltar

decir, la participación que cada decil tuvo fue diferente; sin embargo “el alza sostenida en el ingreso promedio por decil para todos los deciles revela que el crecimiento en las medias y los ingresos promedio efectivamente se extendió a la mayoría de los chilenos”²¹.

Valdés también señala que, a su juicio, la disminución de la pobreza tuvo dos “movimientos”: de su disminución, él lo atribuye a que el 85% de ella obedece a que los niveles cuantitativos de pobreza dentro del grupo de pobres, se redujo (incidencia de pobreza al interior de cada grupo). El restante 15% lo atribuye a que el grupo de gente pobre que tenía alto riesgo de seguir siendo pobre, luego tendría muy bajo ese mismo riesgo.

Desde ese punto de vista, se concluye que Chile es menos pobre que hace dos décadas atrás, porque tiene la capacidad de adquirir más bienes y servicios, y porque eventualmente puede ahorrar un mínimo (delta) adicional.

1.2.2 Desde una medición por necesidades satisfechas.

Más arriba esgrimíamos que este sistema de medición, si bien no se alejaba completamente del que se basa en los ingresos de las personas, atendía a otro tipo de variables de pobreza además del dinero obtenido. No rechaza completamente el factor dinero, puesto que resulta de sentido común que hay ciertas necesidades básicas que se deben conseguir con su compra.

Sin embargo, hay otras cuya adquisición es frustrada por la envergadura de dicho bien o servicio, o bien, cuya posibilidad de obtenerlo es mediante un gran desembolso de dinero. Nos referimos a necesidades básicas que significan un aumento en el bienestar de las personas de menos recursos, las que, casi en su totalidad, deben ser subsidiadas por el Estado, puesto que representan un gran esfuerzo económico, no sólo para los más pobres, sino para la población en general.

²¹ *Ibidem*, pág 8.

En específico, apuntamos a ejemplos como servicios de energía, agua potable, alcantarillado, e incluso, telecomunicaciones e infraestructura, los que hoy en día podemos tomar por sentados, pero que hace quince o veinte años atrás, era un objetivo a cumplir para ciertos sectores y localidades de Chile. Son además áreas esenciales para la calidad de vida de la población, pero no siempre incorporadas en las mediciones de pobreza pues no corresponde – en palabras de Alberto Valdés- a una medición “dinerométrica”.

En efecto, la medición atendida en el acápite anterior no incluye transferencias monetarias del Estado como asignaciones familiares, pensiones asistenciales, subsidios familiares, de agua y cesantía, ni transferencia en especie tales como programas de educación, salud ni vivienda.

Según mediciones entregadas por Patricio Meller en su trabajo “Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile (Década del 90)”²², Chile obtuvo indicadores que resumen de buena manera las condiciones de vida y de acceso a servicios de salud y saneamiento. La atención profesional en salud y partos aumentó en un 90%, con su consecuente reducción en la mortalidad infantil que se redujo a 1,11%; la tasa de analfabetismo es hoy menor al 5% y el nivel de escolaridad es mayor a 9 años; la cobertura de acceso a agua potable es de un 98% y al alcantarillado es mayor a 81%. Por último, detalla una serie de bienes que antiguamente fueron catalogados como suntuarios, pero que hoy son de regular posesión por casi la totalidad de la población, como refrigeradores, televisión a color, radio, lavadora, etc.

Ahora bien, es importante comentar y destacar la procedencia de estas mejoras sociales impulsadas por el Estado. Resulta de Perogrullo que dichas necesidades básicas tienen un costo y que por lo tanto, deben financiarse con dineros fiscales. En ese sentido, debemos entender que las políticas públicas no consisten sólo en la destinación de dineros a la progresión de ciertos proyectos de servicios públicos en

²²Meller, Patricio. «Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile (década del 90).» *Centro de Economía Aplicada - Departamento Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile*. Marzo de 1999. http://www.dii.uchile.cl/~cea/sitedev/cea/www/index.php?page=view_publicaciones&langSite=es&agno=2000&id=20030328151843 (último acceso: Julio de 2010).

forma parcelada, sino también, se enmarcan dentro de un plan de acción (de gobierno) que debe contemplar consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Lo anterior involucra una importante decisión: el monto y focalización del gasto social. Según la economista Rossana Mostajo, en un informe preparado para los Países Bajos²³, la alta tasa de crecimiento del PIB en nuestro país, se ha visto sólo beneficiado por el consecuente incremento del gasto social, privilegiando la inversión y manteniendo una tasa de interés estable. En dicha materia, Chile se ha destacado por concentrar la entrega de servicios sociales en forma de educación, atención de salud y acceso a vivienda. Asimismo, la autora citada señala en su informe que en una década disminuyó en un 43% el número de viviendas deficitarias; el 75% de los chilenos vive en casa propia (tranquilidad); más del 90% de las viviendas son permanentes, tienen luz eléctrica, agua potable y alcantarillado.

A pesar de que en la actualidad sigue habiendo un porcentaje de población bajo la línea de la pobreza y una mala distribución del ingreso, los indicadores muestran progreso y mejor calidad de vida. Ello tiene un impacto muy fuerte en las sociedades y sus avances configuran un fenómeno de “ciudadanía real”. Es decir, la población beneficiada está al tanto de las mejorías, las experimenta y ha tomado conciencia que la calidad de vida puede ser aún mejor, lo cuál hace entrar en un virtuoso espiral de progreso.

²³Mostajo, Rossana. «Gasto Social y Distribución del Ingreso: Caracterización e Impacto redistributivo en países de América Latina y El Caribe.» Serie Reformas Económicas, CEPAL, 2000.

1.3 IMPORTANCIA DEL AGUA POTABLE EN LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA EN CHILE.

1.3.1 Importancia de los servicios públicos en general.

Cómo veíamos más arriba, la visión actual de superación de la pobreza pasa no sólo por un incremento en los ingresos, sino también por la satisfacción de necesidades catalogadas como básicas, estipulación que se otorga en la medida que se generaliza su uso por la población. Señalábamos también, que gran parte de esas necesidades corresponden a servicios llamados “públicos” y que en su mayoría, era responsabilidad del Estado encargarse de su suministro. “En este sentido, al igual que en las mediciones de la distribución del ingreso, gran parte de la política social no se incorpora en las mediciones de pobreza”²⁴.

Varios de los autores consultados para esta memoria de grado, enfatizan el rol preponderante que han tenido los servicios públicos en la disminución de los índices nacionales de pobreza y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población más desposeída. Consecuentemente, destacan el papel que ha jugado el Estado para conseguirlo, toda vez que la reducción de la miseria se ha concebido siempre como parte de la agenda de gobierno, independiente de las ideas y formas de quienes estén al mando del timón ejecutivo.

Ese objetivo se ha traducido en la elaboración de políticas públicas de aplicación universal o focalizada, cada vez más vigorizadas a través de los años, manifestada primordialmente de tres formas: propensión del incremento monetario de la población más pobre, provisión directa de ciertos servicios (salud, educación, transportes) e inversión en infraestructura para el goce de otro tipo de servicios no aportados directamente por el Fisco.

²⁴Cowan, Kevin, y José De Gregorio. «Distribución y Pobreza en Chile: ¿Estamos Mal? ¿Ha habido progresos? ¿Hemos retrocedido?» *Estudios Públicos*, Primavera 1996: 27 - 56, pág 24.

Patricio Meller coincide con su par Osvaldo Lagarrañaga en que el crecimiento económico de nuestro país ha sido importante para la disminución de la pobreza, mas también opina que las políticas sociales han significado para Chile, un inmenso aporte complementario. Así, a este complemento que los programas sociales importan al crecimiento económico, el autor les llamó “eficiencia del crecimiento”, aseverando que “el alto ritmo de crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente para la reducción de la pobreza”.

Ernesto Otonne y Carlos Vergara por su parte, señalan que en la actualidad “los Estados aseguran servicios y bienes públicos (...) que aumentan el nivel de bienestar de quienes tienen menos recursos” y en específico, que los niveles de acceso a salud y saneamiento existentes se traducen en las menores tasas de mortalidad infantil y mayor expectativa de vida. Así, este mayor acceso de la población a dichos bienes y servicios, ayudan a mucha gente a superar la línea de la pobreza.

Por su parte, Alberto Valdés refiriéndose a las limitaciones metodológicas para medir ciertas transferencias otorgadas desde el Estado al grupo de personas más pobres, señala que el mayor acceso a servicios públicos, ha mejorado de forma indirecta el nivel de vida de las personas, beneficiando más a los grupos pobres que a los no pobres.

En la medida que el aseguramiento estatal aumenta su ámbito de cobertura (en relación a cantidad de población beneficiada), su preocupación principal comienza a mutar, y no ser el alcance de los servicios a la mayor ~~¿cantidad?~~ gente posible, sino también, que sea una ~~¿cobertura?~~ de calidad, para que verdaderamente cumpla su objetivo de satisfacer las necesidades de los beneficiados. Es importante, por lo tanto, que la prestación de servicios sea tanto amplia como de calidad.

Su importancia no radica absolutamente en la obtención del servicio prestado “en sí mismo”; es cierto que el primer objetivo es obtenerlo de manera material, pero estando cumplido, se produce un efecto que una vez conocido, se convierte a su vez en objetivo colateral del servicio, a saber, lograr la integración de cierta parte de la población a un mundo del que gozaban antes otras personas. En palabras de Ottone y

Vergara²⁵, se trata de cruzar una nueva línea de civilización, en que la calidad de vida no sólo se refiere a la satisfacción de una necesidad, sino también, proporcionar un sentimiento de dignidad e integración que incrementa la sensación de superación y la incentiva aún más.

Según Cowan y de Gregorio, la inversión en políticas públicas y en especial en servicios públicos no ha significado una fracción muy elevada del ingreso total de los más pobres, pero igualmente ha contribuido a aliviar los bajos ingresos de los sectores más pobres²⁶. Escenario distinto a lo que ocurre en los países europeos, especialmente en los escandinavos, donde el impacto de un “Estado de Bienestar” en estos términos es muy provechoso. La diferencia entre ingresos es sustancial (entre los que provienen del trabajo y los otorgados por el Estado).

No obstante, no sólo debemos considerar la correlación explícita que se produce entre ingresos de mercado y transferencia estatal: Cowan y de Gregorio²⁷ rechazan la idea que las variables de ingreso de mercado (ingreso agregado) y un programa de políticas públicas sean independientes. Por el contrario, ellos enjuician como un error no visualizar la correlación que existe entre ellas. Basados en la aceptada premisa de que un país con estabilidad y contentamiento social crece a una tasa más acelerada que aquél que carece de dichas cualidades, la inversión en políticas sociales – entre ellas, aseguramiento de ciertos servicios públicos – no produce otro efecto que el *feed back* con el crecimiento del PIB; “en otras palabras, la política social afecta simultáneamente a gA (ingreso agregado) y a gE (ingreso por sobre el agregado)”²⁸, alcanzando un doble efecto en la reducción de la pobreza.

²⁵Ottone, Ernesto, y Carlos Vergara. «La desigualdad Social en América Latina y el caso Chileno.» *Estudios Públicos* (Centro de Estudios Públicos - Chile), n° 108 (Primavera 2007): 59-91.

²⁶Cowan, Kevin, y José De Gregorio. «Distribución y Pobreza en Chile: ¿Estamos Mal? ¿Ha habido progresos? ¿Hemos retrocedido?» *Estudios Públicos*, Primavera 1996: 27 - 56. Pg. 43.

²⁷Ibidem.

²⁸En un esquema donde g (ingreso) = g_A (ingreso agregado) + g_E (ingreso por sobre el agregado)

1.3.2 Importancia del acceso al suministro de agua potable y alcantarillado.

Según ha quedado demostrado en acápite anteriores, desde 1987 en adelante la pobreza en Chile se ha reducido notablemente, desde todos los puntos de vista analizados. Una de las variables a considerar para concluir aquello, es el acceso a agua potable que tiene la población en general y la más pobre, en particular. En consecuencia, es dable señalar que este avance en cobertura de agua potable ha sido condición necesaria o importante para mejorar las cifras de pobreza en nuestro país.

Sin embargo – y como hemos comentado más arriba- para atender a la relación entre acceso al agua potable y saneamiento y la pobreza, seguiremos la recomendación que nos hace el Informe de Avance sobre la Iniciativa Regional para América Latina ~~Y-y~~ ~~El-el~~ Caribe, en su Tercer Foro Mundial del agua, cual es enfocar dicho diálogo a dos “lugares”: el mejoramiento general de la población, en cuanto a satisfacción de sus necesidades, y, el enfoque que atiende a la ~~ingerencia~~ ~~injerencia~~ en el capital humano, tomando en cuenta principalmente los efectos en la productividad y la salud de las personas²⁹.

Para ello, podemos – y debemos - entender el ejercicio sobre influencia en pobreza en otro sentido: mientras más se dificulta y encarece el acceso práctico al agua potable y saneamiento, más susceptible se vuelve la población de padecer de otros factores que perpetúan la pobreza, tales como una mala higiene, enfermedades infecciosas, mortalidad infantil, reducción del consumo de otros productos y servicios básicos y demás consecuencias perniciosas que su ausencia trae aparejada. También puede reducir las oportunidades de generación de ingresos, reduciendo aún más el ingreso y el consumo.

²⁹ Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación de Países Bajos-BID para la GIRH; Asociación Mundial del Agua; CARE Internacional. «Agua y Pobreza.» Informe de avance sobre la iniciativa regional para América Latina y el Caribe, Kyoto: Tercer Foro Mundial del Agua, Marzo 2003.

En este contexto, la observación y evaluación de los impactos de las políticas de agua y saneamiento se complica, debido a sus vínculos con otros sectores y los numerosos beneficios indirectos relacionados con la prestación de estos servicios.³⁰

De acuerdo a un estudio encargado por el Banco Mundial³¹, la interacción entre pobreza y acceso al agua potable y saneamiento tiene efectos principalmente en cuatro otras circunstancias que hacen persistir la miseria:

- Salud: Así como todos necesitamos agua diariamente, cada uno, rico o pobre, defeca y orina todos los días. El lugar donde esto se haga tiene un impacto importante sobre la salud familiar. Los hogares con baños privados tienen una tasa de mortalidad considerablemente más baja que la de los que no cuentan con ellos. Los baños privados no sólo benefician al hogar, sino también a los vecinos, que quedan protegidos de sus heces. La gente pobre y sus vecinos a menudo carecen de baños privados, lo cual los obliga a defecar en espacios públicos y los expone más al contagio de enfermedades, especialmente, diarreicas. Agregado a lo anterior, las enfermedades relacionadas con agua y saneamiento imponen pesadas cargas sobre los servicios de salud e impiden la concurrencia de los niños a la escuela. Adicionalmente, las aguas estancadas también pueden ser un foco de otros agentes de contagio, tales como los mosquitos que transmiten el paludismo y otras enfermedades.
- Género e inclusión social: Los grupos pobres geográficamente dispersos (a menudo minorías étnicas) pueden quedar excluidos del proceso de instalación de servicios comunitarios de agua y saneamiento. Una situación en la cual ciertos grupos sociales quedan excluidos de las decisiones comunales importantes, resultará en un uso continuo agua insalubre y limitará el acceso de dichos grupos a servicios existentes o futuros. Además, una falta de saneamiento adecuado pondrá en peligro la salud de las mujeres en las culturas que les imponen esperar a que anochezca para poder defecar y orinar.
- Educación: Se ha demostrado que la falta de baños en las escuelas de los sectores pobres es un factor importante por el cual, sobretodo las niñas, deciden abandonar su educación, especialmente después de la pubertad. Por otro lado, en casas sin acceso a agua potable de cañería o alcantarillado, los niños, en especial las niñas, deben ayudar a acarrear agua, lo que les reduce el tiempo para ir a la escuela y jugar.

³⁰Bosch, Christophe, Kirsten Hommann, Claudia Sadoff, y Lee Travers. «Agua, saneamiento y la pobreza.» *The World Bank Web Site*. Julio de 2008. <http://siteresources.worldbank.org/INT/PRS1/Resources/383606-1205334112622/4768783-1205337105916/wat0118.pdf> (último acceso: Julio de 2010).

³¹Ibidem

- **Ingreso:** La falta de conexiones a la red de agua, en los sectores pobres urbanos, o de cualquier servicio de agua en el caso de los sectores pobres rurales, típicamente los obliga a su población a comprar agua de un proveedor a precios unitarios muy elevados o caminar grandes distancias para llegar a arranques públicas, e incurrir en costos adicionales para almacenar y hervir el agua. Ya se trate de zonas urbanas o rurales, si los pobres no tienen acceso a servicios de agua eficientes, enfrentarán costos unitarios de agua mucho más elevados, que reducirán su consumo.

Las limitaciones para la prestación del servicio, muchas de ellas relacionadas entre sí, posiblemente varíen entre los distintos sectores pobres de las zonas rurales, los poblados pequeños y las zonas urbanas de un país o bien por género, origen étnico y gravedad de la pobreza. Uno de los retos más importantes en el desarrollo de los aspectos de agua y saneamiento de una estrategia de reducción de la pobreza, es entender cómo operan dichas limitaciones en los entornos financiero, social y de gobierno, tan distintos, de un país.

Como se observa en el cuadro de más abajo, la cobertura de acceso a agua potable en nuestro país aumentó de un 66,5% en 1970, a un casi 98% en 1995. En la actualidad dicha cifra alcanza casi el 100%. Estas cifras implican el acceso directo que la población tiene hoy en día con el agua potable, incluyendo la infraestructura necesaria para ello. Es decir, estamos hablando de accesos (cañerías) dentro de cada hogar, y no, un arranque para un determinado complejo de personas.

CUADRO N° 2: Porcentajes Históricos de Población con Acceso a Agua Potable

REGION	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
I	98,3	98,9	98,0	98,0	98,4	98,4	98,3
II	98,4	98,4	99,0	100,0	99,7	99,7	99,9
III	97,0	97,0	98,0	98,0	98,0	98,4	99,0
IV	94,4	95,8	98,0	98,0	97,2	97,2	97,0
V	95,3	95,3	96,0	95,0	95,8	95,9	95,8
VI	94,9	96,6	97,0	95,0	95,0	96,0	96,4
VII	95,7	96,1	97,0	97,0	97,7	98,2	98,3
VIII	93,7	95,6	97,0	94,0	95,0	94,9	94,8
IX	97,5	98,6	98,0	99,0	98,1	98,0	98,0
X	95,3	95,3	97,0	96,0	97,0	94,9	95,0
XI	99,8	99,8	98,0	100,0	99,7	99,5	99,4
XII	99,2	99,2	99,0	98,0	98,0	97,9	99,5

R.M	99,2	99,2	99,0	98,0	98,5	98,4	98,7
TOTAL (2)	97,2	98,0	98,0	97,0	97,6	97,5	97,6

Fuente: SENDOS: I a XII Región excepto V y R.M.(Años 1987 y 1988)
MOP: Reg. V (ESVAL) y R.M. (EMOS).(Años 1987 y 1988)
Superintendencia de Servicios Sanitarios (Años 1989 a 1993)

Las cifras anteriores revelan que casi todos los habitantes en Chile, sin importar nuestra situación económica, contamos con servicios de agua y saneamiento. Sin embargo, y a juicio del mismo informe del Banco Mundial, los niveles de tal servicio varían enormemente, incluso dentro de la categoría amplia de pobres. Ciertas diferencias en los niveles de servicio, tal como la presión de suministro o atención a los usuarios, se siguen presentando en nuestra realidad sanitaria, mas dejando afuera desigualdades más odiosas y graves como el tratamiento de agentes patógenos en el agua potable o letrinas capaces de aislar las heces del contacto humano, que afectan a muchos países de Latinoamérica y el Caribe incluso transcurrida la primera década del siglo XXI.-

1.3.3 Importancia del consumo de agua potable y servicio de saneamiento.

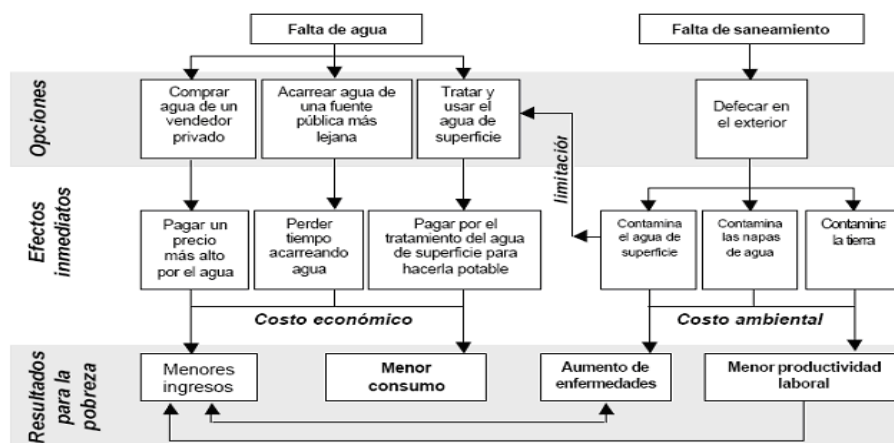
La Organización Mundial de la Salud ha establecido una norma de veinte litros de agua por persona y por día para satisfacer requisitos personales básicos y de higiene³². De esta cantidad, cerca de diez litros se destinan a necesidades de cocina y para beber; el resto se utiliza para aseo personal, especialmente para lavarse las manos. Cuando el agua es cara, ya sea en términos de dinero o del tiempo y energía necesarios para obtenerla, los pobres a menudo reducen su consumo total a 15 litros o menos, principalmente reduciendo su aseo personal, con las consecuencias que ya repasamos anteriormente.

³²Bosch, Christophe, Kirsten Hommann, Claudia Sadoff, y Lee Travers. «Agua, saneamiento y la pobreza.» *The World Bank Web Site*. Julio de 2008. <http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1205334112622/4768783-1205337105916/wat0118.pdf> (último acceso: Julio de 2010), pág 11.

Ya se trate de zonas urbanas o rurales, si los pobres no tienen acceso a servicios de agua eficientes, enfrentarán costos unitarios de agua mucho más elevados, que reducirán su consumo. La importancia de este vínculo se puede evaluar a través de estudios existentes de consumo del hogar. Este tipo de estudios típicamente incluye preguntas sobre la existencia de una conexión de agua corriente en la casa y permite obtener rápidamente un perfil de servicio, tanto en zonas urbanas como rurales^{33,34}. Las condiciones del suministro de agua a menudo varían considerablemente entre las zonas rurales y urbanas de un país, escenario que así se da en Chile, tal como se verá en los próximos capítulos.

Así lo demuestra el cuadro elaborado por investigadores del Banco Mundial en el año 2008 respecto a las consecuencias que conlleva la ausencia de una conexión a una red de agua potable, las que son de índole económica, ambiental y social.

CUADRO Nº 3: Consecuencias Económicas y Sociales por Carencia de Agua Potable.



Fuente: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1205334112622/4768783-1205337105916/wat0118.pdf>

³³ Ver anexo Encuesta CASEN
³⁴ Ver anexo Encuesta CASEN

De acuerdo a lo ejemplificado por esta gráfica, las consecuencias de la carencia de una conexión a agua potable finalmente se interrelacionan, situación que se ve evidentemente agravada si a ello se suma la ausencia de servicios de saneamiento (alcantarillado y tratamiento de aguas servidas)³⁵. En definitiva, la principal conclusión es que la ausencia de conexión a servicios sanitarios provoca que la gente en condiciones de pobreza se haga más pobre aún, tenga más riesgo de enfermedades y menos posibilidades laborales.

Los pobres a menudo pagan más por su acceso a agua potable que los hogares de mayores recursos, tanto en términos absolutos como en relación a sus ingresos. Por esto, los programas de alivio de la pobreza relacionados al sector sanitario tratan de mejorar los ingresos de los pobres mediante su poder de compra, como lo estipula la ley sobre subsidio al consumo de agua potable, N° 18778. Por otro lado, dichos planes buscan también mejorar el acceso al servicio por medio de políticas o inversiones que reduzcan los costos.

³⁵ Comúnmente, es muy improbable que una vivienda que carezca de conexión a agua potable si acceda a servicios sanitarios. Es más típico que cuente con agua potable, mas no de alcantarillado y servicio de evacuación de aguas servidas.

CAPITULO II

2.1 GENERALIDADES

La protección legislativa atingente al sector sanitario, comprendiendo dentro de éste, la provisión del servicio de agua potable y alcantarillado, ha existido desde antiguo. En sus inicios, dicho amparo se trató primordialmente de implementar el acceso a ella, focalizado especialmente en la Región Metropolitana y en la de Valparaíso. Con posterioridad, se publicaron normas que implementaban un sistema de red de distribución de agua potable y alcantarillado en el resto del país, mas siempre en las localidades más céntricas y pobladas.

Consistente a dicha estructuración originaria del plan de distribución de agua potable en el país, la legislación comenzó a cubrir no sólo ese aspecto, sino que además se centró en crear, de a poco, una red de organismos que se ocuparan de su administración. Al principio, fue una labor encomendada al Ministerio del Interior, canalizado a través de las diversas Municipalidades. Luego, proliferaron distintas instituciones, de diferentes nombres, formas de organización, facultades y dependencias, caracterizándose por ser organismos con iguales facultades y funciones, que incluso llegaron a coexistir. Finalmente, la ejecución de los servicios sanitarios quedó entregada ya no a entidades estatales, sino al sector empresarial privado.

No obstante lo mutante que han sido las fórmulas legales de protección al agua potable en la historia de nuestro país, hay un elemento que permanece presente hasta la fecha: la tutela del Estado. En efecto, la ley siempre ha posado sobre el Estado el deber de asumir algún rol para propender a la generación, distribución, recolección y tratamiento del agua destinada al consumo humano. La obligatoriedad con que ha asumido el Estado el cumplimiento de estas funciones refleja su carácter de tutor, y se expresa “en proteger – al evitar el desconocimiento del derecho a acceder al agua por

parte del prestador del servicio- y en cumplir – en cuanto facilitar, promover y garantizar- el derecho a acceder al agua a todos”³⁶.

Según lo señalado por Dupré y Lentini, el siglo XX fue testigo de un Estado Latinoamericano que comenzó siendo liberal, pasó a ser interviniente (casi controlador), para terminar actuando como regulador de los mercados. Como se atisbó, dicho rol del Estado se asumió al principio como prestador del servicio público de agua potable y alcantarillado, puesto que la percepción de la época consistía en que “el Estado era el único capaz de garantizar la igualdad de acceso a bienes considerados <<básicos>> o de <<primera necesidad>> a precios socialmente deseados”³⁷.

La anunciada intervención estatal en Chile se vio reflejada en una vasta proliferación de piezas legislativas relacionadas con el proyecto sanitario del país desde finales de la segunda hasta principios de la cuarta década del siglo XX (aproximadamente veinte cuerpos legales, entre leyes, decretos y reglamentos), caracterizada por la complementación de unas a otras y los aumentos de presupuesto destinados al sector.

Sin embargo, entrando a la década de los sesenta, la preocupación de la administración estatal desvía su atención hacia otros temas de gobierno, merma que también significaría menor trabajo legislativo. El Estado comenzó a caracterizarse por las ineficiencias de administración de sus empresas sanitarias, confundiendo sus funciones productivas con las fiscalizadoras y cuyo timón dependía de criterios políticos, no técnicos; “no existen inversiones significativas ni en mantenimiento de estos servicios ni en la expansión de las instalaciones, con el consecuente deterioro de su provisión, llevando a racionamientos y mala calidad de agua. (...). A menudo este proceso de deterioro iba aparejado de un gasto corriente (no inversión) en ascenso por parte del Estado en cada una de sus empresas, las que a su vez tenían menores ingresos”³⁸. Sumado a lo anterior la organización institucional chilena se caracterizó durante muchos años por su dispersión, dado que existían diversos organismos

³⁶ Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1°. Ciudadela, Argentina: AbeledoPerrot, 2008. pág 34.

³⁷ DUPRÉ, E., LENTINI, E. Experiencia en América Latina. En: OXMAN S., y OXER J.P. *Privatización Del Sector Sanitario Chileno*. 1ª ed. Santiago de Chile, Cesoc, 2000. pp. 313-374.

³⁸ *Ibíd.*

gubernamentales con funciones similares y diseminadas por todo el país, desorden que intentó aplacarse mediante la creación del Servicio Nacional de Obras Sanitarias (SENDOS), cuya ley constitutiva en 1977, ordena integrar todo el resto de entidades relacionadas al sector, pero que no logró cumplir la centralización absoluta de las entidades sanitarias.

Producto de lo anterior, es que desde mediados de la década de los ochenta, Latinoamérica, incluyendo nuestro país, configura un nuevo sistema encargado de la provisión de agua potable y tratamiento de aguas servidas, ahora marginando al Estado de la fase productiva del servicio, para traspasarlo a la Empresa Privada, “como una forma de estimular las economías locales y al mismo tiempo cerrar las agudas brechas de déficit fiscales”³⁹ que las empresas manejadas directamente por el Estado provocaban.

Luego de aproximados diez años de SENDOS a la cabeza de los servicios sanitarios, estando encargado no sólo de la regulación, fiscalización y proceso normativo, sino también de a provisión directa de los servicios, comenzaron a generarse empresas privadas para integrar el sector. “El objetivo de dichas privatizaciones fue el logro de una mayor eficiencia en la operación de los servicios, conseguir recursos para inversiones imprescindibles y disminuir la participación del Estado en las empresas”⁴⁰, lo que en términos concretos se traduciría en “tarifas más bajas y mejor calidad del servicio a los usuarios”.⁴¹

Por el contrario, los problemas generados al no adoptar un sistema privado de servicio sanitario serían los de segmentación del servicio sanitario (entre producción, distribución, recolección y tratamiento de aguas), desincentivos a invertir en el sector y baja calidad del servicio.⁴²

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ Alvarez Oñate, Ana. Inédito, 2006.

⁴¹ Temas Públicos. *Sanitarias: Un retroceso para el Sector*. Centro de Estudios e Investigación Libertad y Desarrollo, N° 522. 30 de Marzo de 2001.

⁴² *Ibíd.*

Al tiempo que la función productiva se trasladaba a los privados, se va arraigando firmemente en distintas esferas políticas y sociales (y por qué no decir, en la comunidad toda), el valor que tiene para los administrados el servicio de agua potable y alcantarillado, por su aporte natural a la sobrevivencia humana, y en definitiva, la importancia de tener garantías en que su acceso sea universal. Esta convicción se adquiere junto con la incertidumbre de su aseguramiento de parte de entidades que ya no serían más el Estado sino empresas cuyas motivaciones escaparían de propender al bienestar social.

Debido a lo anterior, surge un nuevo objetivo para el Estado: “combinar una garantía de acceso universal al servicio básico sanitario, con el pago efectivo de los costos e inversiones eficientes de su provisión”⁴³, debiendo tomar en consideración que, de acuerdo a su función pública, es emplazado a cumplir con dicha garantía de acceso especialmente con los niveles socioeconómicos más vulnerables. Esta nueva labor del Estado como regulador debe consistir, en resumidas cuentas, “en normar y fiscalizar las actividades económicas del sector sanitario”.⁴⁴

Según Oxman y Oxeer, la solución a tal coyuntura se resuelve con un “arreglo institucional, que debe ser objetivo y transparente en su origen”⁴⁵. Aquél arreglo puede tener (y tiene, según nos muestra la experiencia foránea) diferentes formas, mas trasunta en un solo propósito: que el Estado cumpla un rol regulador entre las Empresas privadas de agua potable y alcantarillado respecto de sus funciones productivas y tarifarias, y respecto también de los usuarios del servicio, de modo que cumpla con su tradicional y propia labor de socorrer las necesidades de los administrados.

La experiencia internacional actual nos señala distintos modelos que los gobiernos han adoptado para regular los intereses de las empresas y de los usuarios: bien se le entregan facultades a organismos especializados y descentralizados para hacerse

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ Alvarez Oñate, Ana. Inédito, 2006

⁴⁵ OXMAN, Sergio., OXER, J.Paul. Análisis de un Proceso Inconcluso. *En*: OXMAN S., y OXER J.P. Privatización Del Sector Sanitario Chileno. 1ª ed. Santiago de Chile, Cesoc, 2000. pp. 15-52.

cargo de ello, a organismos dependientes del gobierno central, o bien se estipula en leyes especiales que disponen la adopción de un contrato (contrato ley) a suscribirse entre el Estado y la Empresa.⁴⁶

Como toda gestión institucional, la protección que la ley ha encomendado al Estado ha tenido ese gran objetivo general; adicionalmente, le ha encargado otro tipo de objetivos más específicos, los que han ido cambiando a medida que se van cumpliendo. Así como ya dijimos, si en una primera etapa el objetivo era lograr implementar un circuito de distribución de agua potable de amplia cobertura, una segunda fue crear los organismos particulares que se ocuparan de ello. Finalmente, hoy podríamos decir que el objetivo de nuestro Estado ~~nacional~~ en esta materia, a través de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, es asegurar un buen servicio, a bajo costo y en condiciones de igualdad. Es decir, una vez que se logró cubrir nuestro territorio con redes de acceso al agua potable y alcantarillado, la protección que la ley encomendó luego al Estado radicó más bien en asegurar su consumo a todos los habitantes del territorio nacional.

En definitiva: la protección legislativa al acceso y consumo de agua potable radica desde siempre en el Estado, cuya misión, si bien ha sido la misma, ha cambiado en la manera de ejecutarla, hasta convertirse hoy en día en un ente regulador de la prestación del servicio.

2.2 DESDE LAS PRIMERAS LEYES HASTA LA ~~PUBLICACIÓN~~ DE LA LEY DE SERVICIOS SANITARIOS.

⁴⁶De hecho, una de las prevenciones que hacía un ámbito político y académico del quehacer nacional durante la primera mitad de los noventa, era la falta de legislación adecuada para operar el sector sanitario con capitales mayoritariamente privados.

Desde su fundación, las calles de las ciudades más importantes de nuestro país, como Santiago, Valparaíso y Concepción se construyeron incorporando canales de riego y desagües, de manera de desviar las aguas desde su caudal natural hacia las ciudades, a objeto de permitir el consumo de la población, la mantención de huertos y chacras productoras de alimentos, y de hacerse cargo de las aguas lluvias.

“En 1578, Santiago comenzó a recibir agua cristalina proveniente de manantiales y vertientes existentes en el sector alto de la ciudad (Tobalaba), lo que tuvo un mejoramiento importante cuando en el año 1763 se construyeron obras para traer aguas de la llamada Quebrada de Rabón (hoy de Ramón) hasta la Plaza Baquedano. Sin embargo, la mayor parte de los habitantes de Santiago consumió principalmente aguas provenientes del Río Mapocho, durante el período de La Colonia y transcurrido medio siglo de la República”.⁴⁷

Pero es en la segunda mitad del siglo XIX cuando nuestro país comienza un desarrollo generalizado en diversas áreas, desde la literatura, pasando por la economía y hasta la ingeniería. Tal desarrollo – sobre todo en este último ámbito- no dejaría ajeno al sector sanitario, época en que se construyeron diversas obras, tales como “la primera matriz alimentadora de agua potable para la ciudad de Valparaíso (1850), la planta de tratamiento de agua potable de Concepción (1860), los estanques en La Reina Santiago (1865) y la constitución de la “Tarapacá Water Works” para abastecer de agua la ciudad de Iquique (1888). En Santiago, se construyen los Drenes de captación en Vitacura, los estanques de 20000 m³ en Antonio Varas (1894) y la puesta en servicio de la primera etapa de evacuación de aguas servidas”.⁴⁸

Se infiere que la magnitud de aquellas construcciones responde a la preocupación, no sólo de abastecer de agua potable a la población, sino también de instaurar una política de saneamiento que propenda a mejorar la higiene, y en consecuencia, la salud de los chilenos, señalándola asimismo como un bastión del progreso nacional al que se deseaba propender.

⁴⁷ SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS. Historia del Sector Sanitario en Chile. [en línea] <<http://www.siss.cl/article-3681.html>> [consulta: 08 octubre 2010].

⁴⁸ OXMAN, Sergio., OXER, J.Paul. Análisis de un Proceso Inconcluso. En: OXMAN S., y OXER J.P. Privatización Del Sector Sanitario Chileno. 1ª ed. Santiago de Chile, Cesoc, 2000. pp. 15-52.

Paralela y justamente en razón de la expansión del sector sanitario, Chile da a luz numerosos cuerpos legales (tanto leyes como reglamentos), muy seguidos entre ellos, los que a grandes rasgos, fomentan la inversión, crecimiento y buen servicio en esta área, sorprendiéndonos además en proveer desde ese entonces, un mecanismo para que los compatriotas de menos recursos accedan a todos los beneficios.

En dicho sentido, un catastro de los textos legales que destacan por esas características se resume a continuación.

- "Ley sobre Empresas de Gas y Agua Potable" del 15 de octubre de 1875: ordena crear el cargo de inspector para esas dos áreas, a objeto que cumpla labores fiscalizadoras y administrativas, cuidando los intereses tanto de los prestadores de agua y gas como el de los consumidores. Asimismo fija competencia en los Juzgados Civiles para conocer de cualquier pleito entre ellos, señalando primeramente, dos prohibiciones a las surtidoras (que significan derechos ejercibles por los consumidores): cortar los suministros "de propia autoridad, ya sea por falta de pago o por falta de consumo" y "cobrar cantidad alguna por gas o agua que no se haya consumido".

- Ley N° 342 del 19 de febrero de 1896: "Servicio Obligatorio de Desagües por medio de Alcantarillas o cañerías": esta ley indicaba en su artículo primero la obligatoriedad del servicio de desagüe para poblaciones o villas superiores a cinco mil habitantes. Lo curioso de su redacción, es que dicha obligación se señalaba como una potestad que cada Municipalidad estaba autorizada a ejercer, no estando ordenado desde ya por el sólo ministerio de la ley.

Asimismo, este cuerpo legal fijaba la instalación del servicio como una carga del propio usuario, quien sólo se veía eximido para el evento que el inmueble en cuestión "valiere menos de dos mil pesos y su dueño careciere de recursos", caso en que debía ser la Municipalidad de la comuna donde se instalaba el bien raíz, la entidad llamada a hacerse cargo de su financiamiento.

Eximido o no el propietario, en ambos casos es a dicho ente estatal al que le correspondía encargar los trabajos (autorizándole contratar privados para dichos efectos) y el que debía fijar y cobrar los montos por el servicio de desagüe, calculándose de acuerdo al avalúo fiscal de cada inmueble, contando también con límites mínimos y máximos en atención a su valor.

Adicionalmente, se ordenaba una especie de servidumbre a favor de los propietarios que viviesen en cerros o barrios accidentados y que en consecuencia, no tuvieran acceso a las matrices, consistente en poder atravesar las propiedades intermedias, evidenciando un claro ánimo en la ley en lograr montar servicios sanitarios en todo el territorio nacional, anticipándose a las dificultades técnicas.

Como corolario, se declaró “libres de derechos los materiales que se importen del extranjero para la construcción del servicio principal de desagües en las poblaciones”, a fin de facilitar el ingreso de elementos foráneos idóneos en la edificación de las obras, ya sea de carácter tributario y aduanero.

- Ley N° 1012: “Lei que autoriza al Presidente de la República para cancelar el saldo líquido de la deuda que la Ilustre Municipalidad de Santiago reconoce a favor del Banco Comercial de Chile”. La génesis de esta ley se enmarca en la novación por cambio de acreedor de una deuda que debía el entonces Banco Comercial de Chile al Estado, motivado por el crédito que a su vez, dicho Banco tenía respecto de la Municipalidad de Santiago. Lo relevante es que disponía que la deuda se pagaría mediante el producto líquido obtenido del servicio de agua potable manejada por la Empresa de Agua Potable de Santiago, dinero destinado, entre otras cosas, a la conservación y ensanche de esos servicios. Además, dispuso que la Empresa de Agua Potable (ente municipal dirigido por la Alcaldía de Santiago) sería dirigida por una junta conformada ya no sólo de personal comunal, sino por sólo un miembro del Municipio y dos personas nombradas por el Presidente de la República, quienes dependerían exclusivamente del Ministerio del Interior.

De lo anterior, se vislumbra el interés del ejecutivo por manejar directamente estos servicios interviniendo en su orgánica, pasando a ser dependiente del Gobierno Central y no aislado para la localidad de Santiago en específico, convirtiéndose éste en un pequeño paso para comenzar un proceso de unificación institucional.

- Ley 1835 "Autoriza la inversión de L 1500000 para contratar en licitación pública las obras de defensa de Valparaíso contra las inundaciones i los trabajos de alcantarillado de diversas ciudades de la República". Como lo describe su título, esta ley le permitía al Presidente de la República invertir el monto de un millón quinientas mil libras esterlinas para la construcción de una especie de "recolector de aguas lluvias" en Valparaíso, alcantarillado para Talca y Concepción y en general, el mejoramiento de provisión de agua potable en diversas ciudades del país (mencionadas taxativamente en su artículo primero).

Sin embargo, la misión estatal se limitaba a los trabajos correspondientes a vías públicas, cauces colectores y emisores, pues la ley decretaba que sería obligación de los propietarios la instalación en el interior de sus respectivos edificios (art 7°), que como se verá más adelante, fue la tónica de las legislaciones relacionadas al sector. Para ello, se declaraba a la internación de los materiales necesarios como liberada de pagar los derechos de entrada.

En este cuerpo legal, se instauró por vez primera un sistema de asistencia financiera a favor de ciertas personas que no estén en condiciones de pagar las obras sanitarias. El beneficio se dirige a personas cuya propiedad no supere los cinco mil pesos en avalúo y que no tengan otro inmueble, consistiendo en el financiamiento de los trabajos con fondos fiscales, los cuales deben ser devueltos por el titular del bien raíz a las arcas, en cuotas y en un plazo de cinco años (art. 8°).

Se estipulaba que las mencionadas obras se realizarían con los fondos de la República, y se registró que cada año, la ley de presupuestos "consultará las sumas necesarias para subvenir el cumplimiento de la presente lei" (art. 15).

Esta ley dispuso que debería cobrarse por el consumo de agua potable a precio de metro cúbico, siendo obligatorio el uso de los medidores, sin ahondar en tarifas o cálculos para ello. Asimismo, decreta que cada empresa encargada de la recolección de las aguas recibirá una “contribución”, pero esta vez señala mínimos y máximos de sus entradas, combinando el valor del inmueble con una cifra impuesta en el precepto en cuestión (art 5°).

- Ley N° 1838 del 20 de febrero de 1906: Ley que crea el "Consejo de habitaciones para obreros", entidad dirigida a propiciar moradas que tengan las condiciones mínimas para una supervivencia humana digna.

Dicho consejo tendría – entre otras- la facultad de declarar insalubres o inhabitables las casas que no cumplan ciertas condiciones para la vida, como la “distribución de las piezas, su nivel con relación a los patios i calles, el cubo de aire, la luz, la ventilación i demás preceptos de la higiene”. Curiosamente no se sindicó expresamente al hecho de contar con agua potable y desagüe como uno de los requisitos; sin embargo, cabría ubicarlo dentro de la frase final del precepto.

A pesar de la omisión mencionada, esta ley innovó pues establece un beneficio fiscal a favor de este tipo de inmuebles – no de la persona residente- consistente en una especie de subsidio a la demanda de agua potable, medida en proporción al consumo; en específico, por cada cien litros, se cobraba el diez por ciento del precio.

- Ley N° 3072, del 28 de marzo de 1916: Similar al tenor de la ya revisada Ley N° 1.835, el cuerpo legal en comento dictaba derechos y obligaciones del mismo carácter en relación al auto compromiso del Estado en la atención de accesos sanitarios, en la obligación de cada propietario de levantar arranques domiciliarios para sus respectivos inmuebles dentro de un determinado plazo y con las facilidades financieras que daría el Gobierno para aquellos dueños de casa con más problemas para incurrir en el gasto de los trabajos particulares.

Se innova en incluir un requisito técnico para el diámetro de los arranques (y así compatibilizar los trabajos de las Empresas del Estado y los particulares de cada inmueble) y en hacer de esta ley una de aplicación general para todas las localidades del país que se encuentren dotadas de servicio de agua potable.

- Ley N° 3849 del 21 de febrero de 1922, “Que destina \$15.000.000 para la ejecución de obras de desagüe en diversas ciudades”. Como lo dice su nombre, se autorizaba al Presidente de la República a invertir quince millones de pesos, dentro de un plazo de diez años, en la construcción de obras de desagüe de ciertas ciudades específicas, pero también, en todas ellas que “durante el ejercicio de la presente lei, lleguen a tener diez mil habitantes o más, según el orden de precedencia de su más alta población” (Art. 2°). Asimismo, se podría autorizar la inversión de esta índole en poblaciones con densidad menor a los diez mil habitantes, siempre que lo solicitara la Municipalidad respectiva a pedido de los vecinos, que representaran (al menos) el 70% de los propietarios y que aporten con un mínimo del 30% de los estudios para hacerlo. Además, que las rentas por el servicio alcancen para cubrir gastos de explotación, los intereses del capital invertido y al menos la mitad de la amortización del capital.

Esta ley introdujo una idea bastante moderna – en relación a la época de dictación- para obtener su propio financiamiento y/o procedencia de los 15 millones de pesos a invertir en el área; lo hizo mediante la emisión de uno o varios bonos con garantía del Estado, que se colocarían en propuestas públicas, nacionales o extranjeras, a objeto de producir la suma necesaria (quince millones) para aplicarlas al pago de los trabajos necesarios, pago de expropiaciones e intereses de los bonos durante el tiempo de realización de los trabajos (Arts. 4° y 5°).

A través de esta misma, se autorizó a realizar expropiaciones de tierra, declarando de antemano como de “utilidad pública, los terrenos necesarios para la ejecución de las obras de desagüe, así como las aguas indispensables para el servicio de lavado de las alcantarillas o el uso de dichas aguas con el espresado objeto”. Así también, obligaba a propietarios y/o inquilinos a no intervenir en las obras cuando estas se realizaran para

el cumplimiento de la ley, permitiendo el libre acceso de los obreros a los inmuebles; de lo contrario, se impondrán sanciones en su contra.

Respecto de los arranques domiciliarios, este cuerpo legal utilizó la misma fórmula analizada en las dos anteriores, es decir, se establece en un primer momento que son a costo exclusivo del propietario, con la salvedad que si el avalúo fiscal del inmueble no superara cierta cifra (en este caso, los tres mil pesos) y éste haya sido el único de dominio del beneficiario, accede a un crédito fiscal el que deberá ser pagado en cuotas.

La novedad que instauró esta norma tiene que ver con el ente estatal que estaría a cargo de la administración de las obras. Como es habitual en los cuerpos legales de la época, las potestades y responsabilidades las ejerce el ~~mismísimo~~ Presidente de la República, pero a través de otra entidad que estará a cargo de su ejecución; hasta el momento, siempre fue a través de las Municipalidades respectivas y dependiendo del Ministerio del Interior. Sin embargo en este caso particular, la responsabilidad de efectuar los trabajos era del Presidente, mediante la Dirección de Obras Públicas, dependiente del ministerio de igual rubro, lo que a todas luces significa un cambio significativo en la percepción del panorama sanitario chileno, tanto de ese entonces como del futuro. Mayor avance significó que la administración de los servicios de desagüe y la recaudación de las rentas que dejara, se delegaran en una institución creada específicamente para tales efectos: la "Inspección de Agua Potable i Saneamiento". Dicho organismo, eso sí, nació con fecha de muerte, pues el inciso final del art 6° dicta que "Una vez pagadas las obras se entregarán a las respectivas Municipalidades". Si bien lo anterior significó un resabio a las formas del pasado, no cabe duda el gran aporte del cambio institucional consagrado, sobre todo si concordamos en que se acercaba cada vez más al modelo moderno.

- Reglamento N° 84 "Para los servicios particulares de Agua Potable, salobre o de mar y alcantarillado", del 15 de enero de 1929. Como lo indica su nombre, este reglamento norma la instalación de servicios cuyo origen sea de iniciativa privada, accediendo a una concesión estatal. Desde su artículo primero se

decretó que tales servicios podrían explotarse únicamente con la autorización del Presidente de la República, previo informe del Departamento de Explotación e Inspección de la Dirección General de Hidráulica.

Lo anterior revela que la intención de ampliación de las redes sanitarias ya no sólo dependía de una decisión política, basada casi en la intuición del Ejecutivo de turno, sino que además, se hizo necesario tener una opinión sobre la factibilidad técnica del empréstito.

Paralelamente, la idoneidad del proyecto no pasaría bajo la mirada atenta del Presidente y la Dirección citada, sino también, en aras de evaluar el beneficio social que conllevaría la aprobación de un proyecto de servicios sanitarios particulares, debía ser presentado a la cartera del ramo (Ministerio de Bienestar Social), acompañando diversos documentos enumerados en el art. 2° del Reglamento en comento. Resulta destacable a ~~nuestro juicio de la suscrita~~, la exigencia de las letras d) y e), a saber, la presentación de un esquema de las tarifas a cobrar “acompañadas de un presupuesto de explotación y de cálculos justificativos” y un certificado “sobre el análisis químico y bacteriológico del agua”.

Las tarifas debían ser aprobadas personalmente por el Presidente de la República, y serían calculadas en tanto que cubran los gastos de explotación y conservación del servicio, rindiendo un interés de hasta 10% del capital invertido.⁴⁹ Solapadamente, el reglamento fijó en ese sentido un modelo orientado a maximizar el retorno sobre la inversión, que no obstante ser inflexible, resulta innovador, otorgándole asimismo responsabilidades al Estado que ya empezaban a escapar de la producción y mantenimiento del servicio para volverse, de a poco a ser funciones fiscalizadoras.

Tanto así, que nos parecen sorprendentes las amplias atribuciones que tendría el Gobierno respecto de los privados en ciertos casos, las que sin embargo, hasta en la actualidad son frecuentes y esperables en materia de servicios públicos, atendido la necesidad estatal de asegurar la continuidad del servicio.

⁴⁹ El énfasis es nuestro.

De acuerdo al artículo 14 de este Reglamento, las empresas tenían que cumplir con ciertas obligaciones esencialmente ligadas al servicio que presten como “mantener en perfecto estado las instalaciones, a fin de evitar interrupciones en el servicio, y deberán ejecutar las obras de ensanche y de mejoramiento que el Departamento de Explotación e Inspección indique, siempre que las tarifas cumplan con las condiciones fijadas por este Reglamento”. Sin embargo si las empresas interrumpían la provisión de agua de una población o se negaban a ejecutar las obras o a tomar las medidas que fueran necesarias, el Presidente de la República podía tomar bajo su dirección, la explotación del servicio, lo que se explica también, como ya decíamos, como una manera de aseguramiento de la continuidad del servicio.

De esa disposición, se colige la desconfianza que le provocaba al Ejecutivo asumir el rol de fiscalizador para que sea la Empresa privada la encargada de la disposición de servicios sanitarios, a pesar de su mínima participación a nivel nacional, reservándose para esos efectos, facultades de máxima intervención y dirección en ella, sin perjuicio de las múltiples atribuciones y materias que habría tenido desde antes para fiscalizar.

- D.F.L N° 235, del 30 de mayo de 1931: “Aprueba la Organización de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado”. En resumidas cuentas, este decreto orgánico creó la primera institución del sector sanitario. Esta entidad estaba llamada a reunir en un sólo ente administrativo, a los diferentes servicios sanitarios diseminados en el país, que como vimos, fueron creados por ciudad. Así también, estará a cargo de la supervigilancia de los diversos actores intervinientes en el sector.

Esta dirección se creó dependiendo del Ministerio del Interior, a cargo de una Dirección General a nivel nacional y Administraciones Provinciales en cada región. Dichas entidades provinciales serían también fiscalizadas por el Intendente de la región a la que pertenezcan.

Los objetivos en vista para la creación de este organismo se dirigían a la Explotación Técnica y Comercial de los Servicios Sanitarios chilenos. Entre los específicos, estaban los de dictar normas relativas al servicio, hacer aplicar el Reglamento, mantener el funcionamiento de las obras asegurando su calidad, ejecutar obras para su mejoramiento, proponer proyectos en ese sentido, y finalmente, fiscalizar la explotación privada del sector. Imponía – al igual que sus antecesoras – la obligación de cada consumidor de instalar la infraestructura necesaria para el funcionamiento de las obras sanitarias, no obstante sólo el incumplimiento respecto del alcantarillado conllevaba sanción.

Asimismo, imponía la existencia de tarifas por los servicios, las que como prevenían las regulaciones anteriores, debían calcularse de modo que cubrieran gastos de todo tipo (explotación, conservación, mejoramiento, etc), siguiendo el modelo ya utilizado de tasa de retorno.

Previa autorización del Presidente de la República, las tarifas se estatúan por ley. Novedoso resulta que haya sugerido una noción de tarificación basado en el cobro de tarifas mínimas y otra por consumo, al que aludía su art. 12, el que reza: “Será obligación de los consumidores (...) pagar la tarifa mínima correspondiente al diámetro del arranque fijado por el Administrador, aunque no haya habido consumo por deshabitación del inmueble o porque el agua haya escaseado o faltado. La tarifa mínima es el derecho que debe pagarse por tener instalado el servicio.” Esta obligación del consumidor es por primera vez impuesta, llamando mucho más la atención si es que analizamos que se está cobrando una tarifa como una especie de impuesto por tener instalado un servicio, instalación que como hemos visto, y veremos con posterioridad, corría a expensas del propietario. Más sorprende el hecho que esta normativa en ningún caso aseguraba la prestación del servicio; por el contrario, de antemano prevé la escasez o falta de agua, situación en la que obligaba igualmente a pagar.

Ahora bien, este Decreto fue redactado para regir los servicios de agua potable y alcantarillado proveídos por el Estado y por los privados. Nos resulta bastante

sorprendente la desigualdad como ambos sectores fueron tratados, en cuanto a sus derechos y obligaciones, en los casos que se exponen a continuación.

Relativo a la instalación de los arranques domiciliarios, el DFL proseguía con su predicamento anterior: el propietario debía asumir los gastos. Pero adicionalmente, le imponía pagar los medidores. Luego de aquél desembolso, el decreto determinaba que “Solamente el arranque se considerará como de propiedad del servicio”, a pesar que haya sido a costa del consumidor.

Distinto tratamiento encontramos en esta materia, cuando el ~~surridor~~ proveedor de los servicios era una empresa concesionada: si bien se mantenía la misma obligación de los propietarios respecto de los arranques, en lo relativo a los medidores, el Decreto obligaba a las propias empresas a proveer, instalar y conservarlos.

Respecto del cobro de las deudas, resultan ridículas las diferencias estipuladas para el caso que el acreedor sea un proveedor fiscal y para el caso privado. En la primera hipótesis, la deuda respecto de tres periodos de pago provocaba que la administración fiscal suspendiera, sin más, la provisión de agua potable como también la clausura del arranque de alcantarillado; hecho eso, se daba cuenta al ejecutivo para que procediera a la clausura del inmueble. Mientras que en la segunda hipótesis, la empresa debía pedir certificación fiscal sobre la existencia de la deuda, para que recién obtenga un título con mérito ejecutivo que le permita solicitar al Juzgado de Letras competente, la suspensión del servicio y el cobro de la deuda por el procedimiento que corresponde (ejecutivo). Las diferencias respecto de la complejidad, expedición y lo oneroso de los procedimientos descritos saltan a la vista, y constituían a nuestro juicio, una grave desigualdad. No obstante la disparidad descrita, esta puede deberse a la autotutela con la que siempre ha contado la Administración y las facultades para ejercerla, a diferencia de los privados que no cuentan con ese tipo de potestades, especialmente ante las instancias jurisdiccionales.

Asimismo, se le impone como obligación a las empresas proveer un servicio de cierta calidad y cantidad, sumado a ciertas reglas en la mantención, omitiendo dicha orden en dirección a los administradores fiscales.

En cuanto a otro tipo de disposiciones, como por ejemplo el esquema financiero que debería tener la empresa prestadora del servicio y las poderosas atribuciones que tenía el Estado respecto de ellas, se repite lo estipulado para el ya comentado Reglamento N° 84, con la agregación de que se facultaba al Estado para adquirir las empresas luego de diez años de concesión, “pagando únicamente el valor no amortizado del capital empleado en las obras de primer establecimiento”.

- Decreto Ley N° 192, del 20 de julio de 1932: “Reglamenta el pago de la contribución de alcantarillado”. Este corto decreto, constituye una de las primeras “ayudas” en cuanto servicio de alcantarillado se refiere, toda vez que declaraba exento de impuesto a las personas e instituciones nombradas en el art. 2º del mismo texto legal.

- Decreto N° 4587, del 10 de diciembre de 1932: “Reglamento de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado”. El presente Reglamento le corresponde al DFL analizado anteriormente (D.F.L 235). Se destacó por ser muy completo y bastante más técnico que sus predecesores, reglando casi en su totalidad, las labores que estaba llamada a realizar la Dirección General de Aguas y Alcantarillado, además de disponerla orgánicamente. Hizo explícito su organigrama y dependencia al Ejecutivo, en específico, al Ministerio del Interior. Normó la gama de personal que conformaría la Dirección, sus atribuciones y responsabilidades, exigiendo entre ellos la participación de profesionales y técnicos del servicio.

En relación a la obligación de los consumidores, lo medular es similar al DFL N° 235; llama la atención lo estipulado en su art. 32, el cual indicaba que cualquier reclamo o petición de parte de los usuarios serán atendidos sólo si no existen deudas por consumo de agua potable.

En cuanto a las tarifas, dispuso que se fijaran de acuerdo a cada localidad, debiendo ser aprobadas por el Gobierno cada una de ellas. Conjuntamente, fijó un único procedimiento de fiscalización (a cargo de cada administrador provincial) y un procedimiento de cobro por deudas de consumo.

Innovó al decretar que dichas tarifas gozarían de rebajas en el valor del consumo de agua potable, en los casos enumerados en el art. 48 del Reglamento, los que, en términos generales, se vinculaban con espacios e instituciones públicas y con las habitaciones de obreros reguladas en la ley N° 1838, ya comentada.

Una última novedad, es lo que estipulaba su art. N° 25, precepto que distinguía los servicios de agua potable entre urbanos y rurales de acuerdo a lo que señalara el rol de avalúo fiscal de cada inmueble; la distinción también influía en el esquema tarifario a ocupar. Finalmente, el artículo 25 señaló expresamente el uso que debía darse al agua potable surtida por la Dirección y las Empresas:

“Artículo N° 25. El agua potable debe servir de preferencia para usos domésticos e industriales. Sólo se empleará para riego y servicios de incendio, donde la abundancia de ella lo permita”.

A nuestro juicio, dicho inciso se adelanta a la época, toda vez que contempló de antemano las diferencias en el tratamiento de aguas, las que a su vez nacen de las necesidades de cada tipo de consumidor. No en vano distingue primero entre áreas rurales y urbanas y la consecuente distinción entre sus precios, para luego distinguir entre los usos del elemento.

- Decreto N° 5012 de 6 de enero de 1933: Reglamento General para las Instalaciones Domiciliarias de Alcantarillado y Agua Potable. Este Reglamento también le corresponde al DFL 235 y curiosamente, fue publicado con menos de un mes de posteridad a su antecesor. Lo anterior se justifica en razón de comprender este nuevo estatuto como un complemento del anterior, específicamente en lo relativo a la obligación de los consumidores de

encargarse de la ejecución y financiamiento de las obras sanitarias de sus inmuebles, sea conexión, empalme, arranque y/ o medidor. Este razonar debe necesariamente tener como premisa la noción de los servicios sanitarios como unos básicos para el desarrollo de la vida y del bienestar social, teniendo incluso la delicadeza de normar la obligatoriedad de construir baños con excusados en aquellas industrias donde se desempeñaran mujeres. De lo contrario, no podría explicarse el tenor del art. 24º que señala lo siguiente:

“En general, en toda casa-habitación, deberán instalarse a lo menos, dos servicios de excusados, (el uno de familia y el otro de servidumbre), un baño, lavaplatos con desengrasador, botaguas y piletas de aguas lluvias, de acuerdo con el artículo 33.

En las casitas o en los citées para obreros, se instalará, como mínimo, un servicio de excusado para cada casita, una pileta y un botaguas con llave de agua potable.

En todo cité, habrá un departamento con baño de lluvia para cada seis casitas a lo menos”.

En ese mismo sentido, se refería a la exigencia que tenía cada establecimiento de tener excusados, urinarios y lavamanos, conectados evidentemente a una red de agua y alcantarillado, indicándolos uno por uno y el número debido.

El decreto separó la función que cumple el Estado en expandir las obras sanitarias, tanto alcantarillado como agua potable, de la que debía cumplir cada dueño de casa para tener el equipamiento necesario para usarlas. Lo anterior siguió siendo una obligación para los propietarios (como se ha recalcado en los anteriores comentarios) que infringida, tenía como sanción la clausura de la propiedad.

Este ánimo expansivo del Gobierno se complementaba a todas luces con la experiencia fáctica de los anteriores trabajos, toda vez que en este decreto las exigencias a los propietarios dejaron de ser meramente enunciativas y de suficiencia, para volverse mucho más complejas y técnicas. Es más, norma un procedimiento que comienza con la presentación de un proyecto que debe tener especificaciones del mismo, debiendo además ser visado por un constructor externo. Impuso asimismo, calidad de materiales, dimensión de trazados, diámetros y pendientes de las canalizaciones.

Estableció también sanciones al daño de estanques, cañerías y contenedores de tratamiento de agua potable, develando la importancia que tendría el cuidado de estos ítems para el bien público. La conservación de la infraestructura sanitaria se estipuló como una carga compartida entre el mismo consumidor y los entes estatales competentes.

- Ley N° 5613 de 28 de febrero de 1935: "Autoriza a la Dirección General de Alcantarillado de Santiago, para proyectar y ejecutar, por cuenta de particulares, instalaciones de alcantarillado y agua potable en inmuebles cuyo avalúo fiscal no exceda de la suma de \$50.000". Esta ley, más que autorizar a la Dirección a ejecutar trabajos sanitarios, fomentó y facilitó la instalación de los mismos. En efecto, latamente hemos comentado en las páginas anteriores la imposición legal al consumidor de llevar a cabo tales obras, por lo que esta norma no consagraría nada nuevo. Sin embargo eso no es así.

En la práctica, la autorización no era a la Dirección General de Alcantarillado de Santiago – toda vez que el permiso siempre existió- sino a la Caja Nacional de Ahorros para que conceda préstamos a los propietarios que debían proyectar y ejecutar estructuras sanitarias en sus hogares, y cuyas propiedades no excedieran de un valor de avalúo fiscal de cincuenta mil pesos si era una sola, y si son más, que sus avalúos sumados no excedan esa cifra. Estas debían tener un valor máximo, ser realizadas por particulares y serían directamente canceladas por la Caja a los constructores ejecutantes.

Adicional a esa ventaja financiera -crédito por cinco años, con cláusula de aceleración- los beneficiados tendrían facilidades de otro tipo, como tributarias, jurídicas y ante auxiliares de justicia como Conservadores de Bienes Raíces y notarios

El precepto que más destaca es el art. 9º de la ley, puesto que constituyó una manifiesta ayuda a las familias de escasos recursos, especialmente, en su acceso al agua potable y alcantarillado. Dicha norma manifestaba que las instalaciones de

inmuebles de un Avalúo Fiscal inferior a seis mil pesos serían realizadas por cuenta fiscal, para lo que debían insertarse como ítem en la Ley de Presupuesto de la Nación, las cantidades correspondientes. A este beneficio sólo podían acceder los propietarios que sólo tuvieran un bien raíz en lugares urbanizados.

Es importante destacar que las ventajas de esta ley son sólo aplicables a propiedades ubicadas en Santiago.

- Decreto N° 2479, del 30 de junio de 1937: “Aprueba el Reglamento de consumos para los Servicios dependientes de la Empresa de Agua Potable de Santiago”. El cuerpo normativo en cuestión corresponde también a las disposiciones generales del DFL N° 235, mas atendió a reglar únicamente el consumo que dirige la Empresa de Agua Potable de Santiago en la ciudad del mismo nombre y no la dirigida por la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado, como veíamos en las anteriores normativas.

Como todo reglamento, se caracteriza por la minuciosidad y detallismo de sus disposiciones, atendiendo a cada sector al que le es aplicable.

En términos generales, y dado que su objetivo era dar directrices específicas y claras sobre el consumo de agua potable de cada propiedad, estableció la importancia y obligatoriedad de contar con un aparato medidor de consumo de agua potable asociado a cada inmueble o conjunto de ellos, señalando procedimientos para su posterior cálculo y cobro.

Para lo anterior, se conformaron ocho tablas de tarifas, diseñadas en función de las características de cada zona, de sus accidentes geográficos y del diámetro de cada medidor para distinto tipo de consumidor. No obstante a ello, el reglamento contaba con variadas excepciones dirigidas a beneficiar a ciertos grupos o instituciones cobrándoles su consumo de acuerdo a tablas que no le correspondían, a objeto de aminorar su cuenta final. Asimismo, se decreta en cada una de ellas el cobro de un “mínimum mensual”, equivalente a un “derecho por servicio”; dicha base se habría

cobrado incluso para los inmuebles que hayan obtenido gratuidad del consumo de agua y alcantarillado, con las excepciones que determine la Junta Administrativa de la Empresa.

- Ley N° 6325 de 26 de enero de 1939: “La Construcción de las Instalaciones Domiciliarias de desagües de los inmuebles que se indican, se someterán a las disposiciones de la presente Ley”.

Tal como lo indica su parte considerativa, la ley en comento fue creada para ejercerse sin perjuicio de la aplicación de la ley N° 5613 ya analizada. Lo anterior resulta importante, toda vez que ambas normativas se referían y normaban hipótesis similares, a saber, fijaban facilidades para que dueños de inmuebles pudieran acceder a la instalación de infraestructura sanitaria, traducida en la práctica, en una autorización a la Caja Nacional de Ahorro y a la Ley de presupuesto para que se llevara a efecto. La gran diferencia, es que la primera es para Santiago, mientras que la actual, para las regiones detalladas en su art. 2°. Adicionalmente, contempla rebajas en tasas de impuestos y en los intereses que la deuda corrientemente genere.

- Decreto N° 5798 del 16 de diciembre de 1948: “Aprueba Reglamento para los Servicios Particulares de Agua Potable, Salobre o de mar y de Alcantarillado”. Esta normativa era muy similar al Reglamento N° 84 del 15 de enero de 1929, llamado “Para los servicios particulares de Agua Potable, salobre o de mar y alcantarillado”, comentado en párrafos anteriores. Tenía algunas otras especificaciones en cuanto a la construcción y aprobación de las obras, más otras relativas a la fiscalización – sobretodo financiera – de la Empresa, por parte del Estado. Sufrió - eso sí- un cambio de forma, por cuanto la entidad pública a cargo ya no sería el antiguo Departamento de Explotación e Inspección de la Dirección General de Hidráulica, sino la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado.
- Ley N° 9343, del 21 de julio de 1949: “Autoriza a Particulares para proyectar o ejecutar en las condiciones que Señala Instalaciones Domiciliares de

Alcantarillado". En términos generales, la intención de esta ley era la misma que la de legislaciones anteriores ya comentadas, esto es, que todos los domicilios contaran con infraestructura sanitaria apropiada para conectarse a la red nacional de agua potable y alcantarillado.

Para lograrlo, la ley no innovó en sus mecanismos; como en las anteriores, se autorizó a la Caja Nacional de Ahorro a otorgar préstamos a los usuarios, los que deberían ser retornados con cierto interés en cuotas mensuales, hasta por un plazo de diez años, crédito que gozaba de privilegio fiscal. Daba facilidades tributarias y ante auxiliares de justicia para llevar a efecto los trámites propios del crédito, el cual gozaba de crédito fiscal y cuyo monto dependía del avalúo fiscal del inmueble y de la ciudad donde se ubicara.

Llama la atención lo ordenado por su art. 10º, que prescribía el nombramiento que deberá hacer el Presidente de la República de autoridades con facultades similares a las propias de la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado, en aquellas localidades donde no existiera red, o existiendo, no dependiere directamente de dicha Dirección. Es decir, en aquellos lugares donde el servicio estuviera a cargo de empresas particulares del rubro, desde la publicación de la presente ley, debieron nombrarse funcionarios investidos para fiscalizarla de manera como si fueran administrados por la Dirección General.

El precepto que a nuestro juicio constituye un aporte nuevo, es el número 4º; dicho artículo daba un detalle – por primera vez – de las obras que se necesitaban en cada casa para ser construidas. Además, expresamente señalaba que la idea de los proyectos era que fuesen obras "económicas", confeccionadas para satisfacer necesidades básicas e "higienizar" los hogares (esta última acepción fue usada por primera vez entre los objetivos de los préstamos en cuestión).

- Decreto con Fuerza de Ley N° 150, del 3 de agosto de 1953: "Establece la Organización y Fija las Atribuciones del Ministerio de Obras Públicas y Servicios Dependientes". Dispone la fusión entre la Dirección General de Agua Potable y

Alcantarillado con el actual Departamento de Hidráulica de la Dirección General de Obras Públicas, para crear la Dirección de Obras Sanitarias. Dicho estamento correspondía a un Servicio dependiente del Ministerio de Obras Públicas y fue creado con el objeto de cumplir en forma más eficaz los objetivos técnicos y administrativos encomendados por las leyes referentes a la materia. Así también, consideraba que un área así de delimitada y técnica, requería la especialización y selección adecuada de su personal. Entre sus labores se encontraban la de encargarse de las obras de agua potable, alcantarillado y desagüe que realice el Estado y la supervigilancia de las ejecutadas por privados o municipalidades, la defensa de terrenos y poblaciones contra crecidas de corrientes de agua, la aplicación de las leyes de Residuos Industriales y en general, las que señalaba el DFL N° 235. Su labor, debía coordinarse con la de la División de Servicios Sanitarios del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, con la Empresa de Agua Potable de Santiago y con la Empresa Municipal de Desagües de Valparaíso y Viña del Mar.

- Decreto con Fuerza de Ley N° 335, de 5 de agosto de 1953: "Otorga atribuciones a la Dirección de Obras Sanitarias, que correspondían a la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado". Esta ley orgánica, establece, principalmente, que dicha dirección debe ejercitar las mismas atribuciones que las leyes vigentes otorgaron a la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado. En ese sentido, se explicita la autorización para ejecutar obras sanitarias en aquellos lugares donde la salud pública así lo requiera, financiada por los particulares de la forma explicada anteriormente en las leyes ya comentadas. Sin embargo, además de advertir la importancia de los servicios sanitarios, considera el alto costo de su instalación, por lo que autoriza a que se eleven los montos de los préstamos para dicho propósito, ya no por la Caja Nacional de Ahorro, sino que por el Banco del Estado. Así también, se le autoriza para invertir hasta un 10% de los fondos consultados anualmente para cada localidad, **a título gratuito**, en instalaciones domiciliarias de alcantarillado o agua potable de peticionarios con incapacidad económica para afrontar el

costo total de la obra, previo certificado del Servicio Nacional de Bienestar y Auxilio Social.

- Decreto Ley N° 2050, del 15 de diciembre de 1977: “Crea el Servicio Nacional de Obras Sanitarias”. Como lo indica su nombre, el presente cuerpo legal en comento fundó el Servicio Nacional de Obras Sanitarias, en adelante, “SENDOS”. Como se atisbó en las generalidades de este capítulo y se aprecia en el análisis del presente, hubo ausencia de legislación relativa a esta materia ~~acerca~~ de veintiocho años. Esta, la primera tras ese desierto legislativo, vino a reordenar el escenario orgánico gubernamental del sector sanitario, a efecto de reunir los diversos estamentos, ya sea de carácter técnico, administrativo o político, en uno solo.

Mucha importancia le otorga ~~mos-esta-autora~~ a los considerandos que prologaron el cuerpo legal, los que pueden hacer las veces de objetivos preponderantes del texto al que anteceden. Aquellos, logran darnos una visión sobre el pensamiento del legislador al momento de su dictación, y en definitiva, nos permiten inferir la importancia que los servicios sanitarios habrían alcanzado como instrumento del bienestar del país. Ellos destacaron la relevancia que tendrían “en el ámbito de la Salud Pública, como asimismo para el logro de la expansión habitacional, industrial y minera del país”, haciendo hincapié en que una actuación descoordinada por parte del Estado “provoca dispersión de recursos humanos y materiales”. De lo anterior, la necesidad fundamental de un órgano gestor y organizador, que centralice las exigencias sanitarias de la población y de la misma forma, les dé íntegra solución.

A diferencia de su antecesor (la Dirección General de Agua Potable y Alcantarillado) este organismo ya no dependería del Ministerio del Interior, sino que del Ministerio de Obras Públicas, en una combinada fusión que mezclaba Dirección de Obras Sanitarias de esa cartera, con la Oficina de Saneamiento Rural del Servicio Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y la Oficina de Ingeniería Sanitaria del Departamento de la Vivienda de la Corporación de Reforma Agraria. Amerita tener presente que la autoridad sanitaria que se estaba creando mediante esta ley, surgía de

la asociación de un antiguo organismo ejecutor en la materia, con otros intrínsecamente relacionados, pero que jamás antes, por lo menos atendido a la formalidad del cargo, habían participado en el sector.

Hay que tener presente que la presencia del SENDOS se ideó para ser conformado por una Dirección Nacional y otras Direcciones Regionales correspondientes a cada región, con excepción de las Regiones Metropolitana y Quinta. En aquellas, la autoridad sanitaria seguiría siendo las antiguas Empresa de Agua Potable de Santiago y Empresa Municipal de Desagües de Valparaíso y Viña del Mar, con la salvedad que cambiarían su nombre a Empresa Metropolitana de Obras Sanitarias (EMOS) y Empresa de Obras Sanitarias de la V Región, respectivamente. El art. 8º, que dispuso lo anterior, también señaló en su inciso segundo que: “Ambas Empresas conservarán todas sus actuales atribuciones, autonomía y bienes y tendrán, además, dentro de su territorio jurisdiccional, todas las atribuciones que corresponden a las Direcciones Regionales”, así como también, y de acuerdo al art. 13º del mismo cuerpo legal, deben recibir y acatar las normas instrucciones de la Dirección Nacional.

Este D.L se autoimpuso la obligación de dictar normativa necesaria para la creación de Empresas Sanitarias que tengan participación del Fisco, ya sea a través de SENDOS o a través de las respectivas Municipalidades donde se pretenda explotar. A nuestro juicio, estamos frente a un precepto seminal que proyectó el panorama sanitario a gestarse diez años después.

En cuanto a las funciones a realizar por este nuevo organismo, están taxativamente establecidas en el art. 3º de la normativa, destacando el rol multifuncional que se le imponía a SENDOS respecto del ámbito sanitario. Cabe destacar también que se ordena llevar a cabo esta labor “tanto en zonas urbanas como rurales”, lo que a nuestro juicio se considera otra novedad del texto legal.

Finalmente, el DL trató la fijación tarifaria como tarea del Servicio, pero en forma de proposición hacia el Supremo Gobierno; sin embargo, desde esa fecha no sería el Ministerio del Interior quién tendrá la última palabra, sino el Ministerio de Obras

Públicas, quién conjuntamente con la cartera de Economía, Fomento y Reconstrucción, deberían aprobarlas mediante decreto supremo. Lo anterior concuerda con el sello técnico y pragmático que se quiso imprimir a intervención del Estado en materia sanitaria, pues no sólo se evaluaría la factibilidad técnica y expansiva de la fijación de tarifas, sino también, el éxito económico de la misma.

- Decreto N° 267 de 11 de diciembre de 1980: “Aprueba Reglamento de Instalaciones Domiciliarias de Agua Potable y de Alcantarillado”. Este decreto viene a explicitar la base, el sentido y el funcionamiento práctico del sector sanitario en lo que a instalación de infraestructura se refiere.

En primer lugar definió – en el art. 1º- lo que son las instalaciones domiciliarias, indicando asimismo cuáles eran sus objetivos. Recalcaba, además, la obligatoriedad de montarlos en toda zona habilitada para ello (es decir, que cuente con arranques de agua potable y alcantarillado), como ha sido la tónica de la mayoría de los cuerpos legales aquí comentados.

Además, el decreto dedicó uno de sus artículos – el N° 13º- a hacer hincapié en que estas materias rigen sólo las instalaciones domiciliarias, es decir, de casas particulares y no las de carácter industrial cuya regulación estaría en texto separado. Y cómo no, si el decreto fue dictado justamente por el Ministerio de Vivienda.

Es un cuerpo legal que ciertamente otorgaba importancia al cumplimiento de normas y estándares técnicos en la construcción de las obras, razón por la cual anunciaba la publicación de un “Manual de Normas Técnicas”, dirigido a unificar y asegurar un nivel mínimo de proyectos sanitarios. La intención anterior se complementarían con el certificado de idoneidad de la dotación de servicios emitida por la autoridad pública, requisito esencial para la aprobación y regularización de cualquier trabajo. Sin este certificado, de acuerdo al art. 16º del cuerpo legal, el documento de instalación se entendería irregular para todos los efectos legales y reglamentarios.

De la certificación anterior, fiscalización y demás funciones asociadas a la actividad Sanitaria, la ley delegó en SENDOS la autoridad administrativa primordial, para ser ejercida sobre todo inmueble obligado a contar con servicio de agua potable y disposición de aguas servidas, sin distinción si es urbano o rural, atribución que confirma el ánimo del DL N° 2050, en cuanto a que se reúnan en este servicio, todas las labores del sector.

2.3 EN LA CONSTITUCION DE 1980

Nuestra Carta Fundamental de 1980 no señala dentro de las garantías constitucionales, una protección expresa al acceso y consumo de agua potable a favor de los gobernados.

Sin embargo, y como es común en nuestro derecho codificado, la interpretación de la ley puede hacerse a partir de la textura abierta del derecho, implicando de esa forma que la letra de la ley no siempre va a significar sólo lo expresamente señalado, sino que puede abarcar un ámbito mayor a la literalidad de las palabras. De ello se encarga, por ejemplo los artículos N° 19 a N° 24 del Código Civil.

En nuestro caso particular ocurre algo similar: la Constitución no establece en forma literal el derecho a acceder o consumir agua potable o ningún tipo de agua que sea para ese uso. Sin embargo, consagra otras muchas garantías, respecto de las cuales, la ausencia de un aseguramiento al acceso y consumo del vital elemento, provocaría su transgresión.

Tal es el caso de lo prescrito por el artículo 19 N° 1: "El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona". Como sabemos, la teoría del origen del Universo se basa en la formación de vida en espacios acuáticos. Nuestro primer ambiente desde la formación fetal está rodeado de agua, y el cuerpo de cualquier ser humano está compuesto en su 70% por agua. No es ninguna novedad señalar que el agua es el compuesto básico de supervivencia humana, antes que los alimentos; de

ahí ser conocida – y llamada en esta memoria de grado- como “el vital elemento líquido”.

En la génesis de la historia, las personas la bebían directamente desde su fuente de origen; como repasamos, las primeras obras del sector se trataron de acueductos que las encausaban directamente desde los ríos hacia los asentamientos poblacionales, para que esa misma agua sea retirada por cada familia, en barriles. Con el paso de los años, y los distintos tratamientos que se le dieron a dichos ~~causes-cauces~~ de agua dulce, el líquido que corre no es el mismo de antes, haciendo inminente su tratamiento para convertirlo en una sustancia apta para consumo humano.

Así las cosas, la ciencia actual está conteste en que el consumo masivo de agua debe tener un tratamiento químico especial para habilitarla al consumo humano, ya que hoy en día, beberla directamente desde su origen provocaría la intoxicación del organismo. Por lo tanto, la carencia de un regular acceso y consumo de agua potable, provocaría a cualquier persona, consecuencias nocivas para la salud.

De la conclusión anterior se hace patente que garantizarles a las personas el acceso al consumo de agua potable es proteger su derecho a la vida y su derecho a la integridad física. Por el contrario, no asegurar agua potable, es no asegurar la vida, transgresión al más importante de nuestras garantías constitucionales.

Lo mismo ocurre al analizar el artículo 19 N° 9 de la Carta Fundamental: “El derecho a la protección de la salud”. Veíamos en el Capítulo I de esta memoria, que una de las razones por las que un mejor acceso y mayor consumo de agua potable influían en la disminución de los índices de pobreza era entre otras, porque propendía a la limpieza de los espacios y de las personas, lo que a su vez evitaba la propagación y contagio de enfermedades. Por lo tanto, no contar hoy con acceso a agua destinada al consumo humano atenta contra la salud de las personas; al contrario, contar con redes de distribución de agua potable favorece la salud pública y privada.

El rol del Estado debe adquirir mayor compromiso cuando el constituyente señala, en el inciso segundo de este numeral, que “protege el libre e igualitario acceso a las

acciones de promoción, protección y recuperación de la salud (...). Bajo nuestro punto de vista, la provisión de agua potable debe ser entendida como una acción de promoción de la salud, y como tal, asegurar su acceso debe estar garantizado.

En ese mismo orden de ideas debe también entenderse el inciso tercero, es decir, debemos homologar la promoción del acceso y consumo de agua potable y alcantarillado como una de las acciones relacionadas con la salud, la cual, el Estado debe coordinar y controlar.

Asimismo, debemos tener en consideración que la fórmula legal diseñada para normar la distribución de agua potable, se basa en la participación de empresas privadas encargadas del suministro dentro de un monopolio que debe ser natural para ser eficiente. En ese sentido, propender a asegurar el derecho de los habitantes de este país a tener acceso y consumo de agua, pasa primero por asegurarle el derecho a las empresas capacitadas para ello, a participar en este rubro.

En general, los autores que han escrito sobre ámbito sanitario, previenen que la protección constitucional al sector está dada por el artículo N° 19, numeral 24 de nuestra Carta Fundamental, cuyo encabezado establece “El derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporales”, y cuyo inciso final reza que: “Los derechos de los particulares sobre las aguas, reconocidos o constituidos en conformidad a la ley, otorgarán a sus titulares la propiedad sobre ellos”.

Como veremos más adelante, un requisito necesario para que operen las empresas sanitarias, impuesto por la Ley General de Servicios Sanitarios, es que cada una de ellas tenga el dominio sobre derechos de aguas, otorgado por la Dirección General de Aguas y obtenido de acuerdo al procedimiento general establecido en el Código del ramo.

Sin la garantía mínima de que los particulares puedan tener derechos de dominio sobre las aguas, como cualquier derecho de propiedad que lo habilite a tener su uso,

goce y disposición en forma exclusiva, resulta en consecuencia imposible que se aventuren a constituir una empresa relacionada.

En esa línea de argumentos, cabe comentar que la protección al acceso y consumo de agua potable también se ve beneficiada por lo señalado en el art. 19 N° 21 de nuestra Constitución, que asegura “El derecho a desarrollar cualquiera actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen”. En nuestro caso, esta garantía se traduce en el derecho de cualquier persona jurídica a introducirse en el rubro para ofrecer servicios de agua potable y alcantarillado, y requisitos tales como tener el dominio sobre derechos de aguas y ser una Sociedad Anónima abierta, corresponderían a normas legales que la regulan y que por ende, deben ser respetadas.

Mucha injerencia ha de haber tenido el inciso segundo de este artículo con anterioridad a la publicación de la ley N° 19.395, toda vez que permite la participación del Estado en actividades empresariales, tal como lo hacía en esa época en industrias tales como Emos y Esva, panorama que como veremos, no corresponde al presente, pero si funcionó de ese modo hace un poco más de una década.

2.4 EN LA LEY GENERAL DE SERVICIOS SANITARIOS (D.F.L N° 382)

Anterior a analizar la protección que la Ley General de Servicios Sanitarios (en adelante, la LGSS) da al acceso y consumo de agua potable, es importante recordar el rol fundamental que en esta materia, ya sea en el ámbito sanitario como en el resto de los servicios públicos, tiene el Estado.

La participación del Estado se materializa en las labores encomendadas por la LGSS a la Superintendencia de Servicios Sanitarios (en adelante, SISS) y que se traducen, a grandes rasgos, en efectuar una labor regulatoria del sector, lo que en

definitiva significa asumir un rol preponderante al momento de que se garantice el acceso y consumo de agua potable para toda la población.

Es importante tener presente que a diferencia de legislaciones pretéritas, la LGSS encarga la provisión de servicios sanitarios a empresas privadas para desenvolverse en un mercado que constituye un monopolio natural, mas teniendo que comportarse como en uno de libre-competencia. Para lograr lo anterior, el Estado, representado por la SISS, debe crear todos los incentivos y fijar los marcos necesarios a fin de obtener resultados similares, que sean rentables para las finanzas de la empresa y a la vez, circunstancias favorables para los usuarios, “alcanzando un mayor bienestar social, a través de soluciones que reemplacen las fuerzas del mercado”⁵⁰.

Dicho de otra manera, la protección de la LGSS se lleva a cabo mediante el rol regulador que ejerce la SISS, razón por la que se le otorgan todas las facultades para lograr objetivos de interés común: entre ellos, el igualitario y continuo acceso y consumo de agua potable de todos los habitantes, “sin importar las condiciones socioeconómicas de estos, velando porque los servicios entregados sean de buena calidad y con el menor costo posible”⁵¹.

El medio de regulación económica para el desarrollo de la actividad estipulado en la LGSS es la concesión. Se trata de un contrato “mediante el cual, la Administración encarga por un plazo indefinido a una persona la ejecución de un servicio público, y efectuándose la explotación, por cuenta y riesgo del concesionario, pero bajo su vigilancia y control, a cambio del cobro de una tarifa por dar el servicios, de cargo de los usuarios”⁵².

Se trata de un efectivo instrumento regulador, puesto que al ser un contrato, la entidad regulatoria impone a la empresa las condiciones en que deberán realizarse las prestaciones sanitarias. “De esta forma, el concesionario muchas veces no podrá

⁵⁰ Alvarez Oñate, Ana. Inédito, 2006.

⁵¹ Op. Cit.

⁵² Op. Cit.

realizar la actividad económica por él planificada, sino que deberá considerar los requerimientos que la autoridad realice”⁵³ para proteger el interés público.

A través de un contrato de concesión, la autoridad, en nuestro caso, la SISS, vela también porque las tarifas a cobrar sean lo más bajas posible, cumpliendo, eso sí, las condiciones mínimas de calidad de servicio. Esto, ya que de la solicitud que los interesados presentan, debe evaluarse una serie de exigencias, entre ellas, economías de alcance, de escala e idoneidad técnica.

En el primer caso – economías de escala – una solicitud de concesión atractiva es aquella que considera límites geográficos más amplios. Lo anterior resulta, en consecuencia, técnica y económicamente más rentable para la empresa puesto que incorporar áreas implica abaratar costos hundidos en infraestructura y operaciones de instalación. Se deriva de la lógica que la reducción de costos y por ende, de tarifas resulta más factible cuando es sólo una empresa la que se endeuda y cobra por los servicios a que si son dos o más.

Esta idea es recogida en la LGSS en su artículo 12, letra b, que reza lo siguiente:

“Presentada la solicitud, la entidad normativa podrá ampliar los límites del área de servicio, sólo con el objeto de incorporar áreas intermedias o periféricas urbanizables cuya operación y desarrollo, desde el punto de vista técnico y económico, hagan conveniente la constitución de un sistema unitario, con incidencia en un menor costo para el usuario. En este caso, el solicitante podrá desistirse de su solicitud”.

“El fin de esta norma es lograr la expansión del servicio sanitario hacia sectores periféricos que no lo poseen”⁵⁴, propendiendo a cumplir con el objetivo de asegurar el acceso de agua potable y alcantarillado a todos los habitantes del país.

⁵³Op. Cit.

⁵⁴Alvarez Oñate, Op. Cit

En cuanto a las economías de alcance, la ley condiciona el otorgamiento de la concesión a su existencia. De acuerdo al artículo 10, “para otorgar una concesión que requiera de otras para la prestación integral del servicio sanitario, la entidad normativa deberá exigir la existencia de la concesión que condiciona a la solicitada o su tramitación simultánea”. Así también, las concesiones interdependientes deberán solicitarse y concederse en forma conjunta.

Lo anterior se justifica económicamente, puesto que producir bienes o servicios dependientes entre sí, por una misma empresa, redundaría en costos medios menores que los alcanzados si se produjeran por separado, beneficiando a los usuarios en un menor cálculo de las tarifas a cobrar y estimulando un mayor consumo.

Respecto de la idoneidad técnica que debe cumplir la empresa concesionaria, debemos distinguir entre la calidad ofrecida en la atención al usuario y la calidad de la prestación de los servicios. De acuerdo a Anaya Morán, los factores a tener en cuenta para lograr una adecuada atención al usuario son:

- Oficinas de atención e información a usuarios
- Medición y lectura
- Facturación y pago
- Suspensión y reposición del servicio
- Consultas y reclamos de los usuarios
- Atención de emergencia⁵⁵

En cuanto a la calidad en la prestación de servicios, esta debe contemplar el cumplimiento de ciertas normas técnicas establecidas para las distintas etapas envueltas en la provisión del servicio, a saber, la producción, la distribución, la recolección y el tratamiento del agua.

⁵⁵ Morán Tamayo, Anaya. Marco legal y reglamentario, su consideración en las tarifas. Seminario internacional BID-SISS-FOMIN. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/aderasa/moran.pdf>; Fecha de última consulta: agosto 2011.

En ambos casos señalados, “corresponde al regulador garantizar la calidad del producto que se entrega, a través de un proceso de fiscalización de ésta, de modo que sea acorde con las diferentes normativas y con lo que se retribuye en tarifas”.⁵⁶

En resumidas cuentas, el legislador establece un sistema de regulación en base a un modelo de eficiencia – empresa modelo- al cual los particulares interesados deben postular y cumplir eficientemente, para efectos de fijar tarifas que cubran los costos de las empresas y al mismo tiempo, aseguren el acceso y consumo de la población toda.

2.5 EN TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS RATIFICADOS POR CHILE.

Respecto a este ámbito, el Tratado Internacional que más se encarga de proteger el acceso y consumo de agua potable es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En virtud de su status, el texto legal da a la materia en estudio un tratamiento de derecho fundamental de todo ser humano, elevándolo a la categoría legal o constitucional⁵⁷. Lo anterior, se ve reforzado en atención a la ratificación que le diera Chile en el año 1989, en concordancia al art. 5º de nuestra Constitución Política de la República.

Desde una perspectiva kantiana, los derechos humanos se fundamentan en la valoración de cada persona como un fin objetivo en sí mismo, el cual es intrínseco de cada cual, invaluable e intransable. Estas características son las que otorgan dignidad

⁵⁶ Morán Tamayo, Anaya. Marco legal y reglamentario, su consideración en las tarifas. Seminario internacional BID-SISS-FOMIN. Septiembre 2003. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/aderasa/moran.pdf>; Fecha de última consulta: agosto 2011.

⁵⁷ Según el Profesor Alejandro Silva Bascañán, en el tomo IV de su “Tratado de Derecho Constitucional”, “la soberanía a que el constituyente se remite es tanto la que se refleja en la esfera interna –referida al establecimiento de la organización de la sociedad política y al funcionamiento de ésta dentro de su marco– como aquella que se refleja en el ámbito de la soberanía externa, en cuanto, como se ha dicho, comprende ésta el derecho que tiene la organización estatal a que los demás Estados y la convivencia internacional respeten su propia autonomía”. En virtud de lo anterior, la doctrina está dividida en tres vertientes, sosteniéndose por una parte de ella que los tratados internacionales ingresan a la ley interna con rango de ley, por otra parte, con rango constitucional y por otra, con rango supraconstitucional.

a cada ser humano, valor que resulta ser la fuente de cada derecho fundamental de todos los hombres y mujeres y que debe ser consagrado y protegido de cualquier vulneración a través de Tratados como el anunciado.

El sistema de derechos humanos que existe, está conformado a su vez por subsistemas interconectados y dependientes entre sí, implicando que no pueden desarrollarse unos sin los otros. Esto ocurre igualmente en nuestro caso, toda vez que – como decíamos también en el análisis constitucional - si bien el derecho al agua no está literalmente resguardado en instrumentos internacionales sobre derechos humanos, si resulta ser una condición anterior y básica para la consolidación de otros derechos.

En cuanto a su reconocimiento, sabemos que este existe en forma implícita y explícita en diversos Tratados Internacionales sobre Derechos Fundamentales. Así pues, del primer orden, nos encontramos con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Declaración de Estocolmo de 1968, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de San José de Costa Rica) y ~~El~~ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comentando este último, los autores argentinos Mauricio Pinto, Noelia Torcha y Liber Martín han señalado que “el acceso al agua es un derecho derivado, necesario para darle vigencia a los explícitos derechos a la salud y a un adecuado nivel de vida”.⁵⁸

En cuanto al reconocimiento explícito del derecho al agua como derecho humano, se encuentran la Declaración de Mar del Plata de las Naciones Unidas de 1977 (su preámbulo), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979 (artículo 14), la Convención Sobre los Derechos del Niño de 1989 (artículo 24) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de San Salvador de 1988 (artículo 11).

⁵⁸Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008. pág 34.

Los nombrados, son instrumentos que conllevan la idea ya señalada en esta memoria de grado: el rol subsidiario del Estado. Esta misión implica tutelar los intereses de los administrados en su calidad de usuarios de servicios sanitarios domiciliarios. No obstante lo anterior, los autores citados reflexionan también que “si coincidimos en que el uso común, en el estado actual de evolución del pensamiento jurídico, integra un verdadero derecho subjetivo que proviene de la misma naturaleza humana, no puede negarse la procedencia de su protección y mantenimiento jurisdiccional” como un derecho humano.⁵⁹

El acceso y consumo de agua potable no está resguardado explícitamente como derecho humano en Tratados Internacionales del ramo, empero está tratado latamente en la Observación N° 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas y en forma dispersa en otras diversas Observaciones.

Las Observaciones son documentos mediante los cuales el Comité comenta y emite doctrina respecto de interpretaciones, alcances e índole de las obligaciones de los Estados parte, contenido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. “Si bien las Observaciones Generales no son obligatorias *per se* porque el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales no tiene autoridad para crear nuevas obligaciones para los Estados parte del Pacto – tienen un peso legal significativo. Ello se debe en parte a la ausencia de algún otro cuerpo autorizado o procedimiento para fijar las reglas interpretativas del Pacto. (...) Sobre la base de estos diversos instrumentos, es posible afirmar que el derecho al agua es un derecho esencial para el ser humano, un derecho humano fundamental, y así ha sido reconocido en instrumentos internacionales de ámbito universal o regional”⁶⁰.

La Observación General N° 15 (en adelante, la Observación) señala que “el derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre,

⁵⁹ *Ibidem*, pág 12

⁶⁰ *Ibidem*, pág 40

aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico”.⁶¹ Además agrega que “el derecho al agua entraña tanto libertades como derechos. Las libertades son el derecho a mantener el acceso a un suministro de agua necesario para ejercer el derecho al agua y el derecho a no ser objeto de injerencias, como por ejemplo, a no sufrir cortes arbitrarios del suministro o a la no contaminación de los recursos hídricos. En cambio, los derechos comprenden el derecho a un sistema de abastecimiento y gestión del agua que ofrezca a la población iguales oportunidades de disfrutar del derecho al agua.”⁶²

Este derecho es entendido por el Comité como una forma de salvaguardar la salud y la vivienda de las personas, y de ese modo, la vida y la dignidad humana, pero también una manera de proteger los recursos necesarios para la provisión de agua potable.

De acuerdo a lo que se indicó más arriba, el derecho humano al agua se justifica en razón e interdependencia con otros derechos. Así es como la Observación interpreta el párrafo 1 del artículo N°11 del Pacto, el cual, al referirse al derecho a un nivel de vida adecuado, establece que se incluyen “incluso la alimentación, vestido y vivienda adecuados”. Según el comentario del referido documento, “el uso de la palabra <incluso> indica que esta enumeración de derechos no pretendía ser exhaustiva”⁶³. En efecto, este derecho debe ligarse necesariamente al ejercicio de derechos personales y domésticos, como el consumir alimentos limpios, la higiene personal, ambiental y prevención de enfermedades (derecho a la salud), y la producción agrícola.

Respecto de lo que implica el derecho al agua en sí mismo, según lo expone la Observación, comprende tres características imprescindibles: la disponibilidad continua y suficiente del recurso, la calidad del agua, es decir, su potabilidad o salubridad y la accesibilidad al elemento, sin discriminación. Por su parte, esta última característica se refiere a diferentes formas de accesibilidad, ya sea física (arranques de agua potable y alcantarillado a la mano), económica (los costos no deben ser abusivos al punto que

⁶¹Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. «El derecho al Agua.» Observación General N° 15, Ginebra, 2002, 19. Párrafo 1.

⁶² Ibídem, párrafo 10

⁶³ Ibídem, párrafo 3

impidan ejercer este y otros derechos) y social (los servicios sanitarios deben estar dispuestos para toda la población).

De acuerdo a lo anterior, es imposible negar que el reconocimiento del acceso y consumo de agua potable como derecho humano fundamental esté absolutamente ligado a un nivel de bienestar particular y general de todos los seres humanos, ya sea para la supervivencia, desarrollo o calidad de vida, sin desestimar que su uso doméstico tiene prioridad sobre el resto de los usos.

Al reconocimiento de todo lo expuesto y cumplimiento de esa labor está llamado el Estado de Chile, debido a la ratificación del Pacto y aceptación de sus anexos y agregados, los que por efecto constitucional, pasan a ser ley interna del país. **MasMás** vale hacer la siguiente salvedad: en ningún caso está compelido a montar una infraestructura de red de distribución domiciliaria compleja para cumplir con los objetivos y contenido del derecho. En este sentido, coincidimos con Pinto, Torchia y Martín, quienes opinan que “la satisfacción del derecho humano al agua, en tanto depende de las posibilidades y el criterio del Estado obligado, no requiere en su configuración actual en todos los casos de sistemas de redes de distribución domiciliaria, bastando que el agua disponible sea de calidad, accesible y asequible”⁶⁴.

2.6 PROYECTOS DE LEY

De acuerdo al estudio de diversos proyectos de ley, ya sean archivados o aún en tramitación, se desprende que existe una preocupación por los legisladores y por el **E**jecutivo de dar protección relativa al sector sanitario, especialmente, al universal acceso y consumo de agua potable. Cabe destacar que la mayor parte de proyectos de ley entre 1990 y la actualidad fueron presentados los primeros cinco años de los la

⁶⁴Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008. pág 74.

década de los noventa, correspondiendo aproximadamente a un 35% del total. Le siguen los últimos cinco años, con un 26% del total de proyectos presentados, en una medida de 1.5 proyectos por año.

A continuación, analizaremos aquellos que a juicio de esta autora, corresponden a los más destacados.

- a. Boletín N° 4666-09: “Garantiza a las personas el suministro de servicios de agua potable en situaciones de vulnerabilidad que indica”. Moción, Cámara de Diputados, noviembre de 2006. Archivado el 21/06/2010: Pretendía modificar el art. 36 bis de Ley General de Servicios Sanitarios para evitar cortes de agua a las personas que reciban ingreso mínimo, estén cesantes o sufran de alguna enfermedad que merme su capacidad económica. El objetivo inmediato era dar garantía de condiciones mínimas de alimentación, salud e instrucción propendiendo a la erradicación de la extrema pobreza y superación de situaciones de vulnerabilidad. En opinión de sus gestores, las fallas de mercado en el sector sanitario no siempre pueden corregirse, lo que en definitiva implica un retroceso en el desarrollo de la nación y un impedimento en el mejoramiento del bienestar social. Aseveran además, que el subsidio actualmente vigente “no es suficiente para asegurar el acceso al servicio básico por un gran número de personas, por lo que se hace necesario ampliar el monto del citado subsidio”.

- b. Boletín N° 2357-09: “Proyecto de ley sobre normas sobre compensaciones a usuarios de servicios de distribución de agua potable en caso de interrupciones o suspensiones no autorizadas o no comunicadas previamente a ellos”. Moción, Cámara de Diputados, Junio de 1999. Segundo trámite constitucional. La prohibición de interrupciones, restricciones y racionamientos del servicio sanitario está prevista en el art. 35 de la Ley General de Servicios Sanitarios, permitiéndose únicamente bajo previa comunicación a los usuarios. Sin embargo, en caso de incumplimiento, la ley sólo dispone de sanciones – multas- de parte de la autoridad sanitaria mas no compensaciones a los usuarios. En tal caso, el afectado tendría que comenzar un pleito judicial, asumiendo todos los

costos y complicaciones que ello implica, como tener la carga de la prueba y exigir el cumplimiento de una eventual sentencia favorable, lo que en definitiva, inhibe a los usuarios a exigir sus derechos. Según los parlamentarios, la sola publicación de este proyecto de ley impulsará a las empresas sanitarias a prestar un servicio ajustado a las exigencias legales, para evitar quedar expuestos a pagar las referidas compensaciones.

- c. Boletín N°6547-15: “Modifica la ley General de Servicios Sanitarios con el objeto de establecer la obligación de mantener un suministro mínimo a los usuarios”. Moción Cámara de Diputados. Primer trámite constitucional. Proyecto que pretende la modificación del artículo 36 letra d) de la referida ley, a fin de garantizar un suministro básico necesario para la higiene, salud y consumo personal de cada residencia, no obstante la suspensión del servicio por adeudar una o más cuentas. La idea está motivada en la prioridad que significa otorgar un nivel básico de acceso y consumo de agua potable a la población, a fin de asegurar su higiene y por ende, su salud. Esta importancia se ha visto respaldada por actores internacionales como la UNICEF y la OMS, aseverando esta última que entre un 6% y 21% de las enfermedades estomacales pueden evitarse con esta medida.

- d. Boletín N° 6254-09: Proyecto de reforma constitucional que garantiza acceso y uso del agua. Moción Senado, diciembre 2008. Primer Trámite Constitucional. Proyecto que propone la modificación del artículo 24 de la Constitución Política de Chile, agregándole un último inciso que ordene controlar las asignaciones de derechos de agua garantizados en dicho precepto, de acuerdo a los Planes de manejo de Cuencas existentes en la ley, según su tipo de uso y conservación. La propuesta se basa en el hecho de que el agua es un bien cada vez más escaso a consecuencia de la contaminación del planeta y la generación de gases con efecto invernadero. A lo anterior, se opone lo estipulado por nuestro Código de Aguas, el que permite la libre transacción de derechos de agua, sean estos o no consuntivos, precepto cuestionado atendido el conflicto de intereses que significa destinar dichas aguas a fines tan distintos como la bebida, el riego o el turismo. Este panorama, que no distingue entre los usos para la entrega de

los derechos de aguas, debe regularse para a través de instrumentos como el Ordenamiento Territorial, la Zonificación del Borde Costero y el Manejo integrado de Cuencas para armonizar y priorizar los distintos usos y conservación del agua, asegurándolos y protegiendo el medio ambiente.

- e. Boletín N° 4902-09: Proyecto de ley que modifica el DFL N° 382 a fin de considerar el criterio del agua como derecho humano. Moción Senado, marzo 2007. Archivado 18/03/2010. Planteaba la modificación de tres artículos de la Ley General de Servicios Sanitarios; del artículo 35, agregándole un inciso final que regulara el trato del concesionario con el usuario, a fin de que aquél tuviese siempre presente que el servicio prestado era un derecho humano, que le otorgara un continuo acceso, que diera facilidades de pago de cuentas adeudadas, existiendo igualmente un mínimo de suministro asegurado. Formula la modificación del art 36, en cuanto a la suspensión del servicio, la cual debiera llevarse a cabo previa autorización judicial, con un aviso previo de veinte días y que no obstante a realizarse, debe asegurar un abastecimiento mínimo. También plantea agregar un inciso final al artículo 36 bis del mismo cuerpo legal, para obligar a los prestadores a renegociar deudas y otorgar acuerdos de pago con los usuarios. Finalmente, sugiere que la clausura de un inmueble por la morosidad en su cuenta de agua potable sea en un plazo de un año y no de seis meses como lo preceptúa el artículo 38 de la ley. El fundamento del proyecto se basa en que el derecho al agua es un requerimiento mínimo para el cumplimiento de otros derechos; es por ello que también debe dársele el status de derecho humano. Resalta que nuestro marco regulatorio no refleja apropiadamente la condición socio-económica permanente de gran parte de la población, a saber: del 60% más pobre de nuestro país, el 20% no recibe subsidios por agua. A juicio de esta moción, los cambios consignados son una manera práctica para avanzar a una legislación que asegure el derecho al acceso y consumo de agua.
- f. Boletín N° 6268-07: "Modifica artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, con el objeto de establecer que las aguas, tienen la calidad de

bienes nacionales de uso público". Moción, Cámara de Diputados, diciembre 2008. Primer trámite constitucional. Proyecto que procura modificar el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, cambiando su inciso final a modo de explicitar que las aguas son bienes nacionales de uso público, que los derechos de aprovechamiento otorgan a sus titulares la propiedad sobre ellos en los términos establecidos en el inciso segundo del mismo numeral, es decir, de acuerdo a los límites y obligaciones que derivan de su función social. La reforma se funda en que, así como los derechos de aprovechamiento de aguas están protegidos por el estatuto general de propiedad establecidos en la Carta Fundamental y en la ley, la función social que rige dicha normativa también debe ser aplicada, "de modo que el uso, goce y disposición de los derechos de aprovechamiento de los particulares sobre ellas, ha de ejercerse en dicho contexto, y de ningún modo en forma arbitraria o con total prescindencia de los intereses de la comunidad".⁶⁵

- g. Boletín N° 6795-07: "Modifica Art. 19, N° 24, de la Constitución Política de la República, con el objeto de establecer que el aprovechamiento y consumo humano del agua, es de carácter prioritario". Moción Cámara de Diputados, diciembre de 2009. Primer trámite constitucional. Moción que pretende modificar el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, agregándole un inciso final que dé prioridad al aprovechamiento y consumo humano del agua, por sobre otros usos. La iniciativa señala que, no obstante el agua sea un bien de uso público, es un recurso esencial para la vida de las personas, convirtiendo su consumo humano como un derecho fundamental y su uso, prioritario.
- h. Boletín N° 6816 – 07: Reforma constitucional que modifica el artículo 19, numerales 23 y 24, de la Constitución Política de la República. Mensaje, enero de 2010. Primer Trámite Constitucional. Modificación que persigue derogar el inciso final del artículo 19 N° 24 de la Carta Magna, y agregar incisos tercero, cuarto y quinto al numeral 23° del mismo precepto. Uno declarararía al agua como

⁶⁵ Boletín N° 6268-07. Disponible en: http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=6659&prmBL=6268-07 Fecha de última consulta: julio de 2011.

un bien nacional de uso público, independiente de cualquier estado físico que se encuentre; el correspondiente al inciso cuarto regularía el otorgamiento de derechos de agua considerando parámetros geográficos y ambientales, y estableciendo limitaciones a su ejercicio. Finalmente, el último inciso dispone que la autoridad competente podría tomar las medidas necesarias para asegurar la disposición del recurso. La motivación de este mensaje subyace en que, a juicio del ejecutivo, es necesaria la consagración del agua como un bien de uso público a nivel constitucional, homologándola a ese mismo estatus que obtiene en el Código Civil y en el Código de Aguas. Según el proyecto, es dable atender que a pesar de ser un elemento trascendental para la vida y a la vez un bien escaso, la protección que la ley le otorga es nimia en comparación con otros recursos, como es el caso de la minería, cuyo desarrollo además se condiciona a la satisfacción del interés público. El proyecto sostiene que, debido al crecimiento del país, cada vez más se necesita de agua, y Chile cuenta con cuencas repartidas desequilibradamente, razón que hace imprescindible la planificación de sus usos.

En este contexto, los derechos de aprovechamiento de agua también deben cumplir una función social, misión que no ocurre con la actual legislación, la cual desnivela el bien común respecto del interés de algunos particulares, adjudicatarios de dichos derechos. Así entonces, sin afectar la certeza jurídica de los actuales titulares de derechos de agua, la propuesta legislativa quiere dar herramientas a la autoridad para asegurar la provisión de agua y priorizar entre sus usos, dándole el primer lugar, al consumo humano.

De los boletines analizados, es posible atender que, de acuerdo a su vocación pública, parlamentarios y Ejecutivo propenden a la satisfacción de necesidades mínimas y consiguiente bienestar de la población. Desde lo que se ha expuesto a lo largo de este trabajo, es fácil aseverar la gran importancia que significa acceder y consumir agua potable, relevancia que asimismo vislumbran los autores de estos y otros tantos proyectos de ley.

Así pues, proponer compensaciones por corte, facilidades de pago de deudas o prohibición de corte a personas desvalidas de alguna forma, significan medidas para mejorar la calidad del acceso al agua potable, el que si bien no es precario cuantitativamente, puede encontrar maneras cualitativas de perfeccionarse.

Por otro lado, asegurar un suministro mínimo a pesar de mantener una deuda pendiente con el prestador del servicio sanitario, corresponde calificarla como una medida tendiente a garantizar el efectivo consumo de agua potable de la población, atendido no sólo a su calificación – o no- de derecho humano, sino por razones tan prácticas como importantes, como son resguardar la higiene y la salud de las personas.

Finalmente, si bien varios proyectos se alejan de legislar sobre la protección al acceso y consumo de agua potable de los usuarios en forma explícita, atienden a la preservación de agua cruda en su fuente de origen y su posterior determinación de uso de acuerdo las prioridades nacionales latentes, requisito primero y esencial para gozar de los otros dos. Sin caudales de agua, o con caudales de agua destinados a propósitos distintos al consumo humano, hace imposible mirar por una protección sanitaria de nuestro país.

CAPITULO III

3.1 GENERALIDADES

En el capítulo anterior, revisábamos diversos cuerpos legales ligados – directa o indirectamente- al sector sanitario, especialmente, los que propiciarán una protección al acceso y consumo de agua potable en nuestro país.

De aquellos se colige que toda persona debe tener acceso a los servicios sanitarios, imperativo que debe ser calificado como un derecho humano. Reconocer a secas el derecho de acceder al agua, en sí, podría ser fácil; incluso reconocer que sea igualitario para todos también puede serlo. Sin embargo, debe asimismo reconocerse que acceder al agua potable y servicios sanitarios en general implica toparse con problemas, los cuales tienen un origen principalmente técnico y de infraestructura, que deviene necesariamente y en definitiva, en uno de ámbito económico.

El Código Civil Chileno previene que el agua (cruda) es un bien nacional de uso público, común para todos los nacionales, es decir, un *Res Communes Omnium* (artículo 585). Asimismo, el Código de Aguas estipula que cualquiera puede adjudicarse derechos de agua, con la condición de seguir el procedimiento establecido para dichos efectos (artículos 5º y 6º). En tal sentido, Pinto, Torchia y Martín señalan que “todos tenemos un derecho natural al agua: pero se concede en forma especial para que el uso de ese derecho no se convierta en abuso.”⁶⁶

En dicho entendido, podemos señalar que el origen del problema que genera el acceso al agua (como elemento común a todos) no habría existido en una primera época de la humanidad, cuando su consumo particular no impactaba sensiblemente en la disponibilidad del recurso, en cuyo caso, su acceso era sin autorización.

⁶⁶Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1º. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008, p7.

Agregado a lo anterior, es importante destacar que el consumo humano de agua debió reglamentarse no sólo respecto del acceso a sus afluentes, sino también, respecto de su calidad. En efecto, nos referimos a que por motivos de salud, debió ser tratada o potabilizada previamente a su distribución doméstica, proceso conjunto a la toma de conciencia de la población respecto de las ventajas del tratamiento.

Cuando el impacto de consumo de agua potable se tornó sensible debido a sus niveles de demanda, fue necesario reglamentar una autorización o concesión dada previamente por el Estado, la que, de acuerdo a la señalado en el artículo 22 de nuestro Código de Aguas, debe compatibilizarse con el resto de los derechos de agua destinados a diferentes usos⁶⁷, a pesar que se trate de un fin de utilidad pública, como serían las concesiones otorgadas con fines sanitarios, a cargo del abastecimiento de agua potable de la población.

En nuestro país, dicha labor de prestador – tal como veíamos en el capítulo anterior- fue asumida en un primer momento por el propio Estado. Paulatinamente, fue delegándose en empresas: primero en las conformadas con capitales fiscales para finalmente, corresponder mayoritariamente al sector privado, como ocurre hoy en día, escenario donde el Estado es prácticamente sólo un regulador del sector.

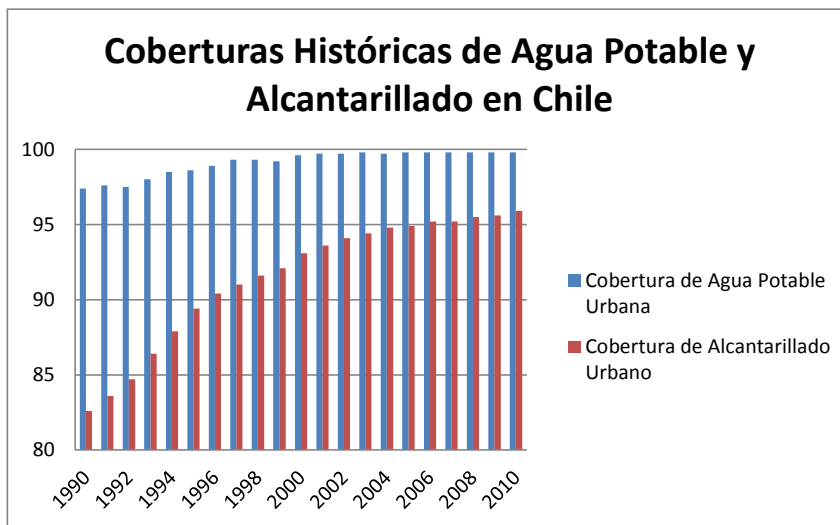
Ahora bien, es importante señalar la existencia de una protección legislativa hacia esta área, determinar el foco que sustenta este escenario y sus objetivos a cumplir. Sin lugar a dudas, el objeto del trabajo legislativo – en general- consiste en tutelar el bienestar de todas las personas, todos los nacionales, de manera que no sólo se respete el derecho humano al acceso y consumo de agua potable, sino también, generar una red e infraestructura “profesional” y a gran escala para lograrlo.

Atendido a la premisa anterior, podemos afirmar que nuestro país, luego de un proceso que duró aproximadamente veinticinco años, cumple con los objetivos de

⁶⁷ Código de Aguas; CHILE. El artículo 22 señala lo siguiente: La autoridad constituirá el derecho de aprovechamiento sobre aguas existentes en fuentes naturales y en obras estatales de desarrollo del recurso, no pudiendo perjudicar ni menoscabar derechos de terceros, y considerando la relación existente entre aguas superficiales y subterráneas, en conformidad a lo establecido en el artículo 3°.

acceso a agua potable, toda vez que está bien dotado de una infraestructura que abarca el 99,8%⁶⁸ de su territorio y por lo tanto, casi a la totalidad de la población.

Gráfico N°1



Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

En efecto: Chile bien puede jactarse de una infraestructura sanitaria moderna y a gran escala, de calidad, con niveles de cobertura altísimos y logrados hace casi quince años. La contraparte de estas cifras, son ~~las de~~ sus costos. El potabilización del agua, y su tratamiento después de ser usada, tienen costos no menores, así como también lo tiene el mantenimiento de las redes de distribución y recolección.

A esta ciudadanía favorecida con la extensa red de distribución y recolección de agua potable, se le denomina “usuario” en materia de servicios públicos⁶⁹.

⁶⁸Superintendencia de Servicios Sanitarios; Evolución Histórica Cobertura Nacional Agua Potable y Alcantarillado Urbanos desde 1965. Disponible en: <http://www.siss.gob.cl/577/w3-article-3683.html>; Fecha de último acceso: 31 de julio de 2011.

⁶⁹Rivero Ysern, Enrique. «La protección del Usuario de los Servicios Públicos.» *Revista de Administración Pública—Universidad de la Rioja*, 1978: 205 - 249.

Desde esa premisa surge la pregunta: ¿quién puede ser usuario? ¿Es lo mismo un usuario que un consumidor? ¿Quién tiene el derecho de serlo? ¿Sólo **quienquién** paga, o cualquier persona?

El profesor de Derecho Administrativo de la Universidad **española** de Salamanca, don Enrique Rivero Ysern, señala que el usuario es un consumidor, puesto que tiene iguales objetivos en el ámbito económico, sólo que consume bienes y servicios coincidentes con las necesidades de otros. No obstante la correspondencia entre uno u otro grupo de personas, el académico examina algunos elementos que diferencian usuarios y consumidores, en atención a los bienes o servicios que utilizan; a saber: la iniciativa que les da origen, el sector beneficiado con ellos (público o privado), la participación de los receptores finales en las decisiones sobre su provisión y los estatutos legales que los rigen (ley o contrato).

Sin embargo, Rivero afirma que en la práctica, es vano distinguir entre ambos, puesto que los servicios públicos tienen un efecto económico en la sociedad. En ese sentido, opina que debe reforzarse los derechos de los usuarios de servicios públicos mediante la aplicación de principios propios del derecho del Consumidor, tales como información y la reglamentación.

En definitiva, Rivero Ysern define a los usuarios como un grupo de personas que utilizan o son beneficiarios de instituciones y servicios que, sin preocuparse por la rentabilidad financiera, la colectividad edifica y los hace funcionar en beneficio de sus miembros.

Asimismo, cabe distinguir al usuario de servicios públicos del súbdito o administrado, común y corriente. Opuesto a lo que ocurría antaño, el escenario al que nos enfrenta el sistema de concesiones de servicios públicos en la actualidad, implica una modificación en el esquema administrativo antiguo, en especial, la relación “Administración – Administrado”.

En lugar de tratarse de dos sujetos, se trata de tres. Uno activo y favorecido con los servicios, que actúa y se denomina “usuario”, y dos pasivos solidariamente responsables frente al primero, que serían el prestador del servicio y la Administración estatal. Consecuencia de este esquema kelseniano, son los procedentes derechos que tiene el sujeto activo “usuario” para actuar respecto de los sujetos pasivos descritos.

Así las cosas, de un modelo caracterizado por la arbitraria y activa intervención estatal en la materia, y la subordinación sumisa de la ciudadanía, mutamos a uno basado en la prestación de servicios de parte de privados y que gira en torno al “reconocimiento del usuario como un verdadero titular de derechos subjetivos y de incidencia colectiva, que por la especial situación de inferioridad en que se encuentra requiere de una especial protección”⁷⁰.

De ahí que sean merecedores de una serie de derechos que, como veíamos, la legislación, tanto nacional como internacional, les reconoce; entre ellos, el acceso a los servicios sanitarios.

Este acceso se liga estrechamente al concepto de usuario, en atención a un rasgo trascendental e indeleble de ese derecho: la universalidad del acceso a los servicios sanitarios, es decir, para todas las personas.

Para entender el derecho al acceso como derecho de cualquier usuario, es preciso conocer y entender la premisa lógica que debe regir el sistema sanitario, mediante concesiones públicas: todos los usuarios son iguales y deben ser tratados todos por igual, sin ninguna discriminación, lo “que no es sino una concreción del principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley”⁷¹.

Dicha igualdad y generalidad tiene principalmente dos justificaciones.

⁷⁰Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008, p.69.

⁷¹Rivero Ysern, Enrique. «La protección del Usuario de los Servicios Públicos.» *Revista de Administración Pública - Universidad de la Rioja*, 1978: 205 - 249, p.221.

La primera de ellas se relaciona con la valoración del servicio que se debe prestar o que debe recibir el usuario en atención a las necesidades que la vida moderna presenta. Latamente hemos descrito, al principio de esta memoria, la importancia de que cada persona cuente con agua potable y alcantarillado, y la externalidad positiva que significa para un país.

Por lo mismo, es altamente importante que todos cuenten con conexión a agua potable y alcantarillado, no sólo quienes puedan pagar por el servicio, y que sean los más desprovistos económicamente, quienes tengan asegurado la disponibilidad de agua.

Según Pinto, Torchia y Martín, esta igualdad “surge de la imposibilidad de negar a algunos sin causa lo que se da a otros. Es decir, todos tienen dentro de ciertas condiciones y posibilidades el mismo derecho al servicio, lo que en definitiva, es lo que brinda fundamento jurídico y ético a todo el régimen”.⁷²

La segunda justificación, implica entender la universalidad de acceso al agua potable como una medida tendiente a atenuar un comportamiento monopólico de parte del concesionario a cargo de proveer los servicios sanitarios.

Para ello, debe entenderse primero que, como lo denomina Rivero Ysern, todas las personas somos “aspirantes al goce de un servicio público” y como tales, “titulares de un derecho subjetivo, de las categorías de derechos cívicos”⁷³. Es decir, no obstante la prestación del servicio sanitario se base hoy en día en un contrato regulatorio entre el usuario y la Empresa de Servicio Sanitaria que se adjudica la concesión, la naturaleza del derecho del cual aquél es titular no está circunscrito al derecho privado, sino que por el contrario, al derecho público, lo que significa su reconocimiento a todo ciudadano.

⁷²Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al Agua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008, p.16.

⁷³Rivero Ysern, Enrique. «La protección del Usuario de los Servicios Públicos.» *Revista de Administración Pública—Universidad de la Rioja*, 1978: 205 – 249, pág 218.

La relación entre el prestador del servicio de agua potable y alcantarillado y el usuario que lo recibe es una especie de contrato: decimos “contrato”, a pesar que uno de los principios básicos de dicha institución, a saber, la libertad contractual, se ve reducida desde ambas partes. Por un lado, el usuario está obligado a contratar con una única empresa sanitaria dueña de la concesión, un monopolista, mientras que por el otro, el prestador debe necesariamente admitir al usuario⁷⁴: “tal es la implicancia social que tiene el ejercicio de este derecho, que su utilización no resulta facultativa para el individuo, siendo compulsiva la conexión para todos quienes tienen la red a su disposición”.⁷⁵

Se discute también si, atendidas las características del pacto, la figura que media entre ambas partes es un contrato de adhesión. Apoyamos la posición de Enrique Rivero Ysern quien contradice esta postura, puesto que requisito de este tipo de contratos, es que la totalidad de sus cláusulas sean impuestas por una de las partes, lo que en el particular no ocurre, toda vez que la acción de la Empresa Sanitaria para con el usuario debe someterse a diferentes normativas, a saber, la Ley General de Servicios Sanitarios, el Reglamento que rige el mismo y finalmente, el contrato de concesión suscrito por la Empresa y el Estado.

No obstante ello, el contrato regulatorio celebrado para estos efectos debe contener ciertas menciones estipuladas por ley, haciendo de él un contrato completo, debidamente detallado y especificado.

Complementando la misión anti monopólica de dicho acto jurídico, aparece la figura de un regulador, que en el caso en estudio corresponde ser la Superintendencia de Servicios Sanitarios. La ventaja de su presencia en este escenario es que, actuando dentro de las potestades que las leyes le han dado, conviene el monitoreo que puede

⁷⁴ Dada la ausencia de libertad para contratar para ambas partes, tanto para el usuario como para la Empresa concesionaria, la figura jurídica que se da puede ser de contrato ley o contrato forzoso. Atendiendo sus requisitos y antecedentes, nosotros nos inclinamos en la idea de que es un contrato ley.

⁷⁵Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al AGua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008, p.16.

ejerger respecto del cumplimiento del contrato regulatorio, especialmente para su eventual solución de controversias.

De acuerdo a este esquema, el contrato regulatorio nos ofrece dos importantes elementos: por un lado tenemos la estabilidad del contrato basado en menciones de la ley; por el otro, la discrecionalidad de un regulador que conoce el contrato y sabe aplicar sus cláusulas.

En fin, el compromiso de dar un servicio no se afirma en un contrato celebrado con el usuario, sino en un contrato de concesión pactado con el Estado; mientras que la obligación de pagar por las prestaciones se basa en un D.F.L y un Reglamento que rige las relaciones entre el trío "Prestador, Usuario y Estado". En definitiva, rige la ley - y no la decisión unilateral de los poderes públicos- para ejercer una misión sustitutiva de la libre competencia de la que carece este escenario.

En consecuencia, la obligación de dar acceso a todos atenúa el régimen de monopolio natural que importa la concesión sanitaria, pues "impide que los terceros estén a merced del monopolista".⁷⁶ Dicha obligación no nace del efecto creador de prestador o usuario, sino de la propia Administración que ha fijado un marco legal consecuente con el reconocimiento del derecho al acceso al agua potable como un derecho subjetivo de toda persona.

De acuerdo con la anterior aseveración, podríamos afirmar también que la Ley General de Servicios Públicos es, como idea en sí misma, una herramienta de acceso al Agua Potable en nuestro país, pues representa un atisbo del ímpetu del Estado en cumplir con su deber jurídico – internacional de propender a dicho acceso, contraído en pactos como [el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#).

Sumado a lo anterior, el mencionado cuerpo legal substituye la función proveedora del Estado en materia sanitaria, a una fiscalizadora y reguladora, reordenándose

⁷⁶Rivero Ysern, Enrique. «La protección del Usuario de los Servicios Públicos.» *Revista de Administración Pública - Universidad de la Rioja*, 1978: 205 – 249, pág 219.

institucionalmente para aumentar su presencia⁷⁷. En el entendido de la época, cuando era el mercado el motor del desarrollo económico de un país, el Estado se quitó la carga de “productor directo” de encima a través de Empresas Estatales, para cumplir una labor subsidiaria, definiendo funciones y organizando al sector privado (aunque se conforme de capitales fiscales) para que se encargase de la prestación de los servicios.

Este nuevo rol del Estado comprendió además, crear un sistema sustentable y “directo a los consumidores de escasos recursos, con el objeto que accedan al servicio de agua potable y alcantarillado⁷⁸”. La idea era el control y coherente minimización de pérdida social que implicaría un monopolio natural, para lograr un desarrollo social generalizado, especialmente mediante el acceso de los sectores de menores ingresos a estos servicios.

De acuerdo al ratificado Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Estado estaría también cumpliendo su obligación contraída al ratificarlo, en el sentido de tomar las medidas para satisfacer lo mínimo y hacer plenos estos derechos. Si bien eso ocurrió así, nuestro país no planificó una asignación presupuestaria que saliera de las propias arcas fiscales a fin de asegurar el pleno desarrollo de este tipo de derechos.

Sin embargo, esta nueva misión, que miraba ampliar las redes de distribución y privilegiar a los más desposeídos, era necesariamente, a juicio de Oxman y Oxer, una empresa que debía delegarse al sector privado, pues como lo señalan en su libro, “hay que tomar en cuenta que los estados no poseen los capitales necesarios para realizar las inversiones que requieren⁷⁹”. En dicha época, eran las empresas privadas las que tenían el conocimiento y los recursos necesarios para hacerse cargo del proceso de

⁷⁷ Esta delegación se ve reforzada mediante la Ley 18777, 18885 y especialmente la ley 18902 que crea la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

⁷⁸ Oxman, Sergio, y J Paul Oxer. *Privatización del Sector Sanitario Chileno*. 1a ed. Santiago de Chile: Cesoc, 2000, p. 58.

⁷⁹ Op. Cit. p. 45.

cambio en el sector, intervención que hubiese sido nefasta, sin la vigilancia y regulación del Estado de Chile.

3.2 BREVE REVISIÓN DE LOS CUERPOS LEGALES QUE CONSIGNAN EL ASEGURAMIENTO AL ACCESO A AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO EN ÁREAS URBANAS.

3.2.1 Antes de la actual Ley General de Servicios Sanitarios.

La coordinación y provisión de los servicios sanitarios, antes de la entrada en funciones de la Superintendencia de Servicios Sanitarios y la publicación de la Ley General del ramo, estaba a cargo de SENDOS, ente administrativo que, a grandes rasgos, realizaba las mismas actividades y debía cumplir los mismos fines que hacen hoy las Empresas Sanitarias y la Superintendencia, en cuanto a control y fiscalización, teniendo también a cargo, una labor normativa y operativa.

Sin embargo, su labor se ajustaba a un área más técnica que planificadora, preocupada más bien del mantenimiento, buen estado y buena calidad de la infraestructura sanitaria, o bien, de la aprobación de aquella nueva.

La labor de la que SENDOS no se podía hacer cargo, se delegó a las Municipalidades, existiendo casos vigentes hasta el día de hoy, como ocurre en la I. Municipalidad de Maipú y el funcionamiento de SMAPA.

A efectos de propiciar la garantía a los servicios sanitarios, SENDOS no sólo se regía por el Decreto Ley 2050 – ya revisado en el capítulo anterior- sino que también operaba de acuerdo a los cuerpos legales que se describen a continuación.

A. DFL N° 458: Ley General de Urbanismo y Construcciones, de 1976.

Este cuerpo legal, vigente hasta la fecha, no sólo resalta la calidad de necesidad básica de accesos a agua potable y alcantarillado, sino que también establece quienes son los titulares con la carga de asegurarla.

En ese sentido, la ley es clara en un doble mensaje: en primer lugar, toda casa habitación, por básica que sea, debe contar con conexión a la red sanitaria, y en segundo lugar, su carencia en algún sector de la comuna equivale tanto una falta hacia el Plan Regulador Comunal así como una condición sanitaria deplorable, que debe ser subsanada por la Municipalidad en cuestión.

Respecto de lo primero, el artículo 105 letra h) de la Ley de Urbanismo y Construcción, señala como uno de los standards del diseño de las obras de urbanización y edificación, todo lo relativo a la dotación de servicios sanitarios y energéticos.

Dicha norma se complementa con lo prescrito por los artículos 134 y 136 del mismo cuerpo legal. Aquellos preceptos establecen a grandes rasgos que, el urbanizador que pretenda la construcción de cualquier tipo de edificio u obra, debe ejecutar a su costa, las instalaciones sanitarias con sus obras de alimentación y desagües de aguas servidas. De lo contrario, no podrá (no será lícito) enajenarlos, es decir, celebrar convenciones a ese respecto, toda vez que la construcción no tendría el certificado de recepción emitido por la Dirección de Obras de la Municipalidad donde se encuentre el inmueble.

Asimismo, no obstante se celebre convención cualquiera que enajene una construcción sin cumplir con las instalaciones sanitarias mínimas, no podrá producirse la tradición del mismo, toda vez que de acuerdo al art. 136 de la Ley, no podrá inscribirse en el Conservador de Bienes Raíces sin que se acompañe el certificado de la Dirección de Obras, o bien, sin que se acredite que está debidamente urbanizado.

En cuanto al segundo mensaje, la ley también le otorga a la Municipalidad diferentes cargas destinadas a propender a extender y mejorar las redes y servicios sanitarios, a objeto de mantener y mejorar los asentamientos urbanos.

La primera de ellas, es incluir en el Plan Regulador Comunal un estudio de factibilidad que vislumbre la dotación de servicios sanitarios en relación al crecimiento poblacional proyectado.

Asimismo, y a objeto de alcanzar un mayor saneamiento de la comuna, tanto en sus espacios físicos como para sus residentes, en concordancia con la planificación de la calidad habitacional del gobierno central, la Municipalidad deberá aportar fondos para las obras de agua potable y alcantarillado, las que deberá ejecutar directamente.

Una última labor municipal incidente en el sector sanitario corresponde a una medida preventiva para impedir el deterioro de algún sector de su circunscripción, que trata de fijar un plazo a los propietarios para conectarse a las redes públicas, bajo el apercibimiento de una multa.

- B. Decreto N° 168 de 1984 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo: “Reglamento Especial de Viviendas Económicas” cuerpo legal referido al D.F.L N° 2 de 1952.

Como premisa, debemos entender qué es una vivienda económica en los términos comprendidos por la ley. Según lo define el artículo N° 162 de la Ley General de Urbanismo, “son viviendas económicas las que tienen una superficie edificada no superior a 140 metros cuadrados por unidad de vivienda y reúnen los requisitos, características y condiciones que se determinan en el decreto con fuerza de ley 2, de 1959, en la presente ley y en el Reglamento Especial de Viviendas Económicas”.

Dicho reglamento estipula en su artículo N° 40, los requisitos mínimos con los que deben contar las viviendas sociales en áreas urbanas, siendo el primero de ellos, la conexión a una red de agua potable que asegure el abastecimiento.

Asimismo, el Decreto destina el último de sus Títulos (el décimo) a la infraestructura sanitaria. Se destaca el artículo N° 42, que en definitiva fija como parámetro mínimo para autorizar la primera etapa de una vivienda, la construcción de una cocina con lavatorio y baño con W.C. y ducha.

Finalmente, su artículo N° 29 da un guiño a las instituciones sanitarias, de modo que entiendan la envergadura social del trabajo que deben realizar en este tipo de vivienda, prohibiéndoles así que realicen mayores exigencias técnicas que las que prescribe la ley.

C. D.F.L N° 382 de 1989, del Ministerio de Obras Públicas: Ley General de Servicios Sanitarios.

Si bien este Decreto con Fuerza de Ley significó en sí mismo un cambio radical en el panorama de la prestación de servicios sanitarios, ya sea por la configuración empresarial que adquirió como por la compilación de derechos y deberes de los prestadores sanitarios, que derivó en la unificación de la legislación aplicable al sector, es importante destacar las normas contempladas para asegurar el acceso de los servicios a toda la población urbana.

Desde la primera versión de la Ley, se contempló – en el inciso final del artículo N° 12- la posibilidad de ampliación del área de concesión, a objeto de “incorporar áreas intermedias y urbanizables que técnica y económicamente no sean susceptibles de entregarse en concesión independiente”.⁸⁰ Por cierto, significa darle al ente administrativo las potestades para solicitar al prestador la ampliación, evitando que el área de expansión sea cubierta por un prestador distinto, y las consecuencias

⁸⁰ Art 12 Ley General de Servicios Sanitarios, primera versión

desfavorables que ello tendría, como tarifas más altas, programa de desarrollo distinto, calidad y forma de servicio diferente.

Hay que hacer presente, que la oportunidad de esta solicitud de ampliación a la que se le faculta hacer a la Superintendencia de Servicios Sanitarios, en los términos como se plantea, corresponde a la etapa de solicitud de concesión que hace el postulante a prestador de servicios sanitarios. Es decir, es en un momento en que aún no existiría vínculo contractual entre la solicitante y la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Ligado a lo anterior, radica la conveniencia de la frase final de este inciso, que conmina al solicitante a desistirse de su solicitud si es que no atiende la exigencia de la Superintendencia.⁸¹

No podemos menos que calificar este inciso, y en especial su última frase, como un ejemplo importante del principio de obligatoriedad – y consecuente aseguramiento- a la conexión sanitaria que comenzaría a imponerse con la dictación de este D.F.L, pues, veladamente, pone “entre la espada y la pared” al empresario sanitario, el cual, teniendo la infraestructura, deberá optar entre ampliarla o no ocuparla.

Conjuntamente al mencionado artículo 12, podemos referirnos a lo señalado por el artículo N° 22 del mismo, que autoriza a que dicha solicitud de ampliación sea hecha por el mismo concesionario. Llama la atención que dicho precepto cite el artículo 12 para emular el procedimiento a seguir, mas no para atender a las causas o requisitos de la ampliación.

Otro aporte del DFL N° 382 de 1989, corresponde a explicitar los accesos que deben identificarse en cada edificio o conjunto de viviendas abastecidas por un arranque común. La idea de la norma, es que cada unidad habitacional tenga acceso propio y privado a la red de agua potable y alcantarillado, como también, conseguir una diferenciación en las cuentas por los servicios.

⁸¹ “En este caso, el solicitante podrá desistirse de su solicitud”.

También es destacable el alcance que tiene el artículo N° 26 letra a) de la Ley General de Servicios Sanitarios, precepto que le otorga facultades al Presidente de la República para declarar caducadas las concesiones que no cumplan con las exigencias legales o reglamentarias, o que incumplan las condiciones del decreto de concesión. A la luz de esta norma y en concordancia con la materia en estudio, podemos entender que si un prestador no cumple con su obligación de cubrir el área de concesión, debe declarársele caducado su decreto.

Llama la atención ciertos artículos que implican reminiscencias de cuerpos legales anteriores sobre la materia, igualmente orientadas a asegurar el acceso a la red sanitaria de la población. Tal es el caso de los artículos N° 38, 39, 41 y 43. Los tres últimos, se refieren al derecho real de cada usuario sobre cada instalación necesaria para acceder al agua potable y alcantarillado y sus consecuentes obligaciones respecto de tal infraestructura, ya sea de la instalarla a su costa, como efectuar las obras que sean necesarias para actualizarla a la red pública. En cuanto al primer caso (artículo N° 38), prescribe la ya antigua clausura del inmueble que, de acuerdo a los informes del prestador, no cuente con el servicio por más de seis meses, ininterrumpidamente.

No obstante la importancia y el aporte que significan los preceptos anteriores, especialmente los artículos N° 12 y 22, a nuestro juicio, los artículos más llamativos en concordancia a esta memoria de grado, son los N° 33 y 52.

El primero consiste en la obligatoriedad de servicio que tienen las Empresas Sanitarias. Se refiere a la estipulación de la obligación legal de la Empresa Sanitaria “a prestar el servicio a quien lo solicite”. Tal como decíamos en el primer acápite de este capítulo, dicha carga es de toda empresa de servicio público, y adquiere mayor trascendencia para el caso del agua potable y alcantarillado, por su aporte en la vida de cada ser humano, la valoración que tienen en la vida moderna por su consecuente envergadura de derecho humano, y la atenuación que significa para el comportamiento monopolístico de un proveedor de servicios sanitarios, en un mercado natural ~~tan~~ ~~prolije~~ como este.

Las consecuencias de que esta norma no se contemplara en la Ley General de Servicios Sanitarios, implicaría una eventual arbitrariedad en la prestación del servicio de parte de la empresa concesionaria, quien podría elegir hasta qué lugares y/u hogares de las zonas urbanas, podría surtir del servicio.

En definitiva, importaría desvirtuar el concepto de usuario tal como lo conocemos y como lo hemos definido, toda vez que, pudiendo el concesionario decidir a quién le presta servicios y a quién no, el mercado del agua pasaría a ser como cualquier otro que dirige su producción a un público en especial, con la importante diferencia que además, lo haría en un Monopolio.

Por su parte, el artículo N° 52 hace su primer aporte validando legalmente la existencia de un tipo de conglomerado habitacional precario como son los campamentos de emergencia, al referirse explícitamente a ellos. A mayor abundamiento, reconoce que son viviendas ocupadas por gente de escasos recursos, que por falta de infraestructura y de capacidad económica, están impedidas de tener acceso directo, privado y propio a una red de agua potable.

De esa forma, la norma prescribe la obligación que tendrán las Empresas Concesionarias de Servicios Sanitarios, previa solicitud de la Municipalidad, de “instalar y abastecer arranques públicos” en dichos sectores, de manera tal que aquellos más desposeídos puedan contar con alguna fuente de agua potable para los quehaceres domésticos, aún cuando deban ir a recogerla, sin obtenerla directamente en sus habitaciones.

3.2.2 Modificaciones Posteriores a la Ley General de Servicios Sanitarios.

- A. Ley N° 19.549: “Modifica el Régimen Jurídico Aplicable al Sector de los Servicios Sanitarios”.

Si bien la Ley General de Servicios Sanitarios tuvo diversas modificaciones luego de su publicación en 1989, no cabe duda alguna que la primera de mayor envergadura fue la ley N° 19.549.

A la fecha de envío del mensaje de la ley en cuestión, la cobertura de agua potable alcanzaba el 97,5% en el área urbana y el 74,8% en el área rural, mientras que el servicio de alcantarillado alcanzaba una cobertura del 85,4%. El objetivo del gobierno de turno era que en los sectores urbanos los accesos a ambos servicios sanitarios fueran del 100%, y que “aumentara considerablemente”⁸² en el campo.

No obstante este panorama, que resultaba ser uno de los mejores de la región – a nivel continental- en donde el desempeño de las empresas había permitido otorgar cobertura de servicios a un porcentaje significativo de la población, con niveles de precio razonables, el sector sanitario adolecía de dos problemas interdependientes entre sí. El primero de ellos diagnosticado, era la ausencia de coherencia entre las áreas de concesión de las empresas y las áreas de expansión de los centros urbanos en donde se prestan los servicios.

Nuestro país creció mucho entre los años 1990 y 1995, lo que significó por consiguiente, un dinámico desarrollo urbano, las extensiones de ese tipo de áreas y el crecimiento de los proyectos inmobiliarios. Es decir, hubo un *boom* en la construcción de viviendas nuevas, las que en su mayoría, fueron emplazadas en las áreas urbanas; sin embargo, dicho avance inmobiliario debió detenerse, dados los inconvenientes que se le presentaron a los proyectos para poder conectarse a los servicios sanitarios.

En efecto, el problema se presentaba porque, no obstante un lugar esté calificado como urbano de acuerdo al plan regulador de la comuna en que se ubique, no quería decir que estuviese “urbanizado” o haya sido “urbanizable”. Lo anterior, pues no existía – ni ocurre hasta la fecha- necesaria coherencia entre los sectores urbanos y las áreas de concesión sanitaria en donde debe prestar servicio la empresa titular de la concesión. Es decir, a pesar que un área de terreno se encontraba en un sector urbano, incluso en el centro del mismo de la comuna (como ha ocurrido), si no estaba

⁸² Mensaje de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio Secretaría General de la República, mayo de 1995. p. 7.

contemplado en el decreto de concesión de alguna empresa sanitaria, no existía obligación ni garantía de que dicho lugar accediera a los servicios sanitarios.

Pues bien, sabemos de lo analizado anteriormente en esta memoria de grado, que ningún tipo de vivienda, ni la más económica, puede carecer de servicios sanitarios. Para ello, debe tener conexión a los arranques de agua potable y red de alcantarillado, servicio que debe obtenerse a través de la empresa sanitaria dueña de la concesión del sector. Si aquella área no estaba licitada, el urbanizador, dueño del proyecto o dueño del inmueble, debía renunciar a su emplazamiento en dicho sector, o bien darle a su construcción la llamada “solución particular”⁸³. La ley no daba solución a estos casos.

Para que el sector sanitario pudiese responder a las demandas en el ámbito inmobiliario, requería de una gran capacidad de respuesta, amplia flexibilidad de endeudamiento y en consecuencia, tener la posibilidad captar los recursos necesarios en forma ágil y eficiente para poder expandirse. Este era el segundo de sus problemas.

Sin embargo, y a diferencia de lo ocurrido con otros servicios públicos, existía un escenario en que convivían empresas sanitarias compuestas totalmente por capitales privados, con otras que se conformaban tanto de capitales privados como públicos, a través de la Corporación de Fomento de la Producción, y que representaban el 90% de la presencia en dicha industria.

Según el mensaje que originaba la ley en comento, la mayoritaria composición pública de las empresas era un elemento importante, pues aquellas “tienen un esquema de regulación en que existen restricciones para el endeudamiento, lo que no permite responder con la velocidad y rapidez en un mercado tremendamente cambiario

⁸³ Solución particular es aquella que adoptan algunas viviendas sin conexión a servicios sanitarios, encargándose de forma privada de tener acceso a agua potable dentro de sus viviendas, y un sistema de desechos líquidos. En general, se trata de inmuebles que poseen derechos de aguas, de los cuales es posible aprovecharse a través de canaletas para que las transporte hacia una noria que las almacene. Además, pueden tratarse mediante un sistema de filtro, clorificación y fluorización antes de que ingresen a la vivienda. Asimismo, se incorpora un sistema de drenaje a pozos en que se trata el agua servida, para desecharla nuevamente hacia los cauces.

y dinámico. Cuando invierte el sector privado se ve una disciplina de mercado, donde hay accionistas que pierden recursos o hay financiamiento vía endeudamiento. Estos factores de disciplina no están siempre presente en el ámbito de las empresas públicas lo que las lleva a ser más conservadores en las políticas de endeudamiento provocando un problema para el sector sanitario, que debe emprender grandes inversiones a futuro y que requiere una gran flexibilidad para pactar nuevos recursos⁸⁴.

Así las cosas, existía por un lado, una imposibilidad financiera de inversión que impedía a las sanitarias aumentar su oferta de conexión, a objeto de abrir su ámbito de área concesionada. Por otro, la ley no contemplaba la fórmula que permitiese lograr dicho objetivo, de alguna u otra manera.

Atendido el contexto relatado, la ley 19.549 busca la realización de diversos objetivos, enmarcados en una índole tanto social, legal y económica. Como veíamos, el más importante de ellos es hacer coincidir en la mayor medida posible, las áreas de concesión de servicios sanitarios con las áreas de expansión urbana en donde estos servicios se prestan. De esta manera, lo que se persigue es asegurar la cobertura de servicios sanitarios en nuevas áreas poblacionales, asegurando el acceso de servicios sanitarios en las zonas de crecimiento urbano de viviendas sociales y en definitiva, coordinar los planes de expansión de las empresas sanitarias con los planos reguladores de las ciudades.

Así también, la ley buscaba avanzar en el progresivo reforzamiento del rol fiscalizador del Estado y una mejor focalización de los recursos públicos concentrando los esfuerzos de inversión del Estado en aquellos sectores en los cuales éste tenga las mayores rentabilidades sociales, y a diferencia de los servicios sanitarios, sin fuentes significativas de recursos fuera de los recursos estatales.

En el fondo, esta ley significa el reconocimiento de que el acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado es un derecho que debe estar al alcance de todos los

⁸⁴ Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p.68

chilenos, lo cual es un compromiso que debe asumir tanto el sector privado del país, aportando su estructura, disciplina y experiencia de mercado, como el sector público, mediante la regulación y fiscalización de los servicios. Por lo mismo, implica también la promoción de viviendas dignas para todos, y un impulso a la proliferación de las mismas.

A juicio del Ejecutivo, autor de este proyecto de ley “la incorporación de gestión privada y de capital privado por la disciplina de mercado, puede lograr mejorar la eficiencia en la gestión de las empresas, aumentar la cobertura en el servicio, y disminuir los costos de la inversión. El desafío es como asegurar que esa disminución de costos y ese aumento de eficiencia, se traduzca en menores tarifas para los consumidores y en mejor calidad de servicio”⁸⁵.

Por ello, fue necesario introducir normas que establecieran tres situaciones. Primero, que sustituyan el capital estatal por capital privado a fin de garantizar el funcionamiento del sector privado en los servicios sanitarios, incorporando mecanismos de mercado para obtener los recursos y la eficiencia que permita materializar las inversiones que se requieren.

La dinámica del sector requería incentivos a la eficiencia en la gestión y, por lo tanto, el sector privado era el más adecuado para administrar las empresas y reducir los costos de inversión, y de operación.

En segundo lugar, el establecimiento de normas que señalaran que el Estado continuará ejerciendo su responsabilidad en este sector, no ya como el productor principal, sino a la larga, a través de las modalidades que tenga desde el sistema fiscalizador.

Finalmente, y como producto de las medidas descritas anteriormente, se introdujeron normas que dispusieron la forma de definir las áreas de concesión, de

⁸⁵ Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p. 69

modo que éstas coincidan con lo que son los elementos más dinámicos de las distintas ciudades del país, y otras que, en los casos de las concesiones ya existentes, obligaran a ampliar su territorio operacional hacia áreas urbanas no susceptibles de tener una atención independiente.

Institucionalmente, la ley logró liberar algo más al Estado de las reminiscencias de sus obligaciones hacia el sector, desde la publicación de la Ley General de Servicios Sanitarios, en especial a lo relativo a la prestación directa de agua potable y recolección, permitiéndole a continuación concentrarse y fortalecerse en la regulación y fiscalización del mercado, especialmente en lo atinente a temas como tarificación, calidad del servicio y subsidios.

Referido a la materia de estudio de esta memoria de grado, la ley en comento introduce distintas modificaciones que resultan significativas para el acceso de la población a los servicios sanitarios.

La primera de ellas atañe a los cambios al artículo 12 de la Ley General de Servicios Sanitarios: introduce cambios en los requisitos de solicitud de concesión, deroga el inciso final analizado precedentemente e incluye dos preceptos posteriores: los artículos 12 A y 12 B.

El artículo 12 A aborda el problema en el caso de las concesiones nuevas o en las que se ha solicitado una ampliación de la existente; aquí se propone que la Superintendencia de Servicios Sanitarios solicite un informe al Ministerio de Vivienda y Urbanismo (en adelante, MINVU) relativo al plan regulador de la ciudad como parte del proceso de estudio y asignación de la concesión.

Según quedó consignado en la historia de esta ley, si bien el objetivo era encontrar coincidencias entre las áreas de concesión y las de extensión urbana, la modificación establece sólo una comunicación entre la Superintendencia con el MINVU y las municipalidades. En ningún caso es una obligación para la Superintendencia considerar los planes del Ministerio de Vivienda y Urbanismo o los planos reguladores

de las Municipalidades, ya que, en definitiva, puede adoptar la medida que mejor le parezca.

A pesar de lo anterior, nosotros somos de opinión que dicha modificación constituye un pequeño paso, que serviría al menos para que la entidad normativa fuera representada de mayores detalles y eventuales consecuencias del proyecto de concesión que estaría en evaluación.

Adicionalmente, se incorpora el artículo 12 B, precepto que “aborda el caso de las concesiones que ya están en explotación, otorgando al Superintendente de Servicios Sanitarios la facultad de modificar el área de concesión de la empresa sanitaria, estableciendo como compensación el derecho a recalcular las tarifas del servicio para adaptarse a la nueva situación”.⁸⁶

El artículo 12 B se redactó en forma similar al inciso derogado, pero ampliando y describiendo con mayor precisión, las hipótesis para proceder a la ampliación de los límites de servicios.

Las áreas a las que ahora se podrá ampliar no sólo son intermedias respecto de la concesión original, sino también periférica a ella. Además, exige que la factibilidad técnica y económica considerada anteriormente, sea para la operación de los servicios pero también para su desarrollo, a efectos de propender a la rentabilidad posterior de las empresas prestadoras. Asimismo, el área concesionada y la ampliada deben ser un sistema unitario, de modo tal de no existir diferencias de ningún tipo entre ellas, ya sea tarifaria, de calidad de la prestación, atención al usuario, ~~étc-etc~~. Finalmente, la ampliación debe incidir “en un menor costo para el usuario”, a efectos que la configuración de la red sanitaria sea una nimia carga económica.

Según el Informe de las Comisiones Unidas de Economía y Obras Públicas del Senado que analizó el proyecto de ley aprobado, la idea de la nueva redacción

⁸⁶Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p.49

acordada era fijar un “criterio pensado en términos positivos, es decir que se agregan áreas periféricas urbanizables, siempre que se justifique un sistema unitario, con un menor costo para el usuario”.⁸⁷ En la práctica, se traduce en que la Superintendencia de Servicios Sanitarios debiera constatar que la ampliación del área de concesión constituya con la anterior una misma unidad, a fin de no encarecer los costos para los usuarios.

Un segundo aporte de esta ley, es la introducción de una frase final en el primer inciso del artículo 20. Esta frase constituye un aporte toda vez que a la empresa que se le ha otorgado la concesión no sólo debe dar garantía por el cumplimiento del plan de desarrollo proyectado, sino también, por el “fiel cumplimiento de las condiciones de servicio”.

¿De qué se trata un fiel cumplimiento de las condiciones de servicio? Ciertamente es un amplio compromiso, que a nuestro parecer, necesariamente implica cumplir con prestar servicios sanitarios a toda el área de concesión, sin excusas, evitando que ningún perímetro quede sin acceso a la red de conexión.

Otro agregado de la ley 19549 son los artículos 33 A ~~Y~~y33 B, los que sin duda alguna, corresponden a un gran avance en materia de acceso a servicios sanitarios.

El primero, establece la obligación de la Superintendencia de Servicios Sanitarios de llamar a licitación pública cada vez que a su juicio, sea necesario proveer de servicios sanitarios a alguna zona urbana. Lo llamativo de esta norma es su inciso segundo, el cual impone que, en caso de no existir empresas proponentes o bien, en caso que existan pero no sean factibles en los términos generales requeridos por la ley, autorice a la Superintendencia a exigirle al prestador más cercano al área geográfica en donde se requieren servicios, a ampliar su concesión hacia allá.

⁸⁷ Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p.113

Para ejercer dicha facultad, la Superintendencia debe verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos por parte del prestador. Factibilidad técnica por una parte, y por otra, capacidad administrativa y financiera para asumir las obligaciones que se derivan de la ampliación de su territorio operacional

Resulta llamativo que los incisos posteriores a este nuevo precepto faculten únicamente a la Superintendencia de Servicios Sanitarios para determinar si la ampliación de la concesión requerida es o no conveniente a la empresa prestadora.

En su redacción original, el Ejecutivo había propuesto una fórmula muy diferente a la actual. Si bien concebía la facultad de la Superintendencia a exigir la expansión de la concesión, también se hacía cargo de regular el escenario tarifario que se indicó luego en el artículo 33 B. Finalmente, proponía la indemnización por daño emergente a favor del concesionario a quien se le exigía ampliarse.

La comisión a cargo de este proyecto de ley, rechazó dicha fórmula, especialmente en cuanto a la exigencia como único método de ampliación y en cuanto a la indemnización que debería eventualmente pagársele a la empresa. Se estimó que era siempre preferible el llamado a licitación como primera instancia “ya que no era conveniente dejar la posibilidad de ampliación como una facultad discrecional del Superintendente, pues podría prestarse para situaciones poco transparentes”.⁸⁸

El siguiente artículo – 33 B- pareciere que pone coto a la extensa potestad de la entidad administrativa fiscalizadora, pues “exige que, en la eventualidad de que la Superintendencia de Servicios Sanitarios exija al prestador la ampliación de la concesión, las nuevas áreas de concesión sean comunicadas al prestador al inicio del proceso de fijación de tarifas, sin perjuicio de que la Superintendencia pueda, por

⁸⁸ Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p.128

causa fundada, exigir la ampliación del área de servicio en una fecha intermedia a los períodos de fijación tarifaria”⁸⁹.

Lo anterior nos resulta, por lo menos un atino de la ley, toda vez que se desprende que la ampliación de los servicios sanitarios debe concretarse sólo luego de haberse calculado y discutido las tarifas en base a los datos que incluyan la nueva área.

Sin embargo, ese límite se desvirtúa un tanto, pues en el inciso siguiente, la ley nuevamente le otorga una gran atribución a la Superintendencia de Servicios Sanitarios: no esperar hasta el inicio del proceso de fijación de tarifas y exigir la ampliación del servicio en una fecha intermedia en caso de existir alguna “causa fundada”.

Ciertamente nos parece arbitraria la disposición, puesto que queda a criterio de la entidad regulatoria el momento en que la Empresa sanitaria debe modificar su funcionamiento, asumiendo todas las consecuencias que ello implica, tales como una nueva coordinación de operaciones, la implementación de infraestructura nueva y el súbito cambio y consiguiente reestructuración de los esquemas de costos y tarifas.

Finalmente, una inclusión importante de la ley en comento para el acceso a agua potable, es el inciso 4º en el artículo 35 de la Ley General de Servicios Sanitarios. Aquél le da la atribución a la Superintendencia de Servicios Sanitarios de ordenar a los prestadores suscribir contratos que aseguren su provisión de agua cruda, en orden que el servicio se entregue en forma continua a los usuarios.

Este precepto fue incluido – con una redacción muy distinta- como indicación del Sr. Superintendente de Servicios Sanitarios de la época, y del Senador Errázuriz (distintamente). Se indicó que era positiva la participación de terceros en este mercado, fomentando la competencia por la entrega y provisión de agua a los usuarios, evitando

⁸⁹ Historia de la Ley N° 19549. CHILE. Modifica el régimen jurídico aplicable al sector de los Servicios Sanitarios. Ministerio de Obras Públicas, febrero de 1998. p.695

limitar tal servicio sólo a las empresas prestadoras, entregando así una mayor gama de posibilidades a los usuarios.

La proposición concreta era que “terceros puedan suscribir contratos de provisión de aguas con usuarios del sistema, utilizando las redes de empresas prestadoras, haciendo presente que estos contratos serán viables en la medida que las aguas ofrecidas sean de calidad semejante”⁹⁰ a las ya gozadas por los usuarios.

A partir del modo en que el precepto está redactado, denota que la Superintendencia de Servicios Sanitarios tiene la atribución de ordenar la suscripción de contratos, lo que, como cualquier atribución, es facultativa, dependiendo caso a caso de la empresa concesionaria de la que se trate y las circunstancias en que esté trabajando.

Acorde lo anterior, cabe mencionar que la redacción primitiva que tuvo este inciso 4º del artículo 35, el cual obligaba a las concesionarias a suscribir los contratos de provisión de agua cruda con terceros.⁹¹ Sin embargo, el Ejecutivo formuló indicación a dicha composición, señalando la conveniencia de que la Superintendencia tuviese la facultad de dirimir sobre la obligatoriedad de dichos contratos, puesto que “la oferta o la existencia de agua cruda es una cosa, y la existencia de interconexiones entre el agua cruda y la red del concesionario es otra cosa; (...) de modo que hay dos precios que se trasladan, en definitiva, al usuario, que son el de la licitación y el de las interconexiones. Ahora, respecto de este último, hay que tener presente que el agua cruda más barata, no tiene por qué ser la más cercana en términos de interconexión. Por lo tanto, en la práctica no se puede garantizar la competencia”.

⁹⁰ *Ibíd.*, p.131

⁹¹ El inciso 4º del artículo 58 fue concebido en el Senado, aprobado en aquella sala y en la Cámara, y rezaba así antes de la indicación del Ejecutivo: “En caso que se vea afectada la continuidad del servicio por falta de provisión de agua cruda y exista oferta competitiva de ella por parte de terceros, las concesionarias estarán obligadas a suscribir los contratos de provisión correspondientes, previa licitación pública. Las circunstancias indicadas serán calificadas en resolución fundada de la Superintendencia de Servicios Sanitarios” **(El énfasis es nuestro).**

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Español (alfab. internacional),
Resaltar

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Español (alfab. internacional),
Resaltar

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Times New Roman,
10 pto, Español (alfab. internacional),
Resaltar

La omisión de este inciso en mencionar el tiempo o las circunstancias en que la Superintendencia puede ejercer tal atribución, puede entenderse subsanada mediante la lectura del inciso 6º del mismo artículo. A todas luces, la suscripción del contrato de garantía por fuerza mayor está reglado por dicho inciso, y ocurrirá en el evento que no exista agua cruda para tratar y proveer, a causa de algún hecho de fuerza mayor.

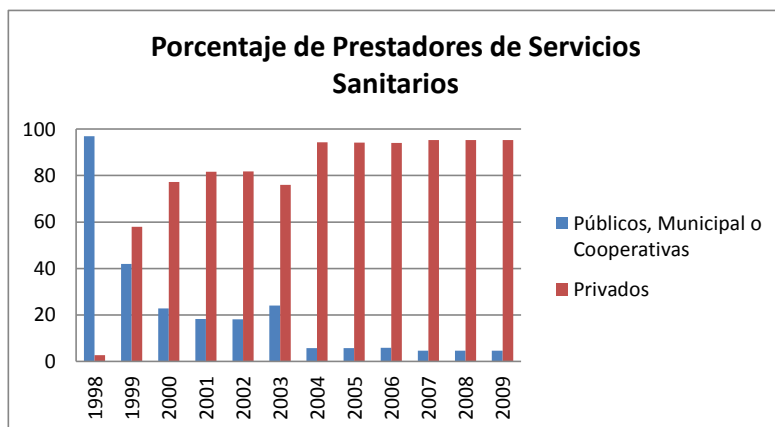
Por otra parte, la falta de continuidad del servicio que no se deba a fuerza mayor, deberá calificarse por la autoridad como una negligencia o imprevisión, de las que ciertamente deberá hacerse cargo la empresa concesionaria sin los beneficios establecidos para la fuerza mayor, de acuerdo a lo señalado en los artículos 20 y 35 ya referidos.

B. Ley 20038: “Modifica Ley General de Servicios Sanitarios, en materia de Licitación de la Provisión del Servicio Sanitario dentro del límite urbano”.

En el acápite anterior, veíamos que los objetivos que el legislador quería lograr eran básicamente tres: coherencia entre la cobertura de servicios sanitarios y las áreas urbanas, mejor focalización de los recursos estatales para implementar las políticas públicas y mayor preponderancia del Fisco en su rol fiscalizador.

Para el año 2004 habrían existido avances en esos tres temas. Como se demuestra en el gráfico N° 2 la sustitución del capital fiscal por uno privado en una gran proporción de las empresas sanitarias, permitió que el Estado efectivamente se centrara en una función más bien reguladora, así como también, le permitió enfocarse en otro tipo de necesidades sociales distintas a los servicios sanitarios.

Gráfico N°2



FUENTE: Superintendencia de Servicios Sanitarios

Sin embargo, un tipo de política social se vio impedida de ser lograda a los niveles requeridos, debido a que el primer objetivo – coherencia entre áreas- no podía aún lograrse. Nos referimos a los proyectos de viviendas sociales impulsados por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, los que se vieron estancados, impedidos de expandirse a ciertas áreas, dada la ausencia de cobertura sanitaria.

Dado lo anterior, el único objetivo que acusa tener esta ley es el de lograr “mayor grado de coherencia entre las áreas de concesión de las empresas sanitarias y las áreas de expansión de los centros urbanos”⁹². De acuerdo a lo señalado por el propio mensaje que da inicio al proyecto de esta ley, la exigencia de extender el ámbito de concesión era sólo una facultad que la Superintendencia de Servicios Sanitarios podía o no ejercer. En ese entendido, y a fin de lograr el objetivo propuesto, se pretendía que dicha exigencia fuera más bien una obligación de la Superintendencia, en la hipótesis del crecimiento de área urbana.

⁹² Historia de la Ley N° 20038. CHILE. Modifica Ley General de Servicios Sanitarios (D.F.L. M.O.P N° 382), en materia de licitación de la provisión del servicio sanitario dentro del límite urbano. Ministerio de Obras Públicas, julio de 2005. p 73.

Si recordamos lo analizado a propósito de la ley N° 19.549, el artículo 33 A que se agrega a la Ley General de Servicios Sanitarios iba a solucionar el problema de coherencia entre las áreas urbanas y las de cobertura sanitaria, mediante un llamado a licitación o bien, forzando a la concesionaria que estuviese operando en la zona más cercana al área donde existiera la “necesidad”. Pero, tal como se critica en el proyecto de la presente ley, el precepto es incompleto y débil aún para asegurar la coherencia territorial querida, y en definitiva, el acceso a servicios sanitarios para toda la población urbana. Esto, pues no se establece cuando es que existe la necesidad de ampliar un área de concesión que implique llamar a licitación o forzar su extensión; es decir, la Superintendencia de Servicios Sanitarios tiene facultades discrecionales para decidir cuándo aplicar o no el artículo 33 A incisos primero y segundo.

Aún cuando la Superintendencia ejerza dicha facultad, puede ocurrir que el llamado a licitación quede desierto, dado que nadie lo responda, o bien, puede encontrarse con la oposición de la empresa forzada a ampliarse, fundándose en la ausencia de factibilidad técnica, administrativa o financiera para hacerlo. Por lo tanto, resumiendo el panorama del sector sanitario de la fecha, en cuanto a la cobertura de accesos, es posible concluir que quien finalmente decidía qué sectores urbanos tendrían conexiones a agua potable y alcantarillado, era, primero, la Superintendencia de Servicios Sanitarios y las empresas concesionarias, en segunda instancia.

Eso generó la conformación de “islas” territoriales. Es decir, franjas de terreno, ya sean urbanos o de extensión urbana, según la clasificación que le diera el Plan regulador comunal, que se ubicaban colindantes a zonas de concesión sanitaria mas no contaban con su servicio, por diferentes razones. Este escenario implicaba que, en lugares que se separaban por pocos metros de distancia, uno de ellos podía contar con conexión sanitaria y el otro no. Según los datos entregados en el mensaje del proyecto, esta situación se daba más que nada en la periferia, aunque también había casos en que ocurría en los centros de las áreas urbanas en regiones distintas a la metropolitana, casos en que se daba la trágica contradicción de que zonas desconectadas quedaban rodeadas de lugares provistos de servicios sanitarios.

Esta situación de incoherencia descrita gatilló otro problema en un ámbito distinto, aunque relacionado a la conexión de los servicios sanitarios, y que persistió a pesar de los aportes hechos por la ley N° 19.549. Nos referimos al desarrollo de proyectos inmobiliarios. La diferencia con la inquietud presentada por la ya revisada ley, es que aquella se refería al crecimiento de proyectos de urbanización en general, mientras que la inquietud presentada en la ley en comento, dice relación con el desarrollo de viviendas sociales, llevada a cabo por el MINVU, los que formaban parte de los planes y programas a realizar por dicha cartera.

En efecto, el desarrollo de políticas habitacionales – compromiso político y social de todo gobierno- se veía paralizado por la ausencia de factibilidad y consecuente conexión a agua potable y alcantarillado de las viviendas a construir; existía el terreno pero no el agua. Inclusive, para llevarlas a cabo, el Ministerio de Vivienda se coordinaba con la Municipalidad, la cual cambiaba el uso de suelo de rural a urbano, medida que finalmente era sólo “de papel”, pues no existía posibilidad de conectar el proyecto de viviendas sociales con el servicio sanitario prestado por empresa concesionaria alguna.

En la práctica ocurría que los programas de viviendas estaban listos: las Municipalidades daban los permisos de obra, el MINVU coordinaba y daba el dinero de los subsidios pero finalmente, resultaba que la conexión, por vivienda, tenía un costo en dinero mayor al del propio subsidio.

Estas tratativas tenían un costo más elevado porque se alejaban de los procedimientos contemplados en la ley en los artículos 12 A y B, y en el citado artículo 33 A de la Ley General de Servicios Sanitarios. Para poder acceder a agua potable y alcantarillado, el MINVU (a través del Servicio de Vivienda y Urbanismo, en adelante, SERVIU) debía negociar con alguna empresa sanitaria cuya concesión estuviese próxima al terreno que se pretendía urbanizar, para que ésta, con posterioridad a la negociación y de acuerdo a lo estipulado en el artículo 22 del mismo cuerpo legal, solicitara su ampliación a la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Este escenario no sólo ocurría con el MINVU, sino también con empresas inmobiliarias o privados que decidían lotear sus predios. En el fondo, lo que ocurría y veladamente se denunciaba en la discusión de este proyecto de ley, es que eran las empresas sanitarias quienes tenían el poder de decidir si arrastrar (o no) la extensión urbana hacia un lugar en particular, mediante el otorgamiento del correspondiente certificado de factibilidad, atendiendo a si el proyecto que se les ofrecía les convenía, y el precio a cobrar por cada conexión. Si el presupuesto para desarrollar las viviendas sociales no alcanzaba para conectarlas a servicios sanitarios, simplemente no se podía construir.

Así las cosas, las empresas concesionarias tienen la facultad de no extenderse porque la mayoría se componía con capitales privados sin tener obligación de atender las zonas urbanas fuera de su territorio operacional, lo que es más grave cuando no tiene más competencia de mercado que confrontar, y además porque nunca considerarán rentable operar si no cuentan con una cantidad suficiente de clientes. Por su parte, las facultades que (hasta el día de hoy) tiene la Superintendencia de Servicios Sanitarios son bastante discrecionales, y por más que hubiese tenido toda la voluntad de ejercerla, podría haberse encontrado con una oposición, desestimando los proyectos habitacionales.

Es más: la evaluación de la Superintendencia sobre si llamar o no a licitación por existir la necesidad de asegurar la provisión del servicio sanitario, se hacía sin el MINVU, pese a que comprende la revisión de aspectos técnicos y de políticas urbanas. Cuando existía la necesidad social, la Superintendencia sólo tenía la facultad de llamar a licitación o extender forzosamente la concesión. A veces, dicha necesidad estaba representada, en la práctica, por el MINVU o por la comunidad que carece de servicios sanitarios, pero no existía en la ley un responsable en establecer dicha necesidad y representarla. Si la licitación fracasaba, la Superintendencia de Servicios Sanitarios podía forzar la extensión, pero si la Empresa Concesionaria no estaba dispuesta, entonces, no existía factibilidad sanitaria y en consecuencia, la zona no podía ser objeto de desarrollo urbano.

Si repasamos lo visto respecto de la concepción de la ley 19.549, la norma establecida en el artículo 12 A se redactó en dicha forma intencionalmente, puesto que los parlamentarios expresamente se mostraron a favor de que ~~sea fuera~~ una facultad discrecional de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, el ponderar los motivos y efectividad de expansión del área de concesión sanitaria, no siendo su obligación considerar los planes del Ministerio de Vivienda y Urbanismo o los planos reguladores de las Municipalidades.

En atención al panorama expuesto anteriormente, se legisló con la idea de “conceder al Ministerio de Vivienda y Urbanismo la facultad de intervenir o dirigir la extensión de la cobertura de servicios sanitarios públicos y así favorecer el desarrollo de sus políticas, planes y programas de urbanización”⁹³, asegurando el acceso a agua potable y alcantarillado que necesitarían las poblaciones a construirse.

En términos simples, y como lo concibió el Jefe de la División de Política Habitacional del MINVU, se trata de “transformar una facultad que tiene la Superintendencia de Servicios Sanitarios, a efectos de que pueda ser forzada en virtud del requerimiento del Ministerio, sin alterar en nada el actual marco regulatorio”⁹⁴, al hacer el llamado a licitación pública para la provisión de servicios sanitarios en los terrenos adquiridos para desarrollar programas de vivienda, que estén urbanizados, y por ende, habilitados para ser ocupados, sin que se diera la paradoja antes descrita, de que el acceso al agua cueste lo mismo que el terreno que surtirá.

Así también, se indicó y discutió que dicho requerimiento también pudiese ser incoado por cada Municipalidad o por los particulares interesados en urbanizar tierras de su propiedad, ya que en la práctica, muchas veces son un conjunto de privados quienes presentan los proyectos al MINVU a través de fondos concursables. Sin embargo, esa modalidad fue desechada pues no concuerda con el objeto final del proyecto de modificación, determinándose que en verdad, el organismo que fija las

⁹³ Historia de la Ley N° 20038. CHILE. Modifica Ley General de Servicios Sanitarios (D.F.L M.O.P N° 382), en materia de licitación de la provisión del servicio sanitario dentro del límite urbano. Ministerio de Obras Públicas, julio de 2005. p. 8.

⁹⁴ *Ibíd.*, pag 11.

políticas habitacionales y urbanísticas es el MINVU, por lo tanto es quien debe tener la facultad en forma exclusiva.

Por otro lado, y a nuestro juicio, el espíritu de esta ley era proveer de facilidades de acceso a servicios sanitarios a los proyectos promovidos por el MINVU, toda vez que favorecerían a las familias más desprovistas de recursos. En ese sentido, constructoras y agrupaciones de propietarios con los medios para hacerlo, podrán proveerse personalmente, sin asistencia de recursos fiscales, de los servicios sanitarios para instalar en sus viviendas.

Adicionalmente se ideó que, en casos de que nadie se presentara a la licitación y ~~sea fuera~~ imposible realizar la ampliación forzada que señala desde antes el artículo 33 A de la Ley General de Servicios Sanitarios, sería “admisible el establecimiento de un servicio en condiciones especiales”, que quedaría a cargo de un concesionario sanitario que deberá cumplir con las exigencias de un sistema público. Las “condiciones especiales” propuestas tuvieron diferentes formas, partiendo de estímulos como subsidios estatales, pasando por aportes de terceros, hasta programas tarifarios controlados directamente por la Superintendencia durante el período de dos años. Si debe quedar claro, que lo anterior no puede significar una merma en la calidad del servicio ni menos del agua.

Como veremos, esta idea de beneficiar de alguna manera a la Empresa prestadora en estos casos, se concretó sin el nombre específico de “condición especial” sino como los “aportes de terceros” que la Superintendencia de Servicios Sanitarios podrá considerar consignar en las bases del respectivo llamado a licitación.

La ley 20.038 consistió en la transformación del artículo 33 A de la Ley General de Servicios Sanitarios; inicialmente, agregando una última frase al inciso primero, en la que se establece la obligación de la Superintendencia de llamar a licitación cada vez que así lo requiera el MINVU.

Aquél llamado obligatorio a licitación, a requerimiento del MINVU, debe cumplir con dos requisitos: que se haga para poder cumplir con las políticas, planes y programas

de ese Ministerio, y que se motive en la necesidad de surtir viviendas sociales o subsidiadas, de hasta 750 UF.

En la redacción de este nuevo precepto, se tuvo en consideración que la razón que debía dar el MINVU para forzar el llamado a licitación, tenía que ver con un asunto tan amplio como las “políticas, planes y programas del Ministerio de Vivienda y Urbanismo”. Primitivamente, se había escogido la frase “relativos a viviendas sociales o subsidiadas”, lo que a juicio del Parlamento, podría provocar problemas posteriores en su interpretación exegética. Por eso se prefirió una fórmula más general y abstracta como la publicada.

Fue también motivo de debate el tipo y monto de las viviendas establecido para forzar el llamado a licitación. Se señaló la necesidad de que el procedimiento de ampliación de cobertura sanitaria se hiciera no sólo a favor de las viviendas sociales, que en general tienen un valor máximo de 400 U.F., sino también a favor de las subsidiadas de hasta un monto de 750 U.F., pues las viviendas por montos mayores corresponden a proyectos de empresas privadas y no propiamente del MINVU.

En ambos casos, se pensó dejar este requisito lo más abierto posible, pues “el objetivo del proyecto (de ley) es dotar de servicio sanitario a áreas urbanas no consideradas en las áreas de concesión y no dotar a determinados proyectos de servicios sanitario”⁹⁵. Es decir, la ley no viene a plantear una nueva política habitacional, con requisitos y beneficios, sino que hay que mantener el foco en el propósito de la misma: la coherencia entre áreas urbanas y áreas de concesión sanitaria.

En cuanto a las agregaciones hechas al artículo 33 A, consistentes en los incisos quinto y sexto, nos referiremos a ellos en el acápite siguiente, correspondiente a los Aportes Financieros Reembolsables.

⁹⁵ Historia de la Ley N° 20038. CHILE. Modifica Ley General de Servicios Sanitarios (D.F.L. M.O.P N° 382), en materia de licitación de la provisión del servicio sanitario dentro del límite urbano. Ministerio de Obras Públicas, julio de 2005. p 73.

Atendido el proyecto de ley y el texto final publicado, es dable concluir que nuestro legislador tiene conciencia que el crecimiento de los asentamientos urbanos de nuestro país es en un orden centrífugo, moviéndose hacia la periferia, a terrenos que en general están apartados, que nunca han sido ocupados, que están sin urbanizar y sin las condiciones salubres para habitarse pero que en contrapartida, son de un menor costo. En el entendido de la legislatura, sería un despropósito instalarlos dentro de los radios urbanos ya existentes, puesto que densificarían las ciudades, y elevarían los costos de las viviendas, de manera que no podrían favorecer a la población más desposeída.

Son en esos lugares donde históricamente, y en todas las ciudades de nuestro país, se han establecido las personas de menores recursos, realidad que se plasma en el requerimiento que hace la cartera encargada de la vivienda y urbanización, a fin que las viviendas más económicas, ubicadas probablemente en sectores urbanos periféricos, tengan acceso a servicios sanitarios.

C. Ley Nº 20251: “Establece un procedimiento simplificado para los permisos de edificación de viviendas sociales”.

A nuestro juicio, el gran aporte de esta ley es la modificación del antiguo artículo Nº 166 de la Ley de Vivienda y Urbanismo, por otro de tenor absolutamente diferente. Establece los mínimos requisitos técnicos y legales con los que deben cumplir las viviendas económicas ya definidas en el acápite anterior, dando a entender que son menos de las que debe cumplir otro tipo de vivienda⁹⁶.

A pesar de la reducción de exigencias para esta clase de habitación, se mantiene intacta la obligación de los urbanizadores de cumplir con las normas técnicas relativas al agua potable y alcantarillado, concluyéndose por tanto, la obligación de contar con estos servicios.

⁹⁶ Tal conclusión se desprende de la redacción “...**sólo** les serán aplicables las disposiciones de los planes reguladores y las normas técnicas que se indican a continuación”. (énfasis agregado)

3.3 MECANISMO DE ACCESO Y FINANCIAMIENTO AL AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO EN ÁREAS URBANAS.

Hasta el momento hemos revisado la legislación sanitaria que nos demuestra la intención legislativa de que ninguna área urbana quede sin poder acceder a la red de agua potable y alcantarillado.

Sin embargo, resulta igualmente importante entender los mecanismos o maneras en que dicho objetivo se logra, es decir, cómo es que en la práctica una empresa concesionaria de servicios sanitarios logra llegar a las distintas áreas urbanas luego de obtener la concesión (o haber sido obligado a tenerla). En realidad, la pregunta específica es cómo se financia para poder cumplir con la obligatoriedad de servicio que la ley, mediante el artículo 33 ya comentado, le impone.

Básicamente encontramos dos mecanismos: Mediante los aportes financieros reembolsables que se le hacen al prestador, o sin ellos. A continuación se detallará cada uno de los métodos.

3.3.1 Los Aportes Financieros Reembolsables (A.F.R)

Los Aportes Financieros Reembolsables “son cantidades determinadas de dinero u obras que los prestadores de servicios públicos sanitarios pueden exigir a quienes soliciten ser incorporados como clientes, o bien, soliciten una ampliación del servicio, y que tienen por objeto solventar infraestructura que legalmente incumbe soportar al prestador”⁹⁷.

El objetivo es propender a cumplir con una mayor demanda de los usuarios, a través de un tipo de financiamiento que será otorgado por el peticionario o interesado en la

⁹⁷Superintendencia de Servicios Sanitarios. «Manual de Aportes Financieros Reembolsables.» 2005. http://www.siss.cl/articles-3870_recurso_1.pdf (último acceso: Julio de 2010).

ampliación del servicio, pero que posteriormente le será reembolsado – de distintas maneras, según se pacte- por el concesionario.

Esta forma alternativa de financiamiento está contemplada en el Título II del D.F.L M.O.P N° 70 (en adelante, la ley) desde su publicación en el año 1988, y fue modificado por la ya comentada ley N° 19.549. Corresponde a una facultad privativa del prestador de servicios sanitarios que le permite cumplir con su obligación legal y social de propender a acceder a los mismos y al mismo tiempo, obtener de manera rápida y directa la infraestructura para lograrlo. Procede a favor de un tipo de petionario: los que solicitan ampliación de los servicios, dentro del territorio operacional en el que obligatoriamente debe operar la empresa sanitaria, según los términos del decreto de concesión.

Los Aportes Financieros Reembolsables se caracterizan por ser una forma de financiamiento flexible. En primer término, son retractables, toda vez que se rigen igualmente por las normas de derecho común, en especial para este caso, por las del Código de Comercio; por lo tanto, no estando aceptada la oferta hecha por el prestador al interesado en la ampliación de servicio, aquél tiene todo el derecho a retractarse y encontrar otra manera de costear las obras.

Además de ello, el aportante tiene el derecho de elegir la forma de recibir el reembolso de parte del prestador, quien le debe dar a elegir por lo menos entre dos. Las alternativas de reembolso están mencionadas en el artículo 18 del D.F.L. M.O.P N° 70, entre el que destacamos el señalado en su inciso segundo: “cualquier otro mecanismo que acuerden las partes”, constituyendo a nuestro juicio, otra prueba de la flexibilidad de este sistema.

Adicionalmente, la ley estipula que cualquier devolución distinta al dinero, necesariamente deberán constar en títulos endosables (artículo 18, inciso 3° del D.F.L. M.O.P N° 70). En todos los casos, menos cuando la devolución sea en acciones, el plazo máximo de reembolso es de 15 años.

La ley señala en su artículo N° 22, dos tipos de Aportes Financieros Reembolsables: por capacidad y por extensión.

Los primeros tienen por objeto “solventar la expansión de la infraestructura existente⁹⁸ del prestador, para prestar el servicio solicitado, no estando asociado a obras ni a plan de desarrollo específico”⁹⁹. El monto de los mismos no debe exceder el costo promedio de la inversión de aumento de capacidad.

Como su nombre lo dice, la inversión contemplada en estos casos es para aumentar la capacidad del servicio que actualmente está funcionando; no es llegar hasta más lejos, sino llevar más.

Los Aportes Financieros Reembolsables por Extensión son los que pretenden “solventar la extensión de las redes desde el punto de conexión del interesado hasta las instalaciones existentes”¹⁰⁰.

Para que las obras del proyecto de extensión sea reembolsable, debe cumplir con dos requisitos: el primero, que las exigencias técnicas de dicho proyecto tengan como límite máximo, el mismo programa de desarrollo aprobado por la Superintendencia de Servicios Sanitarios en su decreto de concesión. En segundo lugar, la obras que se proyectan no deben ser exclusivas para el peticionario; por el contrario, deben ser capaces de servir a otros proyectos, sea que estos ya existan o no.

De lo que veíamos, en ambos tipos de Aportes Financieros Reembolsables se deben cumplir con ciertos requisitos, que si se dan, ponen al prestador en la obligación de otorgar el servicio, de lo cual se pronunciará emitiendo el correspondiente Certificado de Factibilidad. Dicho documento deberá ser solicitado por el interesado, quien además pedirá que se financie con aportes reembolsables.

⁹⁸ El énfasis es personal ([menciona esto al final de la próxima cita](#))

⁹⁹ Superintendencia de Servicios Sanitarios. «Manual de Aportes Financieros Reembolsables.» 2005. http://www.siss.cl/articles-3870_recurso_1.pdf (último acceso: Julio de 2010).

¹⁰⁰ *Ibídem*

Si la empresa sanitaria certifica la factibilidad del proyecto, significa también que está afecto a los Aportes Financieros Reembolsables, cuestión que deberá señalar en forma explícita.

Emitida la certificación de factibilidad, el interesado deberá presentar el proyecto al prestador del servicio sanitario correspondiente, quien deberá aprobarlo y calificar la necesidad de Aportes Financieros Reembolsables por capacidad y/o por extensión, además de presentar un borrador del convenio entre ambas partes. Sobre dicha calificación y sobre otra cualquier oposición podrá manifestarse el peticionario de acuerdo al procedimiento establecido para ello.¹⁰¹

Superadas estas etapas, las partes deberán suscribir un contrato de carácter dirigido, tanto por el D.F.L. M.O.P N° 70, como por el Decreto N°453 MINECON de 1989.

Ahora bien; es innegable que desde un punto de vista, los Aportes Financieros Reembolsables son una poderosa herramienta financiera, que en efecto funciona para asegurar el acceso a servicios sanitarios de aquella parte de la población que se emplazará en el territorio operacional no ocupado. Es un mecanismo idóneo para solucionar la primera y gran traba de los prestadores, cual es, obtener el financiamiento monetario para extenderse, el cual se convierte en capital de la empresa y que por lo tanto, debe rentar.

Sin embargo, no se nos debe escapar un detalle: al ser reembolsables, es preciso que, como decíamos, el concesionario rente con la inversión a objeto de obtener el dinero de alguna parte. Es por ello, que la ley establece que en estos casos, la tarifa a ser cobrada al usuario que goce de las nuevas obras construidas, debe rentarle de tal manera al prestador, que le sea factible pagar el aporte en el plazo estipulado.

¹⁰¹ Véase el Manual de Aportes Financieros Reembolsables de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, pág 15 y el Título III del Decreto N° 453 del Ministerio de Economía, Enero 1990.

Es decir, quienes finalmente pagan los aportes para capacidad y/o extensión, son los propios usuarios¹⁰². Por lo tanto, es dable concluir que los Aportes Financieros Reembolsables pueden ser un mecanismo financiero que permita lograr nuevas conexiones a las redes sanitarias para asegurar el acceso de las personas que lo requieran, en una primera instancia.

Sin embargo, mirándolo desde una segunda fase, una vez iniciado el proceso de reembolso, concluimos que son la manera en que la ley propende a que los prestadores cumplan con el principio de obligatoriedad del servicio establecido en el artículo 33 de la Ley General de Servicios Sanitarios, significando, en el fondo, una ayuda hacia las empresas concesionarias de servicios sanitarios, para poder ellas, llegar a la población que los requiera y ocupe.

3.3.2 ¿Qué pasa si no hay Aportes Financieros Reembolsables?

Cómo veíamos, los Aportes Financieros Reembolsables no son el mecanismo de financiamiento obligatorio que tienen las empresas concesionarias de servicios sanitarios para propender al crecimiento de las conexiones sanitarias en nuestro país. Los aportes se enmarcan dentro de un contexto, en el que se requiere de ciertos requisitos para que nazca la obligación de las prestadoras de devolver los dineros.

Ahora bien ¿qué pasa cuando no se da la hipótesis de conexión obligatoria? ¿Qué pasa cuando no se cumplen dichos requisitos? La respuesta más obvia en este caso es que, cuando no existe posibilidad de que los fondos sean reembolsados por los concesionarios, entonces estos deben ser aportados por un tercero, sin la posibilidad de que le sean devueltos, y en consecuencia, sin que sean considerados por la empresa como inversión, la cual pudiesen hacer rentar incorporándola al cálculo de tarifas a cobrar a los usuarios.

Nos referimos a los Aportes de Terceros o Aportes No Reembolsables. Es la solución contemplada por la Ley General de Servicios Sanitarios para financiar el

¹⁰² Entiéndase los nuevos usuarios, y no los antiguos, para que no se produzcan subsidios cruzados.

acceso a servicios sanitarios en los casos que las obras sanitarias requieran una gran inversión inicial que las empresas concesionarias no estén en condiciones de asumir, lo que al mismo tiempo, permite que las tarifas no se incrementen en demasía, como ocurre generalmente en los sectores aledaños a las áreas de cobertura en funciones.

El primer ejemplo sobre aportes de terceros es el introducido por la Ley N° 20.038. Como señalábamos, este cuerpo legal pretende arrebatarse a la Superintendencia de Servicios Sanitarios la exclusividad para hacer los llamados a licitación, obligándolo a hacerlo cuando así se lo solicite el MINVU.

El caso concreto es aquél en que dicho Ministerio pretende llevar a cabo la construcción de viviendas sociales, de un precio hasta las 750 UF, en un área de extensión urbana según el plan regulador comunal, pero fuera del territorio operacional del concesionario cuyas obras son requeridas a efectos de emplazar el proyecto de vivienda.

En el particular, de acuerdo al artículo 33 A del D.F.L. N° 382, la Superintendencia de Servicios Sanitarios no sólo debe llamar obligadamente a licitación pública para adjudicarse la concesión sanitaria, sino que además, podrá establecer en las bases de la misma, que ciertas obras, podrán ser consideradas como “aportes de terceros o no reembolsables”.

Esto quiere decir que la Superintendencia tiene dos tipos de facultades: la de señalar, a arbitrio propio, si el financiamiento de los trabajos serán o no reembolsados al/los interesados en la obra y por otra parte, establecer, en el caso que se determine su devolución, si ésta será respecto de las obras de capacidad y extensión, o sólo respecto de una de ellas.

En una primera redacción del proyecto de esta ley, la idea de los aportes de terceros, como tal, no estaba incluida. En su lugar, se había considerado la existencia de un solo llamado a licitación, que si fracasaba y además era imposible la ampliación forzada (de acuerdo al artículo 33 A inciso 2°), podría establecerse condiciones

especiales de servicio para la concesionaria que estuviese dispuesta a prestarlo, siempre que cumpliera con las exigencias del sistema público y bajo la directa supervisión de la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Sin embargo, y en atención a la idea de la bancada de la Unión Demócrata Independiente, se consideró que las condiciones especiales a ofertarles a las empresas sanitarias, ~~sean fueran~~ mejores obras de capacidad o extensión, traducidos en aportes hechos por privados¹⁰³, en vez de lo planteado primitivamente por el Ejecutivo en su mensaje.

Además, se debió tomar en cuenta la prevención de la Asociación Nacional de Empresas Sanitarias (ANDES), que advertía del carácter “vago” de la fijación de condiciones especiales, además de la posibilidad que se generaren costos y sobrecostos mayores a los que corresponderían.

La opción de los aportes de terceros favorece a cualquier tipo de urbanizador que, entusiasmado con un proyecto inmobiliario, decida hacer algún tipo de aporte a la empresa sanitaria adyacente al lugar donde construirá para que urbanice el sector. Con ello, se intentó aminorar los costos iniciales de extensión y al mismo tiempo, que a los usuarios se les mantenga el precio de las tarifas, pues la empresa sanitaria no puede considerarlos dentro de su capital ni en sus costos de capital para dichos efectos. El ejemplo más tradicional, a juicio del mensaje que crea la ley 20.038, es “cuando se realiza una urbanización y se entregan a la empresa sanitaria los tubos o cañerías”.

En este caso particular, se tomó en cuenta lo que pasa en la realidad, referido a los Comités de Vivienda. Se trata de agrupaciones de personas que se organizan para presentar proyectos habitacionales ante el SERVIU para su provecho, en los que se propone la forma de financiamiento, etapas del mismo, ~~étc.etc.~~ Cuentan con un monto

¹⁰³ Hay que aclarar, que a pesar de ser una idea de la UDI, esta bancada igualmente no estaba de acuerdo con los aportes de terceros porque no rentaban. Ellos estaban más llanos a que siempre se hiciera el llamado a licitación, por considerarlo más transparente.

inicial de dinero, el cual, de acuerdo a la asesoría que les preste el SERVIU, debe o no incrementarse según sus propios requerimientos. De entre los ítems a costear por estos Comités, están los aportes a las empresas sanitarias, a objeto que se viabilicen las licitaciones anheladas y que finalmente, no se les cobre una tarifa excesiva.

Los aportes de terceros contemplados para los efectos de encontrar cobertura sanitaria a proyectos del MINVU de hasta 750 U.F. por vivienda, estarán en las bases de la licitación que llame la Superintendencia de Servicios Sanitarios. En relación a este tema, cabe hacer referencia que aquello es una facultad de la Superintendencia, por lo que no tiene la obligación de incluirlo cada vez. Por otro lado, si la ejerce, puede hacerlo en ambos llamados y no sólo en el segundo si es que fracasa el primero, como se había pensado originalmente, pues a juicio del Parlamento, “ello pudo generar un incentivo perverso que puede llevar a que nunca existan oferentes en la primera licitación”.

Nosotros estamos de acuerdo con dicho raciocinio, pues de ocurrir lo anterior provocaría un exceso innecesario en la tramitación de los proyectos habitacionales, enfocados a la parte de la población más desfavorecida económicamente, y que dedica un gran esfuerzo en juntar capital para obtener una vivienda. Por lo demás, sería engañoso creer que cualquier empresario tomaría inmediatamente la primera alternativa que se le dé, sabiendo que existirá una segunda mucho más favorable.

Finalmente, hacemos presente que una segunda discrecionalidad de la Superintendencia de Servicios Sanitarios en este tema, es la de establecer qué tipo de obras serán las que podrán ser aportadas por terceros, toda vez que la ley, al referirse a “determinadas obras”, no discrimina si son por extensión o por capacidad, lo que nos hace concluir que esa decisión queda a criterio de la entidad fiscalizadora.

Un segundo ejemplo de aportes de terceros, son los introducidos por la ley N° 20.307, en particular, en el artículo 33 inciso segundo y mediante la agregación del artículo 33 C.

En el primer caso, dicho precepto determina, ipso iure, que las obras requeridas para la conexión sanitaria de viviendas sociales de un valor menor a 750 UF, construidas dentro del territorio operacional de algún concesionario, no serán financiadas mediante el sistema de Aportes Financieros Reembolsables ya descrito. La pregunta es, entonces, quién y cómo se financiará.

Debemos tener en cuenta, que de acuerdo a como se consigna en la historia de esta ley en comento, las ampliaciones de servicios sanitarios financiadas mediante aportes reembolsables presentaban principalmente dos problemas, luego de terminado el proyecto: el aumento de tarifas a los usuarios, mal necesario para que la prestadora sanitaria pudiese rentabilizar el préstamo y devolverlo, y que finalmente, el acreedor a quién se le devolvían los aportes, no recuperaba todo el dinero invertido.

Por lo tanto, la respuesta que este cuerpo legal da es que, dentro del territorio operacional, serán las empresas sanitarias, ya sea licitadas o forzadas a prestar el servicio sanitario, quienes deberán financiar las obras necesarias para abarcar la ampliación a nuevos proyectos inmobiliarios.

Aquella carga se funda, principalmente, en que tienen obligación de prestar servicio en el territorio operacional en el que se les otorga la concesión, y en definitiva, su extensión debiera ser parte del programa de desarrollo con el que se presentan para adjudicárselo.

Así las cosas, su extensión sin los Aportes Financieros Reembolsables provoca la disminución en los costos de construcción de viviendas sociales, ya que a diferencia de lo que ocurría, el monto de subsidio dado por el Fisco o por los comités de vivienda no se destinarán a financiar las obras sanitarias, sino que se dedicarán al resto de los gastos asociados, asegurando de ese modo, casa y agua, y no sólo la casa, como ocurría con anterioridad a la publicación de esta ley.

Evidentemente, esta decisión legislativa trajo reclamos y opiniones disidentes, atendidas las consecuencias negativas que la supresión de los Aportes Financieros Reembolsables genera.

En primer término, citamos lo señalado por el representante de ANDESS¹⁰⁴, opinión que compartimos, en cuanto a la arbitrariedad que resulta delegar toda la carga económica de expansión en las empresas sanitarias: “La legislación por razones justificadas puede imponer cargas a determinada actividad económica pero al mismo tiempo tiene que proveer el mecanismo para compensar adecuadamente los mayores costos y externalidades de esta nueva carga. Esto es un principio jurídico universal y no respetarlo afecta el Estado de Derecho”¹⁰⁵.

En segundo lugar existe un problema de endeudamiento. Aquél pudiese no constituir mayor escollo para las grandes empresas, pero sí lo es para las pequeñas. Su poca capacidad de endeudamiento, genera una menor intervención en el mercado sanitario, lo que a su vez provoca su menor competitividad en el sector, imponiéndose, entonces, un monopolio de facto.

Otro problema que se generaría en cuanto a la ubicación de los proyectos inmobiliarios. A fin de abaratar costos, a las empresas constructoras les será siempre más conveniente emplazar las viviendas en los terrenos de menos valor, que por lo general, coinciden con los más alejados a los centros urbanos. De acuerdo a dicha elección, las obras de extensión de la sanitaria serían mucho más altas y sólo traerían beneficios para las inmobiliarias. En cambio, si la extensión de servicios sanitarios se financiara mediante Aportes Financieros Reembolsables, la decisión de lejanía (y por lo tanto, de costos, pues mientras más lejos, más caras resultan las obras) sería motivo de estudio tanto para la inmobiliaria como para la sanitaria.

Además de lo anterior, debemos tomar en cuenta otro tipo de perjuicios que traería incentivar el desarrollo urbano en zonas alejadas de la ciudad, como lo son los accesos, la empleabilidad, el transporte, servicios de salud, eétc., que sin lugar son

¹⁰⁴ Asociación Nacional de Empresas de Servicios Sanitarios.

¹⁰⁵ PICKERING, Guillermo. En: Historia de la Ley N° 20307. CHILE. Modifica la Ley General de Servicios Sanitarios para eximir a las viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, del costo de conexión a la red de agua potable y alcantarillado. Ministerio de Obras Públicas, diciembre de 2008. p. 49

externalidades a tomar en consideración para la calidad de vida de las personas. No olvidemos que la pobreza hoy en día no sólo es mensurable desde un punto de vista material, sino también tomando en cuenta rasgos sociales, humanos y datos cualitativos de las personas.

Atendido al problema recién descrito, opinamos que los únicos Aportes Financieros Reembolsables que se debieran mantener son los por extensión, a efecto de que los urbanizadores internalicen los costos de la ubicación del proyecto. De lo contrario, en orden de costear las obras de extensión de servicios, la prestadora tendría que aumentar las tarifas, produciéndose en definitiva, el subsidio cruzado desde los usuarios antiguos a los nuevos, sin distinción de la capacidad que unos u otros puedan tener, lo que a todas luces no es sano para el mercado.

Finalmente, se acusa un peligro en la poca demanda que el proyecto inmobiliario pudiese tener, y en consecuencia, la poca cantidad de usuarios que en definitiva tenga la empresa sanitaria, en comparación a la inversión hecha en las obras de ampliación. Varios sectores adujeron que ese riesgo debía asumirlo el urbanista, y que se aminoraría si es que lo hiciera en el lugar y de la forma óptima, de manera de darle rentabilidad al proyecto. Sin embargo nosotros discrepamos en esta idea, pues el inciso segundo del artículo 33 de la Ley General de Servicios Sanitarios, se refiere sólo a proyectos de viviendas sociales dirigidos por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo. ¿Querámoslo o no, estos no se embarcan (en qué?) si no existe, previamente, la demanda copada. Es decir, los proyectos corresponden a beneficios al que las personas postulan, por lo tanto, lo que en estos casos falta no es demanda, sino por lo contrario, es oferta.

El otro caso incorporado por la ley N° 20.307 es el contemplado en el artículo 33 C de la Ley General de Servicios Sanitarios. A diferencia de la circunstancia anterior (introducido por la misma ley), la norma viene en asegurar la conexión de viviendas sociales emplazadas en sectores urbanos, pero que no son territorio operacional de ninguna empresa concesionaria de Servicios Sanitarios.

Esta situación fáctica impone dos opciones: en primer lugar, la aplicación del artículo 33 A, es decir, requerir a la Superintendencia de Servicios Sanitarios para que, obligadamente, llame a licitación, tal como lo explicábamos más arriba, o segundo, aplicar la posibilidad que señala el artículo en comento.

La innovación de este precepto, es el convenio que se celebraría entre el urbanizador – a saber, empresa constructora, inmobiliaria, MINVU, SERVIU, ~~éteetc.~~ – y el concesionario de servicio sanitario, del territorio operacional más cercano, que versaría en la solicitud de una nueva concesión o la ampliación de la misma, ante la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Pero lo más importante, no es ésta solicitud, toda vez que aquella puede ser tanto aceptada como denegada; de hecho, la ley se puso en el último caso. Lo trascendental es que del mérito del convenio, procede que la empresa concesionaria certifique la factibilidad de la prestación del servicio, en el territorio donde se ubicarían las viviendas sociales. Independiente si luego dicha concesionaria se adjudique o no la licitación del territorio, el certificado de factibilidad emitido por ella es oponible a cualquier otro proceso de licitación que se quiera realizar a favor de aquellas viviendas sociales.

Lo anterior no sólo permite la construcción de viviendas sociales en lugares en que no existe acceso a servicios sanitarios preexistentes, sino que además, promueve un procedimiento para que se cuente oportunamente con la factibilidad de los servicios en áreas urbanas que carecen de concesión y con ello se adelante la aprobación de los proyectos sociales.

La solicitud de factibilidad regula legalmente un proceso de negociación que siempre ha existido entre el urbanizador (entiéndase para estos casos, el SERVIU) y las empresas sanitarias concesionarias, aledañas al proyecto a desarrollar. Además, dicha negociación respecto de la factibilidad se sitúa en un paso anterior a la firma de convenios sobre ampliación de concesión sanitaria, a diferencia de lo que ocurría en el pasado, en que, sólo una vez suscrito el contrato, es decir, cerrado el negocio entra la

sanitaria y el urbanizador, aquella solicitaba ampliación de la concesión, dando factibilidad al lugar.

Derivado de esta modificación, se revierte la actitud de las empresas sanitarias que podían hacer abuso de su posición dominante, como únicas prestadoras dispuestas a dar factibilidad a los proyectos de urbanización promovida por el Estado, pudiendo negociar caso a caso.

A propósito de aquella conducta, y anterior al envío de este [proyecto de ley](#) al Congreso Nacional, se inició un controvertido juicio de parte una Constructora e Inmobiliaria Independencia en contra de la empresa de servicios sanitarios Aguas Nuevo Sur Maule S.A., causa que fue acumulada a un posterior requerimiento incoado por la Fiscalía Nacional Económica en contra de aquella empresa sanitaria y adicionalmente en contra de Aguas Andinas, ESSBIO y ESSAL¹⁰⁶.

El litigio comenzó por la acusación de “Independencia” respecto de cobros arbitrariamente discriminatorios y abusivos en la prestación de servicios sanitarios a proyectos inmobiliarios en zonas rurales de la VIIª Región. A ello se sumaría el requerimiento de la Fiscalía por abuso de posición dominante que cometerían las sanitarias requeridas, además del uso de parámetros injustificados y abusivos en el cálculo de los cobros a las inmobiliarias y constructoras que contrataban la provisión de servicios sanitarios para proyectos ubicados fuera, pero colindantes, de sus áreas de concesión.

Es decir, ambos sujetos activos daban cuenta de los convenios que debían ser suscritos entre empresas sanitarias y constructoras, y sus consecuentes tarifas y condiciones exigidas, en orden de obtener factibilidad para aumentar la extensión y capacidad de la infraestructura sanitaria hacia determinado sector externo pero contiguo a su zona concesionada en que se pretendía construir, acordando también el costo de dichas obras para la constructora interesada. A juicio de ambos actores, los

¹⁰⁶ Tribunal de Defensa de la Libre Competencia: Causa Rol C – 79- 2005, caratulada “Constructora e Inmobiliaria Independencia Ltda. en contra de Aguas Nuevo Sur Maule S.A”.

cobros no sólo eran excesivos y disparejos, sino que además se hacían en un contexto en que las sanitarias, conociendo de su posición dominante, única o monopólica en el mercado sanitario, abusaban de él para cobrar a su arbitrio. Un ejemplo de ello era el cobro denominado “factor de nuevo consumo”, porcentaje basado en el eventual desplazamiento que la antigua población usuaria de los servicios sanitario tendría hacia los nuevos emplazamientos urbanos, lo que tendría como contrapartida la disminución de consumo dentro del territorio operacional. Finalmente, lo pagado por el urbanizador no igualaba sino que supera lo que debieran invertir las sanitarias, en caso de que deba extenderse dentro del territorio operacional.

La Fiscalía Nacional Económica (en adelante F.N.E) sostenía que aquello ocurría por distintas razones. La primera, dado que en nuestro país existen muy pocas áreas no concesionadas que se encuentren cerca de dos o más concesionarias operando en territorio operacional. Como en general siempre opera sólo una, es sólo aquella la que tiene más ventajas para prestar servicio en el área contigua.

Añadido a lo anterior, la F.N.E advierte la existencia de dos barreras de entrada para cualquier empresa al mercado de servicios sanitarios: las economías de escala que existen en el territorio operacional y las que no existen en los terrenos contiguos, panorama que se agudiza dada la escasa competencia que las grandes y medianas empresas tienen. A su parecer, sólo serían las soluciones particulares y los A.P.R. servicios que no se pueden considerar como potenciales competidores dado que no tienen economía de escala, su objetivo es el autoabastecimiento y la asesoría técnica es prestada por las mismas empresas sanitarias.

En orden de subsanar este comportamiento de las empresas sanitarias, la F.N.E propuso dos reformas legales. La primera, que disponga que la Superintendencia de Servicios Sanitarios fije tarifas de interconexión obligatorias en casos de llamado a licitación en zonas fuera del territorio operacional. La segunda, que tratándose de zonas rurales, se ordene a las empresas sanitarias a establecer un marco general de condiciones de servicio, que emule un mercado competitivo.

Asimismo comparece en este juicio sobre libre competencia, la Cámara Chilena de la Construcción, entidad que además de acoplarse a las acusaciones de Constructora Independencia y de la F.N.E, indicando que las prácticas de las empresas sanitarias importan finalmente, que sean ellas las que determinen el desarrollo de las ciudades, también se dirige en contra de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, toda vez que su criterio para llamar a licitación presentaría dos cosas negativas: a) lo entiende sólo con carácter restrictivo y excepcional, por lo tanto, sólo lo realiza cuando haya una necesidad inminente de asegurar los servicios y no para otorgarlos a largo plazo; b) que el llamado obligatorio según el artículo 33 A no es eficaz, pues no establece plazos fatales para que la Superintendencia de Servicios Sanitarios ejerza dicha facultad.

Por su parte, las empresas sanitarias se defienden aludiendo, en primer lugar, que cada ampliación de concesión, cada proyecto que se tramite, se cobra caso a caso, de acuerdo a las características propias de cada cual. Por lo tanto, es imposible que exista un comportamiento uniforme para con todos los proyectos, puesto que los costos y condiciones están estrictamente asociados a la casuística.

Luego señalan que una modificación en la dirección que los anteriores actores solicitan, significaría que cada extensión de servicios se debiera internalizar a los costos de las empresas sanitarias únicamente. Esto crearía distorsiones en el mercado, ya que permitiría los urbanizadores obtener significativas ganancias a costa de las obligaciones de precio y servicio asumidas por las sanitarias. Además, serían los urbanizadores quienes determinarían todos los elementos centrales de los servicios: cantidad y tipo de viviendas, tipos de arranques, lo que en definitiva determina el tipo de demanda que debe entregarse, lo que llevaría a un estado de incertidumbre de mercado con el que no podrían lidiar.

Señalan que fuera de sus áreas de concesión, las empresas tienen libertad para prestar sus servicios, y en definitiva, son libres para pactar cualquier contrato de provisión con su contratante, distinto al que deben dar por ley. A su parecer, existen otras alternativas para la provisión de servicios sanitarios (A.P.R. y soluciones

particulares) y no porque su presencia no implique la existencia de competencia perfecta, quiera decir que existe abuso de su parte.

Bajo tal esquema, deben tener en cuenta dos cosas: pasar desde una capacidad de suministro a otra tiene un efecto en costos que graficado se le denomina “discreto”¹⁰⁷. En segundo lugar, deben saber calcular los cobros que harán de acuerdo a los diferentes riesgos que el proyecto a concretar pueda significar.

Un riesgo a considerar es la inversión a realizar. En general, existe una aprehensión a sobreinvertir, dado que no saben la demanda que el proyecto urbano pueda tener (puede ser menor al planteado por la constructora) y el eventual peligro a que el crecimiento de población requirente de servicios proyectado, sea menor al crecimiento vegetativo.

Otro factor a tomar en cuenta es la tasa de incobrabilidad, la cual, es calculada por cada empresa de acuerdo a sus propios términos, basada en las experiencias anteriores en proyectos de vivienda similares.

Finalmente, las empresas demuestran el riesgo que significaría desproteger el territorio operacional en pos del suministrar a la nueva área, lo cual implicaría un eventual incumplimiento a sus obligaciones legales, ya no como servicio privado sino como servicio público.

Luego de un proceso que duró aproximadamente tres años, el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia llegó a diversas conclusiones al respecto.

En primer término, estimó que las empresas sanitarias si logran imponer barreras de entrada en las áreas fuera de sus áreas de concesión, ya que, a medida que se distancian del territorio operacional, si bien aumentan los costos de las empresas, estos se ven compensados por los ahorros por economías de escala y de ámbito de

¹⁰⁷ Quiere decir que el aumento en una de sus variables influye en el aumento considerable de todas las demás a tomar en cuenta, de manera que al ser graficado presentará una forma escalonada.

las que gozan dentro del territorio operacional, situación de la que no gozan otros posibles competidores.

También, determinó que las empresas sanitarias si poseen poder de mercado respecto de los proyectos inmobiliarios realizados fuera de su área de concesión, pero principalmente en aquellos lugares colindantes a su territorio operacional, puesto que cuentan con “significativas economías de escala”, determinación que fue confirmada por la Excelentísima Corte Suprema.

Ligado a lo anterior, es posible estimar que como los costos derivados de la distancia entre el proyecto inmobiliario y la interconexión a la infraestructura de la empresa sanitaria son pagados por la empresa constructora, no debiera existir por esa causa incidencia alguna en otro tipo de cobros. Ahora bien, en cuanto a la tasa de descuento aplicada, de acuerdo con los antecedentes aportados a la causa no les resulta injustificada ni a los jueces de la primera instancia, ni a los Ministros de Casación en segunda.

En complementación a los anteriores cobros, los sentenciadores analizaron la procedencia de un cobro impuesto por algunas de las recurridas llamado “factor de nuevo consumo”. Dicho cobro se basaba en la estimación de las empresas sanitarias de que el desarrollo de nuevos proyectos inmobiliarios importaría el traslado de usuarios desde el territorio operacional a zonas fuera de él, “de modo tal que el consumo que aumenta en este nuevo proyecto, tiene como contrapartida una disminución del consumo dentro de la zona operacional”¹⁰⁸. Ese comportamiento de las sanitarias se ve complementado con una proyección de tarifas a la baja dado el aumento de consumo total previsto (la suma de los consumos de los usuarios “antiguos” más los usuarios del nuevo proyecto inmobiliario), lo que provocaría una elasticidad precio negativa. El Tribunal consideró que dichos cobros eran injustificados, puesto que en la primera elaboración de ideas, las empresas estaban imponiendo un doble cobro a las inmobiliarias: por una nueva instalación y por la migración del usuario a ella. La segunda explicación también sería improcedente, toda vez que se, como

¹⁰⁸ Tribunal de Defensa de la Libre Competencia: 2.07.2009. Sentencia N° 85/2009. P. 86

eventualmente se darán economías de escalas, “la menor tarifa futura no irrogaría pérdida alguna a la empresa (...) por lo que no tendría justificación en relación con el costo relevante de oferta de los servicios sanitarios”. La Corte Suprema ratifica este razonamiento, agregando que “El cobro injustificado es aún más evidente si se considera que el crecimiento habitacional fuera del territorio operacional obedece al aumento poblacional, por lo que ello más bien redundaría en un aumento del consumo sin que se genere una disminución del mismo dentro del territorio operacional de las empresas de servicios sanitarios”¹⁰⁹.

Sin embargo, el Tribunal estimó que los cobros por morosidad e incobrabilidad reprochados por la Fiscalía como injustificados y por ende abusivos, no pudo ser comprobado por falta de información respecto de las tasas aplicadas por las empresas requeridas; es decir, el juzgado acusa falta de prueba para pronunciarse a ese respecto lo que también es así apreciado por los jueces supremos.

Finalmente, los jueces determinaron una fórmula para juzgar la justificación de los costos efectuados a las inmobiliarias por los nuevos proyectos urbanos, cálculo que comprendería la diferencia entre lo efectivamente pagado por la demandante y la suma del valor presente del costo por “diferencia tarifaria” más el componente relevante de los costos por “servicios de ingeniería”. Si lo pagado por la Constructora es mayor a dicha diferencia, entonces la justificación de esos pagos no es otra que el abuso de posición dominante de la empresa sanitaria conclusión que también es adoptada por la Corte Suprema en su fallo de casación.

Como ya hemos visto, los descargos y observaciones hechas en este proceso judicial fueron parte de las ideas plasmadas en el origen de la ley N° 20.307.

¹⁰⁹ Corte Suprema de Chile: 18.05.2010. Causa Rol 5443-09. P.28

CAPITULO IV

4.1 PANORAMA DE ACCESO AL AGUA EN ÁREAS RURALES.

Hoy en día en nuestro país, el acceso al agua en las zonas rurales no está formalmente reglado por la legislación especial en la materia, es decir, por la Ley General de Servicios Sanitarios. Siendo precisos, dicho cuerpo legal dedica un artículo referido a las operaciones sanitarias en sectores rurales, a saber, el artículo 52 bis¹¹⁰.

Así las cosas, podemos anticipar que el acceso a agua potable en zonas rurales presenta una dicotomía en su panorama: por un lado, está la escasa legislación formal sobre el tema, que deja de manifiesto la precariedad de regulación. Pero por otro, existe una realidad, un escenario que se da en la práctica, demostrando la compleja organización y tarea de los sectores rurales en orden a obtener servicios sanitarios en sus hogares.

El referido artículo 52 bis no establece, finalmente, una regulación de los servicios sanitarios rurales. Menos le asegura el acceso a aquellos a la población de esos sectores. Lo que hace este precepto legal, es sólo permitir a las empresas sanitarias a prestar, a su arbitrio propio, los mismos servicios que puede prestar en sectores urbanos. Es decir, no establece un derecho de acceso a agua potable a la población rural, sino que otorga un derecho a las empresas para dar asesorías o para explotar servicios sanitarios, por cuenta de los interesados – siempre que mantenga las condiciones de calidad a su zona de concesión.

Desde otro punto de vista, “es una alternativa con que cuenta la comunidad del ámbito rural de obtener una atención especializada y competente en lo sanitario. El ejercicio de esta prestación (...) es susceptible de entregarse por cualquier prestador que cuente con concesión y puede hacerse con los recursos (infraestructura) propia de

¹¹⁰ Artículo 52° bis; Los prestadores podrán establecer, construir, mantener y explotar sistemas de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas en el ámbito rural, bajo la condición de no afectar o comprometer la calidad y continuidad del servicio público sanitario.

la comunidad atendida o con aquéllos que aporta el concesionario que otorga los servicios. Al ser voluntario y otorgarse bajo la condición de no afectar el servicio concesionado, lo hace precario y no resulta extraño que las empresas sanitarias dejen estipulado cláusulas de salida en caso de asomar algún compromiso que pueda afectar su concesión o las áreas que atiende bajo este título”¹¹¹.

Como contraprestación a dicho derecho -como ocurre con todos los derechos- las prestadoras están sujetas a una obligación, cuál es, como lo establece la norma, que dicho servicios, no podrán “afectar o comprometer la calidad y continuidad del servicio público sanitario”.

Con lo anterior, vemos que la obligación que debe contraer la Empresa sanitaria que preste servicios en el área rural no se refiere a un compromiso con este mismo sector, sino por el contrario, aquél derecho a prestar servicios sanitarios se contrasta con una obligación coherente con la protección del sector urbano de cuya área concesionada es titular.

Lo anterior nos hace concluir, que, en verdad, nuestra legislación nacional no contempla en absoluto un cuerpo normativo especial, que en forma específica ni detallada consagre un sistema de prestación de servicios sanitarios a sectores no urbanos.

¿Qué significa esta omisión legislativa? ¿Qué los casas o inmuebles en general, ubicados en lugares rurales, no pueden acceder a agua potable? ¿Que tener servicios sanitarios, es actuar al margen de la ley?

Nada de ello. Significa que al no tener respaldo de un texto legal expreso sobre el tema, el panorama de agua potable rural encuentra, en la práctica, dos formas destinadas a que sus habitantes se surtan de agua potable y alcantarillado, distintas a

¹¹¹ Historia de la Ley N° 20307. CHILE. Modifica la Ley General de Servicios Sanitarios para eximir a las viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, del costo de conexión a la red de agua potable y alcantarillado. Ministerio de Obras Públicas, diciembre de 2008. p.21.

la provisión de una empresa sanitaria prestadora en una concesión cercana en virtud de un contrato, de acuerdo al art. 52 bis.

El primero de ellos, es el conocido como “solución particular”, es decir, aquella manera que tiene todo propietario de un inmueble que no tenga frente a red pública, para abastecerse de agua potable y alcantarillado, generalmente tratándola tanto para su consumo como para su posterior recolección. Puesto que se trata de un sistema que responde a la ubicación del inmueble que requiere de servicios sanitarios (sin frente a red pública), los sistemas sanitarios particulares pueden instalarse tanto en sectores rurales como urbanos concesionados y no concesionados.

Un segundo sistema es el llamado “Agua Potable Rural”, en adelante “APR”. Se trata de aquellos servicios que se prestan en áreas calificadas como rurales, conforme con los respectivos instrumentos de planificación territorial (Plan Regulador), y no reúnen los requisitos de servicio público de distribución de agua potable que establece la Ley General de Servicios Sanitarios para estos efectos.

A. Sistema Particular de Servicios Sanitarios.

Como su nombre lo indica, es la obra que cada propietario de inmueble rural en forma privada, destina para provisión o purificación de agua para el consumo humano y recolección y disposición de agua servida, que no sea parte o no esté conectado a un servicio público sanitario regido por la Ley General de Servicios Sanitarios.

También se trata de aquella que construye el urbanizador de un loteo, para el conjunto habitacional que se emplazará en un loteo.

El proyecto de Ley sobre Servicios Sanitarios Rurales, la define como “aquellas que, no estando conectadas con una red de alcantarillado primario, permiten la recolección, tratamiento y vertimiento o reutilización de sus aguas residuales”¹¹².

¹¹² Proyecto de Ley sobre Servicios Sanitarios Rurales, Boletín N° 6252-09, artículo 2° letra p)

En general, se trata de inmuebles que poseen derechos de aguas, de los cuales es posible aprovecharse a través de canaletas para que las transporte hacia una noria que las almacene, en el caso de las aguas superficiales, o bien, de donde se extraigan las aguas subterráneas. Además, cada propietario las trata mediante un sistema de filtro, clorificación y fluorización antes de que ingresen a la vivienda. Asimismo, puede incorporarse un sistema de drenaje a pozos en que se trata el agua servida, para desecharla nuevamente hacia los cauces.

Estos sistemas deben ser aprobados por la autoridad sanitaria, y que se rigen fundamentalmente por el Decreto Supremo N° 50, de Obras Públicas, de 2002; el Decreto Supremo N° 735, de Salud, de 1969, y los artículos 67 y siguientes del Código Sanitario.

En el primer cuerpo legal, se explicita la obligatoriedad de todo propietario o urbanizador a solicitar factibilidad para la instalación de infraestructura para conexión a agua potable y alcantarillado, y su consecuente presentación del proyecto al prestador de servicio sanitario correspondiente al lugar en que se ubica, (en los casos de inmuebles urbanos con frente a una red pública), dando cuenta del procedimiento a seguir para lograrlo¹¹³. Hace una diferencia respecto de los sistemas particulares, toda vez que cada propietario de inmueble o interesado debe seguir el mismo procedimiento para obtener factibilidad y la presentación del proyecto no corresponde hacerla a las Empresas Sanitarias prestadoras, sino a los Servicios de Salud del lugar donde se construyan.

El Decreto N° 735 de Salud, parte por establecer que la autoridad competente para fiscalizar y aprobar cualquier servicio de agua potable, es la SEREMI de Salud; asimismo, expone la obligación de que toda obra destinada a proveer de agua para consumo humano, deberá cumplir con ciertos requisitos en cuanto a calidad de agua, filtración, cloración, almacenamiento de aguas, contenido de sustancias químicas, entre otras características. Además, señala el tipo de redes para su distribución y su

¹¹³ Se regula la construcción de las obras propicias para distribuir agua potable y recolectar aguas servidas, exigiendo la autorización y coordinación respecto de la Empresa Sanitaria operante en el sector.

necesaria desinfección. Todas las medidas, destinadas a evitar la presencia de la bacteria “*Escherichiacoli*” en su contenido.

El cumplimiento de estas normas será fiscalizado por las Secretarías Ministeriales de Salud de cada región (en adelante, Seremi), entidades que están autorizadas a sancionar de acuerdo lo establecido en el Libro X del Código Sanitario.

B. A.P.R (Agua Potable Rural).

Los “APR” son organizaciones sin fines de lucro que tienen como objetivo proveer de agua potable a zonas no urbanas, de acuerdo con el Plano Regulador, por lo tanto, no tienen el carácter de servicios públicos sanitarios.

Estos sistemas se basan y funcionan a través de organizaciones comunitarias que pueden tener bien la forma de una Cooperativa o la de un Comité. Ellos tendrán a su cargo la operación y mantención del servicio, denominada comité o cooperativa de agua potable rural, entidad con personalidad jurídica propia, cuyo fin único es administrar y operar este sistema.

Si bien el objeto principal de estas Cooperativas o Comités es la provisión de agua potable y alcantarillado a sus socios, estas organizaciones logran además la participación responsable y permanente de los habitantes beneficiados, quienes están al tanto y resuelven todos los temas pertinentes a su funcionamiento, sea relativo a su administración, operación o mantención.

Sin lugar a dudas, el rasgo comunitario y dirigido al beneficio de la comunidad, es uno de los más característicos y sorprendentes de los APR, puesto que se **des**emarca del modelo de administración empresarial o estatal que hasta el momento hemos conocido en la administración de los servicios públicos, correspondientes al área urbana. Así, este modelo de autogestión, le permite adjudicarse y emprender la modernización y mejoramiento de los servicios ofrecidos, desde una perspectiva de proyecto social más que de proyecto empresarial, debiendo superarse para competir con otras comunidades por fondos o subsidios estatales.

Como veíamos, dado que no tienen el carácter de servicios públicos, y por lo tanto, no existe obligación de que los prestadores sean Sociedades Anónimas abiertas, la organización de agua potable rural puede adoptar dos opciones de estructura legal (ambas consistentes en constituirse en persona jurídica): la de una Cooperativa o la de un Comité.

En el primer caso, la legislación que la rige es sencillamente la Ley General de Cooperativas (DFL N° 5 de Economía, ~~año de~~ 2004). La única referencia a su giro en específico (agua potable), reenvía su regulación a las leyes especiales al respecto, en todo lo relativo al abastecimiento y distribución. En definitiva, la aplicación de la ley de Cooperativas es pertinente para los APR en cuanto a su orgánica, funcionamiento administrativo y tributario, mas nada regula en lo relacionado a los derechos de agua, derechos de distribución, tarificación, mantenimiento, ~~e~~étc.

El mismo escenario se da para los Comités. Dichos grupos intermedios se rigen por la Ley de Junta de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias (ley N° 19.418), en todo lo relativo a su estructura orgánica, administrativa y tributaria. Como cualquier comité, el de agua potable rural consta de una directiva elegida por sus propios socios, es decir, cada usuario cuenta con derecho a votar y a tomar decisiones, de acuerdo a los atributos que le confiere la ley antedicha.

En su calidad de servicios particulares, su constitución y fiscalización queda entonces sometida a los respectivos Seremi y se rigen, para todos los efectos, por las normas que establece el Código Sanitario y demás reglamentos, de la misma manera como lo analizamos con los sistemas sanitarios particulares, más arriba.

Como servicios particulares, estos sistemas no se rigen por Ley de Tarifas que se aplica a los servicios públicos sanitarios, pues son las mismas entidades, entre ellas, quienes se organizan en orden a tarificar los productos que ofrecen.

Dado a la ausencia de un cuerpo legal que regule su existencia y funcionamiento como prestadoras de agua potable, las cooperativas o comités pueden prestar los diversos procesos de los servicios sanitarios en forma diferenciada, no estando obligados – como sucede en la Ley General de Servicios Sanitarios- a que la distribuidora de agua sea también la que recolecta. En la práctica, el A.P.R de cada zona cumple con las cuatro operaciones relativas a la provisión de agua potable.¹¹⁴

Por lo tanto, legislación que se dedique en forma especial a la provisión de agua potable rural no existe. Ha sido la Dirección de Obras Hidráulicas del Ministerio de Obras Públicas el servicio que desde el año 2001 ha estado encargado de instruir, dirigir y orientar a las organizaciones de APR para cumplir con su función, a través de instructivos, circulares y ordinarios, además de fiscalizar el estado de su administración, su inversión, su infraestructura, ejecución de obras y en general, la calidad del servicio que prestan.

La Ley General de Servicios Sanitarios se pronuncia escuetamente respecto de la provisión sanitaria rural. Estipula primeramente que los A.P.R, no obstante no ser servicios públicos, son servicios particulares de agua potable, por lo que deben cumplir con las normas del D.F.L. N° 382, relativas a la prestación de los servicios sanitarios, en cuanto a garantizar la calidad y la continuidad del servicio de agua potable.

Asimismo, la ley en comento contiene una norma transitoria (art. 1° transitorio, inc. 4°) que dispone que las normas relativas a la prestación de los servicios urbanos son aplicables a estos sistemas mientras no se defina su institucionalidad, pero nadie sabe cuáles son estas normas y quién fiscaliza que se cumplan.¹¹⁵ En la práctica este artículo no se ha aplicado ni desarrollado, lo que en el mediano plazo ya no será un

¹¹⁴ Esto, eso sí, cuando realizan las cuatro operaciones, porque en la realidad, la mayoría de los A.P.R sólo provee de producción, distribución y recolección del agua, sólo desechando las aguas servidas en el caudal hidrológico más cercano.

¹¹⁵ Domper, María de la Luz. 2010. Avance de Proyecto de Ley de Servicios Sanitarios Rurales. En: ExpoAgua 2010. 10 y 11 de Septiembre 2010. Talca, A.P.RChile. También disponible en: http://www.aprchile.cl/pdfs/Proyecto_de_Ley_Maria_de_la_Luz_Domper.pdf. Fecha de última consulta: agosto de 2011.

problema, puesto que está en discusión actualmente un proyecto de ley que subsanaría estos vacíos, y del que nos pronunciaremos más adelante.

Finalmente, hay un tercer tema que abarca el D.F.L 382 relacionado a los A.P.R, y es lo relativo a la asistencia técnica que las concesionarias deben prestarle. Esta corresponde a una obligación que tienen la o las Empresas Sanitarias que tengan alguna concesión en la zona donde se encuentren las organizaciones APR, introducida por la ley N° 19.549 de 1998 en su artículo 2º transitorio, supuestamente de manera provisional hasta que las zonas rurales tuviesen su propia institucionalidad. No obstante, esta disposición ha traído bastante polémica y sigue despertando suspicacias en el sector rural, hasta el día de hoy.

Lo anterior, puesto que la asesoría técnica prestada por las Empresas Sanitarias nace de un convenio que deben firmar con la Dirección de Obras Hidráulicas- en adelante, D.O.H-¹¹⁶ de la región correspondiente, en el que se pacta en qué consistirán las asesorías y el costo que ellas tendrán, asumido por el Ministerio de Obras Públicas. Las Empresas, están autorizadas por la D.O.H a delegar dicha función en otra filial constituida para tales efectos y dicha labor debe ser supervisada por la D.O.H.

Sin embargo, las principales quejas del sector rural, es que dichas asesorías consisten en visitas a las instalaciones de Agua Potable Rural que no duran más de 10 minutos, preguntando a los mismos encargados cómo ha funcionado todo, cuáles han sido los principales problemas y nada más. Por otro lado, la fiscalización de parte del M.O.P respecto del cumplimiento de las asistencias técnicas tampoco ocurre, lo que en la práctica, se traduce en una gran pérdida de dinero fiscal, recibido por la Empresa Sanitaria.¹¹⁷

¹¹⁶ Entidad dependiente del Ministerio de Obras Públicas

¹¹⁷ Impresiones captadas de Asamblea APR de las Provincias del Maipo, Talagante y Melipilla, del día 4 de marzo de 2011.

Dados estos inconvenientes, el proyecto de Ley que pretende darle marco legal e institucional a las organizaciones de agua potable rural, se pronuncia con una modificación a las asesorías técnicas, de lo que se comentará más adelante.

¿Cómo funcionan los A.P.R?

Puesto que los sistemas de agua potable rural funcionan con la forma de cooperativas o comités, cada cual se organiza de acuerdo a sus propios recursos técnicos, materiales y humanos.

En efecto, por tratarse de servicios particulares, y tener sólo el “patrocinio” de la DOH para asesorías y orientación, cada una debe buscar la manera de proveerse de insumos. Un primer problema que se les presentó a estas organizaciones, fue relativo al espacio físico dónde poder funcionar. Ya que para poder financiarse no cuentan con recursos fiscales, sino con los aportes de sus propios socios, entregados en forma de pago por consumo del agua distribuida y recolectada, uno de los grandes problemas que hoy presentan es que no muchas organizaciones son propietarias del terreno donde opera la infraestructura destinada a preparar y propulsar el agua hacia los socios.

La solución dada por el Gobierno en el año 2002, a través del Fisco Nacional de Obras Públicas, es proceder a autorizar la expropiación de los terrenos donde ya están instalados, con los dineros de terceros, es decir, de las mismas organizaciones. Sin embargo, el dominio del/los inmuebles adquiridos debe quedar a nombre del Fisco de Chile, puesto que no hay ley que permita que quede incorporado en el patrimonio de los Comités o Cooperativas.

Respecto de sus instalaciones e infraestructura, tanto Comités, pero especialmente las Cooperativas, las adquirieron de acuerdo al programa que las creó. La primera etapa comenzó en el año 1965 y la Segunda en 1976. De acuerdo a datos de la DOH, entre el 80% a 85% del patrimonio de las Cooperativas corresponde a aporte fiscal “para la construcción de los servicios, incluyendo el suministro de los equipos, y el

resto, por la contribución en mano de obra y materiales para las obras mismas, aportados por los socios”¹¹⁸. Sin embargo, en relativo a la titularidad del dominio de dichas instalaciones equipos, corresponde total y absolutamente a las Cooperativas, como corresponde al tratarse de ser personas jurídicas privadas, distintas de sus aportantes.

En cuanto a los Comités, toda vez que estos tienen una data posterior, su patrimonio no alcanzó a ser aportado por el Fisco, sino que “está compuesto por los fondos provenientes de las cuotas ordinarias y extraordinarias que acuerde la Asamblea, conforme a los Estatutos; los bienes muebles e inmuebles adquiridos por el Comité a cualquier título; los ingresos provenientes de actividades sociales, tales como beneficios, rifas, eventos comunitarios, y en general, todas las ampliaciones de redes que se ejecuten y/o los bienes y elementos que se incorporen, con los recursos provenientes de la explotación del servicio o de cuotas extraordinarias”.¹¹⁹

4.2 MECANISMO DE ACCESO A AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO EN ÁREAS RURALES.

Para entrar en operaciones, las organizaciones de APR necesitan primero estar constituidas como tal. Por lo tanto, deben tramitar y obtener los certificados de personalidad jurídica y de directiva vigente, ante los organismos correspondientes – según se trate de Cooperativas o Comités-. Recordemos que el motivo que respalda la formación de este tipo de organizaciones, es la provisión de servicios sanitarios entre ellos mismos, a fin de solucionar este problema en forma comunitaria, conjunta y organizada, a beneficio de todos ellos.

¹¹⁸ Domper, María de la Luz. 2010. Avance de Proyecto de Ley de Servicios Sanitarios Rurales. En: ExpoAgua 2010. 10 y 11 de Septiembre 2010. Talca, A.P.RChile. También disponible en: http://www.aprchile.cl/pdfs/Proyecto_de_Ley_Maria_de_la_Luz_Domper.pdf. Fecha de última consulta: agosto de 2011.

¹¹⁹ Ibidem.

Luego, para funcionar proporcionando agua potable a sus socios, deben obtener la resolución sanitaria otorgada por la Seremi de Salud de la provincia donde opere, tal como necesitan las soluciones particulares. Para ello, deben dar cuenta de la fuente de captación de agua a utilizar para tratar y distribuir, ya sea superficial o subterránea. Además, deben informar a la autoridad sanitaria la forma en que se tratará el agua cruda para destinarla al consumo humano. Lo anterior, sin mencionar los requisitos técnicos y fisiológicos que hay que entregar o que pueda requerir el Seremi de Salud.

Complementariamente, los A.P.R pueden integrar el Programa de A.P.R perteneciente a la D.O.H, para efectos de catastro y proporcionarles ayuda en su trabajo tanto técnico como administrativo.

Durante su funcionamiento, las organizaciones de A.P.R deben someterse a la fiscalización de la los Servicios de Salud (para testear la calidad del agua), a las asesorías de las Empresas Sanitarias que hayan convenido en ello y también, deben atender y obedecer los dictámenes y oficios del Programa de Agua Potable Rural a cargo de la DOH dependiente del M.O.P, cuando están integrados al mismo.

No obstante, aquella “subordinación” es más bien atingente al aspecto técnico de su desempeño. A pesar de recibir ocasionalmente capacitación en materias relativas a contabilidad y capacitación ad hoc –material que además está disponible *on line*- lo cierto es que la administración está a cargo de los mismos socios de los Comités o Cooperativas, o en algunos casos, a cargo de gente de la zona especialmente contratada para dichos efectos¹²⁰, pero con ninguna formación especializada para ello. En la totalidad de los casos, las decisiones sobre extensión, factibilidad y tarificación, queda en manos de los socios, quienes se encargan de calcular, cobrar y responder ante los reclamos de sus usuarios (recuérdese que a pesar de la precariedad de su constitución y operaciones, los APR deben cumplir de acuerdo a la Ley General de Servicios Sanitarios en lo que quiere decir a calidad y sumⁱⁿistro).

¹²⁰ Este es el caso de la Cooperativa San José de Bollenar, cuya extensión es de aproximadamente 700 **arranques, proveyendo a 670 inmuebles, entre ellos casa, escuelas y pequeñas empresas,** y que cada año termina con excedentes de aproximadamente \$2.000.000 al final del ejercicio.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Times New Roman, 10 pto, Español (alfab. internacional), Resaltar

Así las cosas, son los APR quienes deben afrontar en forma parcial el aumento demográfico de sus zonas. Por instrucciones de la DOH, cada Comité o Cooperativa puede autorizar la solicitud de inclusión de un arranque en exclusivo, previo a analizar su idoneidad técnica y siempre y cuando no comprometa el normal abastecimiento del resto de los usuarios, en cuanto a disponibilidad del recurso como a continuidad del servicio. En la práctica, las organizaciones de APR manejan de antemano los datos elaborados por la Unidad Técnica, que en base a un estudio inicial y específico al respecto, les han informado cantidad máxima de conexiones que podría soportar el servicio en sus actuales condiciones.

Para el resto de los casos, es decir, proyectos inmobiliarios, sean hechos con fondos particulares o correspondientes a viviendas sociales proporcionadas por el Estado, la extensión de redes es más compleja y burocrática. Según la misma DOH lo expone, el “Agua Potable Rural, es inversión pública, representada íntegramente por un subsidio estatal y como tal, no está destinada a satisfacer las necesidades de agua potable de una población que dispone de los medios económicos para financiar sus propias obras de infraestructura.

Sólo en casos excepcionales, debidamente justificados y aprobados ante la Dirección de Obras Hidráulicas y previa factibilidad otorgada por la Unidad Técnica respectiva, un servicio de agua potable rural, con la capacidad suficiente para extender la red matriz hacia nuevos sectores, podrá entregar agua potable a loteos destinados a viviendas sociales, condominios o parcelas de agrado”¹²¹.

Si así ocurriese, todas las obras, ya sea de extensión como de instalación en el loteo particular, deberían ser financiadas por el propio interesado, debiendo además, ingresar a participar del Comité o Cooperativa, aceptando sus estatutos y tarifas.

¹²¹ http://apr.mop.cl/capacitacion/documentos/Tramites_Conultas.pdf idem anterior

Por lo tanto, resumiendo las maneras de acceso a agua potable y alcantarillado en áreas rurales, debemos concluir que no existe una fórmula única para extender los servicios a los inmuebles que se vayan integrando.

En general, si es sólo un inmueble el que lo requiera, la Cooperativa o Comité de APR está autorizada para proporcionarle servicio, de acuerdo a los previos estudios de la Unidad Técnica respectiva. El único escollo para no hacerlo, es que dicha construcción no salga a red pública, en cuyo caso deberá arreglar, por sus propios medios, la manera de obtener agua.¹²²

En segundo lugar, si se trata de un proyecto de varias construcciones, el panorama cambia. Debemos distinguir primero el tipo de proyecto se trata, es decir, si son viviendas sociales promovidas por el Estado o no.

Si no lo son, la constructora tiene dos posibilidades: erigir por sí misma un sistema de potabilización de agua para el conjunto de viviendas, o bien, tratarlo directamente con la D.O.H. A diferencia de lo que ocurre en los territorios urbanos no concesionados, en que las inmobiliarias pueden tratar el tema directamente con las Empresas Sanitarias, en este caso, nada pueden negociar con los A.P.R.

Al revés, no existe coordinación con ellas sino con las Unidades Técnicas. Si éstas estiman que la Cooperativa o Comité está en condiciones de proveer de agua potable, aún sin preguntarles, la organización debe hacerlo. Es la D.O.H, oyendo la opinión de la Unidad Técnica, quién tiene la última palabra al respecto.

En cuanto a los proyectos de viviendas sociales, ocurre algo muy parecido. Sin embargo, si se estima que el APR del sector no daría ~~a-vaste~~abasto para proveerlas de agua potable, la solución no es mover el proyecto a otro lugar, sino surtir a la organización de agua potable rural de los recursos necesarios para obtener, tratar y

¹²² Lo más común en este caso es construir un sistema particular, adquiriendo agua desde fuentes subterráneas, y si no las tiene, negociando derechos de agua con el vecino más cercano.

distribuir más agua, a fin de surtir el nuevo proyecto social sin afectar el resto de los socios originarios.

En definitiva, y tomando en consideración lo señalado al principio de este capítulo respecto al artículo 52 bis de la Ley General de Servicios Sanitarios, el mecanismo de acceso a agua potable en los sectores rurales de nuestro país no está sujeto a cuerpo legal alguno, ya sea una ley o decreto. Por el contrario, el aumento demográfico en estas zonas ha sido afrontado de forma casuística, divergiendo según la envergadura de que se trate. Se trata cada vez según el criterio de decisión de cada A.P.R y D.O.H regional, facultades que han emanado sólo de circulares de esta última entidad estatal, a medida que se han ido presentando los casos.

Esta manera de afrontar la conexión de nuevos usuarios en el área rural, hace nuevamente considerar necesaria la dictación de una ley que se dedique a la regulación sanitaria de este sector, a fin de emparejar criterios de decisión y asegurar el acceso a quien lo requiera.

4.3 PROYECTO DE LEY QUE PRETENDE MODIFICAR EL PANORAMA DE ACCESO AL AGUA POTABLE EN ZONAS RURALES.

De lo que hemos visto sobre A.P.R, nuestra opinión sobre ellos es que constituyen un “**bu**valuarte” de las organizaciones sociales. Tanto Cooperativas como Comités a cargo de proveer de servicios sanitarios en las zonas rurales de nuestro país se esfuerzan por conectar a sus socios e integrantes, en pos de lograr un mayor bienestar social y económico para ellos.

Sin embargo, por muy pintoresco o entrañable que nos resulte su ejemplo, es importante apuntar lo precario de su funcionamiento y servicio prestado. Según cifras del M.O.P, la mayoría de ellos tiene grandes dificultades técnicas y de gestión, que se traducen en la calidad del servicio que se comprometieron a dar, y en la cantidad de personas a las que pueden surtir. Dichos problemas hacen patente sus carencias en

diversas áreas, pero a nuestro juicio, principalmente en dos: autofinanciamiento y una estructura legal e institucional que los sostenga, tal como se había establecido mas no cumplido en el ya comentado art. 1° transitorio, inc. 4° de la Ley General de Servicios Sanitarios.

Esta apreciación, sin lugar a dudas, no es la primera que se vierte al respecto. Asambleas de representantes de A.P.R., páginas web y hasta hace poco el Ejecutivo, se han pronunciado en el mismo sentido, todo lo cual se concretó en el Proyecto de Ley, Boletín N° 6252-09, ingresado al Congreso Nacional en diciembre del año 2008.

Dicho Proyecto se originó mediante mensaje enviado por el Gobierno anterior y tiene como principales objetivos los siguientes:

- 1) La creación de una entidad estatal llamada Subdirección de Servicios Sanitarios Rurales, dependiente del M.O.P y la intervención de la Superintendencia de Servicios Sanitarios en los temas que corresponda;
- 2) Mantener el rasgo comunitario y participativo de los organismos a cargo de los servicios sanitarios rurales;
- 3) Desarrollar con mayor ahínco los servicios de saneamiento, a fin de aumentar la población que disponga de ellos, dado el alarmante bajo porcentaje de cobertura que existe en la actualidad;
- 4) Promover el autofinanciamiento de los A.P.R., mediante la fijación de tarifas por parte de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, en base a la realidad de cada uno, a fin de ser capaces de recuperar sus costos;
- 5) Procurar el acceso a servicios sanitarios de la población rural que hasta la fecha no los tiene, a fin de incrementar las conexiones, especialmente, de las poblaciones con densidades más desconcentradas¹²³;

¹²³ Paradójicamente, el actual catálogo de requisitos publicados por el Programa de Agua Potable Rural, dependiente de la Dirección de Obras Hidráulicas, contiene entre sus requisitos para ingresar a él, tratarse de un grupo de población concentrada, de un mínimo de 150 habitantes y un máximo de 3.000, en una concentración mínima de 15 casas por 1 kilómetro de camino.

Fuente: http://apr.mop.cl/documentacion/Postulacion_al_Programa_APR.pdf citar correctamente

- 6) En la misma línea anterior, diferenciar los tipos de servicios sanitarios, de acuerdo a las necesidades y usos que la población beneficiada le otorgue, distinguiendo entre servicios sanitarios primarios y secundarios.
- 7) Trabajar coordinadamente con el Estado, a través de las entidades mencionadas en el punto N°1, y a través de otras instancias, como por ejemplo, el Consejo Consultivo que se crea;
- 8) Fomentar su postulación y obtención de subsidios de inversión, a fin de lograr parte de las metas anteriormente expuestas;
- 9) Como corolario, que los A.P.R. sean paulatinamente capaces de autogestionarse y mantenerse como una entidad autosustentable, mejorando la calidad de sus servicios y en definitiva, ir cumpliendo metas de desarrollo.

Los numerados precedentemente corresponden a los principales objetivos y medidas impulsadas por el Proyecto de Ley, el cual actualmente está en segundo trámite constitucional, ante la Cámara de Diputados.

Ahora bien, no obstante la lista expuesta precedentemente abarca en su generalidad los alcances de este extenso y renovador proyecto, vale decir que aquél también está concebido de manera de ser capaz de influir directa e indirectamente en la promoción de acceso a los servicios sanitarios en el sector rural. Para comprobar dicha aseveración, a continuación enunciaremos los artículos del futuro cuerpo legal que a nuestro juicio, correspondan a una u otra categoría.

Influencia Directa:

- a) Artículo 5º: señala que el servicio sanitario rural primario requiere ser, entre otras cosas, de forma universal, para todos los usuarios que se ubiquen en el área de servicio.
- b) Artículo 9º: ~~Proyecto~~ permite la constitución de servidumbres a fin de ejecutar trabajos de exploración de aguas o ejecutar obras de conexión de alcantarillado a instalaciones domiciliarias.

- c) Artículo 13º: otorga facultades al M.O.P para llamar a nuevas licitaciones públicas. Si bien es una potestad discrecionalidad a favor de dicho Ministerio, lo entendemos como una vía a ser ejercida justamente por dicho ente, en pos de asegurar el acceso universal de servicios sanitarios rurales en el país.
- d) Artículo 18º: permite a una Cooperativa con licencia vigente, pedir la ampliación de su área de servicio. Es imposible no asimilar esta norma al artículo 22º de la Ley General de Servicios Sanitarios que le otorga el mismo derecho a la Empresa Sanitaria titular de un área concesión. En definitiva, y tal como lo vimos en el inicio de este capítulo, ambas buscarían un acceso amplio de los servicios sanitarios, a través de la solicitud del operador sanitario.
- e) Artículo 21º: nuevamente nos encontramos con una reminiscencia del D.F.L 382, específicamente, del artículo 12º A. El precepto estipula el deber de la Superintendencia de Servicios Sanitarios de poner en conocimiento al MINVU y a las respectivas municipalidades, de las solicitudes de licencias o ampliaciones de operación presentadas ante la Superintendencia de Servicios Sanitarios. Respecto de esta comunicación, deberán emitir un informe pronunciándose sobre la cobertura de necesidades sanitarias que tendría la solicitud en curso.
- f) Artículo 22º: también es una emulación a lo estipulado en la Ley General de Servicios Sanitarios, artículo 33º A, puesto que, correspondiendo o no a la comunicación hecha por el MINVU o por la Municipalidad, la Superintendencia “podrá ampliar los límites del área de servicio, sólo con el objeto de incorporar áreas que (...) hagan conveniente la constitución de un sistema unitario, con incidencia en un menor costo para la provisión del servicio”. Es decir, establece la ampliación forzada de una concesión, a efectos de encontrar la conveniencia para los habitantes y organización más cercana.
- g) Artículo 46 letra a): este precepto obliga al operador de servicio sanitario rural a prestarlos, siempre que sea factible. Dicha obligación está necesariamente ligada al certificado de factibilidad que deben obtener los operadores. Por lo tanto, si bien esta disposición está en la línea de procurar un acceso universal a los servicios sanitarios, dicho acceso debe verse necesariamente condicionado a la factibilidad de servicio del operador.

- h) Artículo 46 letra a), inciso segundo: impone la obligación de surtir de agua potable a los usuarios en la cantidad y calidad determinada por la normativa (la ley en comento, futuro reglamento, y reglamentos asociados existentes) y por las autoridades competentes. En resumidas cuentas, los usuarios en zonas rurales deberán recibir agua potable entre ciertos márgenes de presión previamente establecidos por la ley o la autoridad, y toda ella debe ser de la misma calidad también previamente determinada.
- i) Artículo 73, inciso 2º: el inciso primero de este artículo establece la existencia de una política de asistencia y promoción en diversas áreas para operadores de servicio sanitario rural, ejecutada por cada Gobierno Regional. El inciso siguiente señala que dicha política no sólo se pensará para los habitantes residentes en las áreas de servicio de dichos operadores, sino también para beneficiar al resto que se ubica en las periferias.
- j) Artículo 75 letra c): el artículo en general, señala los principios en que se funda la política de servicio sanitario rural. Para nosotros es importante destacar la letra c) del mismo, puesto que estipula la “no discriminación” en esta materia. No obstante nos resulte ser un postulado algo amplio, podemos interpretarlo perfectamente de acuerdo a nuestro estudio y relacionarlo con lo indicado para el artículo 46 letra a), puesto que el prestador no podrá discriminar entre usuarios para surtirlo de servicios sanitarios.

Influencia Indirecta

- a) Artículo 7º, inciso final: este artículo exige que los servicios de distribución y recolección sanitaria deberán ejecutarse por el mismo operador. Esta imposición es nueva para el sector, porque en la actualidad podrían diferenciarse los prestadores de las cuatro etapas de los servicios, aunque en la práctica ocurre que es sólo uno el que las cumple todas. Lo importante de esta norma para nuestro estudio, es que logra la subaditividad de las prestaciones, generando economías de ámbito, lo que en definitiva se traduciría en fondos de inversión para la ampliación de esas mismas redes, de acuerdo a los objetivos propuestos por el mismo proyecto.

- b) Artículo 12º: la norma en comento decreta una lista de “bienes indispensables”, que entre otras características, tienen el carácter de inembargables. La importancia que tiene esta característica para asegurar el acceso a servicios sanitarios, es que por muy deplorable en que se encuentre el operador de A.P.R., la justicia no podrá disponer de la infraestructura y equipos necesarios para prestar los servicios, y por consiguiente, no podrá interrumpirlos.
- c) Artículo 26º: el precepto fija criterios de recomendación para la adjudicación de licencias de operación de servicio sanitario rural. Señala una fórmula generalizada, cual es, elegir aquella que ofrezca las condiciones económicas y sociales más ventajosas. Dentro de las condiciones sociales, podríamos señalar que el radio de área de servicios es una variable a considerar para adjudicarlos. A diferencia de la indicación que hizo el presidente de Federación Nacional de Agua Potable Rural (FENAPRU), somos de la opinión que a una organización de A.P.R. no debe renovarse sin más una licencia para operar, en perjuicio de otra que ofrezca la amplitud territorial de los servicios.
- d) Artículo 52º letra h): le otorga el derecho a los operadores a postular a subsidios a la inversión. Lo consideramos dentro de este acápite de influencia indirecta sobre el acceso a servicio sanitario rural, toda vez que los planes de inversión no sólo dirigirían al mejoramiento de la infraestructura o calidad del agua, sino también a la ampliación de las conexiones, especialmente de localidades desconcentradas.
- e) Artículo 63º: el artículo trata los objetivos de las tarifas que se deberán cobrar a cada localidad. Entre ellas, se nombra el obtener financiamiento necesario para la inversión, la cual, como ya hemos mencionado, tiene entre sus ejes, la extensión de conectividad sanitaria.
- f) Artículo 78º: el precepto clasifica los tipos de operadores de A.P.R. en tres segmentos. Lo destacable para nuestro estudio, es que toma en consideración la cantidad de población abastecida y su nivel de aislamiento. La importancia omisión que en este caso se comete (pero que posiblemente se subsane con la dictación del correspondiente Reglamento), es que no establece un nivel de prelación entre una y otra, o bien si cada una corresponde a una característica que le hace clasificar dentro del segmento más alto o dentro del más bajo. Sin

embargo, creemos que dado los fines del proyecto, la clasificación dentro del segmento debe considerar como factor para calificarlo como alto, el hecho que el operador abastezca a una gran cantidad de población, o bien, que la población sea descentralizada.

- g) Artículo 86°: Se refiere a los subsidios a la inversión. Nos remitimos a lo señalado por el artículo 52, ya analizado en la letra d) de este acápite.

Es pertinente mencionar que a este proyecto de ley se le han hecho ya tres indicaciones. Las dos primeras en el año 2009 y la tercera, en septiembre de 2010¹²⁴. Esta última es la de mayor trascendencia puesto que implica modificaciones de gran envergadura¹²⁵ en lo que al funcionamiento operativo de los A.P.R. significa.

Por ejemplo, implementa una forma de regularización de la propiedad que tienen estas organizaciones, ya sea respecto de los inmuebles o implementos y equipos que ocupan, tratando de poner fin a décadas de incertidumbres sobre cómo resolver dicho problema.

Además, elimina la primitiva distinción introducida, entre “Permisionarios” y “Licenciatarios”, la que, dependiendo si se otorgaba un “Permiso o Licencia”, discriminaba respecto del tiempo durante el cual las organizaciones de A.P.R. tenían autorización para operar los servicios, pudiendo ser de diez o treinta años, respectivamente.

Relacionado a nuestro objeto de estudio, la indicación en comentario viene en reforzar y flexibilizar diversos aspectos atinentes a la promoción de conexiones a agua potable y de saneamiento.

Para dar muestra de ellos, nos basaremos en la presentación preparada por la asesora del M.O.P, doña María de la Luz Domper, en la Expo-Aguas 2010¹²⁶. De

¹²⁴ Se explica, entre otras cosas, por el cambio de gobierno.

¹²⁵ Las anteriores corresponden a correcciones en cuanto a puntuación, redacción o cálculos.

¹²⁶ http://www.aprchile.cl/pdfs/Proyecto_de_Ley_Maria_de_la_Luz_Domper.pdf

acuerdo a su exposición, las indicaciones que pretende ingresar el ejecutivo para propender a mejorar el acceso a los servicios sanitarios rurales son las siguientes:

1. Da la opción de destinar el subsidio a la inversión a cualquiera de las etapas de los servicios sanitarios rurales existentes, incluidos los sistemas de respaldo eléctrico, arranques y uniones domiciliarias.
2. Permite que el prestador del servicio APR suministre el servicio con un fin distinto al del consumo doméstico (por ej. uso industrial), en cuyo caso el precio del servicio es libremente pactado entre las partes.
3. La recolección o disposición de aguas servidas que realicen los servicios de APR podrán reemplazarse por una solución sanitaria particular, siempre que ésta sea aceptada por la autoridad sanitaria. Se permite que los actuales operadores puedan subcontratar el tratamiento y disposición de las aguas servidas u opten a no dar dicho servicio.
4. Para las áreas en que actualmente no cuenten con este servicio, la SISS licitará el servicio de APR y/o el de recolección y disposición de aguas servidas a requerimiento del M.O.P, MINVU o SISS, o bien cualquiera puede postular.
5. Las nuevas áreas de servicios se adjudicarán a quienes exijan un menor subsidio a la inversión.

Atendiendo el mensaje del proyecto de ley, el texto legal propiamente tal y estas cinco medidas expuestas, es sencillo darse cuenta que algunas de ellas se introducen a modo de asemejar el tratamiento que la Ley General de Servicios Sanitarios adopta para incentivar un mayor y mejor acceso a servicios sanitarios.

Tal es el caso de la facultad que se le otorga al M.O.P para llamar a nuevas licitaciones, la facultad de los operadores en funcionamiento para solicitar ampliaciones de su área de concesión y la potestad de la Superintendencia de Servicios Sanitarios de ampliarlas discrecionalmente. También, el Proyecto de Ley consagra, al igual que el D.F.L 382, la obligación de todo prestador de servicio sanitario rural a prestarlos a todo usuario, siempre que exista factibilidad para hacerlo. Finalmente, ambos textos legales establecen el requisito de que distribuidor de agua potable y recolector de las aguas servidas, sea el mismo operador.

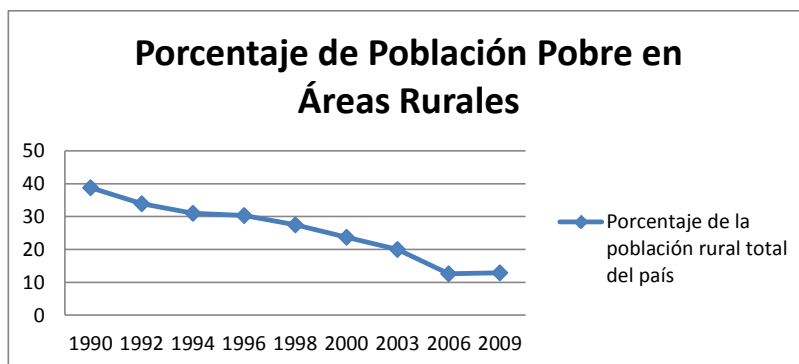
Si bien el proyecto de ley sobre servicios sanitarios rurales aún no prospera, creemos que, dado la parecida pero cuidadosa adaptación redacción respecto de la Ley General de Servicios Sanitarios, resultará ventajosa para lograr el crecimiento de conexiones en los sectores rurales del país.

No obstante, nuestros legisladores no deben olvidar que el texto legal que están concibiendo está dirigido a un paisaje particular y único que no es bueno modificar; que el público al que se está beneficiando, podrá apreciar los beneficios sólo al mediano plazo, tomando en consideración además que deberán ajustar su presupuesto al alza de tarifas a cobrar, que nunca es una medida popular. Finalmente, los operadores de A.P.R. son entidades comunitarias sin fines de lucro, que no han estado acostumbradas a manejarlas como empresas y han tenido dificultades para abastecerse y aún más, para crecer.

4.4 REGULACIÓN DEL ACCESO AL AGUA POTABLE Y DISMINUCIÓN DE LA POBREZA.

Según los índices arrojados por el MIDEPLAN, más de dos millones de la población nacional habita en sectores rurales. De ella, casi el 13% es pobre, de acuerdo a los parámetros que establecimos en el Capítulo I de esta memoria de grado. Aquél dato cuantitativo luce más grave cualitativamente, si asociamos la miseria de esa parte de la población a su carencia de servicios sanitarios.

Gráfico N° 3

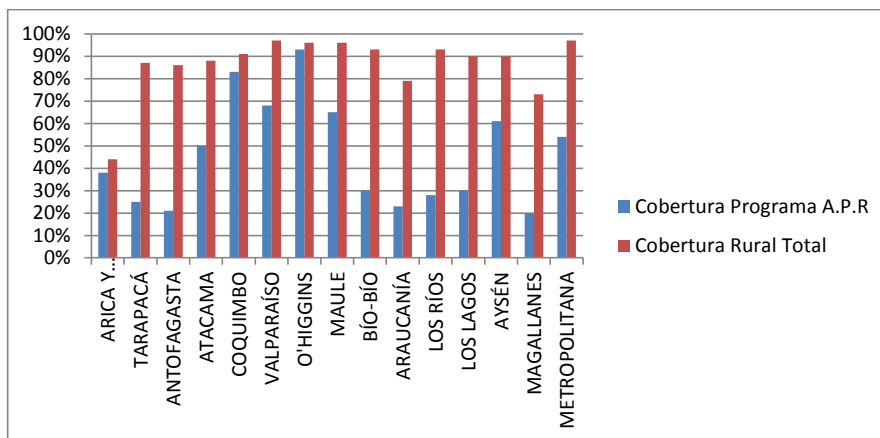


FUENTE: MIDEPLAN: Encuestas Casen de cada año graficado.

De acuerdo a los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas, para el año 2009, el 91% de la población rural estaba abastecida de servicios sanitarios por algún tipo de A.P.R., dato que considera a las viviendas conectadas a red pública y a las que poseen otro tipo de fuente hidrológica, ambas manejadas con llave de arranque dentro de la vivienda o sitio. De ese 91%, el 50% de la población se atiende bajo el programa de A.P.R. de la D.O.H.

Es importante apuntar además que según datos del Programa de Agua Rural, perteneciente al M.O.P, casi el 100% de su población objetivo tiene acceso a servicios sanitarios. Ahora, ¿cuál es esa población objetivo? Tal como lo hicimos presente anteriormente, el ingreso al Programa impone como requisito una cobertura mínima de 150 habitantes y una concentración mínima de 15 casas por kilómetro.

Gráfico N° 4



Fuente: Departamento de Programas Sanitarios y Encuesta CASEN 2009.

En dicho sentido, podemos concluir que la población rural que vive en las localidades más concentradas es la que tiene acceso a servicios sanitarios de red pública. El resto, es decir, aquellos que no tienen frente a red pública, habitan sectores más alejados de las áreas rurales más concentradas o bien no calificaban socioeconómicamente para asociarse a una cooperativa o comité (por tener pertenecer a un estrato en que se entiende pueden proveerse por sí mismos), deben buscar la manera de proveerse de agua y tratar sus aguas servidas de manera particular.

La constitución del gran número de comités y cooperativas de A.P.R. ciertamente ha significado una solución práctica y una herramienta de salubridad para cientos de personas que no sabrían manejar un sistema de tratamiento de potabilización y saneamiento para ellos mismos. Con la ayuda prestada por el BID y luego por el Estado, los residentes del campo han logrado disminuir sus índices de mortalidad y enfermedades gastrointestinales.

Cuadro N° 4: Cantidad de Comités y Cooperativas A.P.R en Chile.

Región	COMITÉ S	COOPERATIV AS	Total General
ARICA Y PARINACOTA	21	0	21
TARAPACÁ	16	0	16
ANTOFAGASTA	8	0	8
ATACAMA	36	0	36
COQUIMBO	175	1	176
VALPARAÍSO	117	31	148
O'HIGGINS	181	33	214
MAULE	222	44	266
BÍO-BÍO	154	23	177
ARAUCANÍA	187	2	189
LOS RÍOS	69	1	70
LOS LAGOS	127	1	128
AYSÉN	32	0	32
MAGALLANES	8	0	8
METROPOLITANA	89	12	101
TOTAL	1.442	148	1.590

Fuente: Programa de Agua Potable Rural, D.O.H – Mayo 2011

Por lo tanto, en ese sentido y a pesar de todas las falencias descritas y explicadas de los A.P.R., ellos han significado un avance y un logro a los sectores beneficiados, ya que en la práctica, a pesar de no tener completo acceso a saneamiento de las aguas servidas, si tienen completo acceso a agua potable.

No obstante, no debemos olvidar que en este ámbito, la cantidad de A.P.R. y los niveles de cobertura se refieren a la provisión de agua potable. Los problemas

reminiscentes en el campo a la fecha son, entonces, las conexiones a alcantarillado, la construcción de plantas de tratamiento de aguas servidas y la baja cobertura de las áreas rurales más desconcentradas, temas de los que se espera hacerse cargo la nueva ley sobre servicios sanitarios rurales.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta memoria de grado, hemos analizado cómo desde hace más de un siglo de historia nacional se ha propendido al aseguramiento del agua potable. Se han analizado diversos aspectos que han rodeado y contribuido -hasta la actualidad- el acceso a agua potable, tales como su financiamiento, su regulación y su protección legislativa.

Las razones por las que cualquier organización político-social lo haría se remiten al sentido común, las cuales también han sido mencionadas en este trabajo. El acceso a agua limpia no trae más que beneficios para la humanidad, ya sean relacionados a la higiene, la salud, la industria, y en general, al progreso humano.

Su importancia ha llevado a catalogarla por los estudiosos, como un servicio público básico, en razón de las características que presenta, ya sea por las necesidades que satisface y el modelo económico que adopta para funcionar eficientemente (monopolio natural regulado).

Las necesidades básicas que satisface el agua potable las tienen todas las personas del planeta; todos los seres humanos requerimos de agua limpia, destinada para el consumo humano a efectos de propender a nuestra sobrevivencia.

Sin embargo, contar con agua potabilizada involucra más de un costo. Toda vez que se requiere “preparar” el agua para convertirla en potable, es imperativo invertir en la infraestructura y los insumos que la traten.

Sumado a lo anterior, el acceso a agua potable no termina en la sola preparación de la misma. El aseguramiento de su acceso se complementa con la posibilidad de que su adquisición sea efectiva, a la mano, cómoda. Ello conlleva a la construcción e instalación de una infraestructura sanitaria que logre transportar el vital elemento de donde es fabricado, a los diversos asentamientos humanos.

De acuerdo a lo razonado, llegamos a una primera gran conclusión de este trabajo: en nuestro país, el acceso a agua potable está ligado a la proliferación y construcción de asentamientos, en especial, de viviendas.

Ahora bien; decíamos que el acceso a agua potable consiste en un servicio básico cuya garantía de acceso debe estar dirigida a todas las personas, quienes a cambio, deben estar dispuestas a pagar los costos que acceder y consumir agua potable, implica.

Es decir, la garantía que propugna nuestra legislación, y en general, la de todo el mundo, consiste en posibilitar a la población conectarse a una red de distribución de agua potable para acceder a su consumo, mas no al agua potable en sí misma, pues dicho consumo tiene una contraprestación, cual es, el precio de generarla.

Sin embargo, sabemos que hay quienes no son capaces de asumir esos costos dentro de su presupuesto familiar, y que, por ejemplo, priorizan en comprar víveres para alimentarse, que invertir en una vivienda y/o instalación de servicio sanitario, arriesgándose a contraer todos los padecimientos que consumir agua cruda conlleva.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Casen, aquella parte de la población de escasos recursos puede presentarse en diversas hipótesis de pobreza.

En el caso de los indigentes, su presupuesto no alcanza ni siquiera para solventar su alimentación, por lo que se presume que menos lo hará para cubrir los gastos de acceso y consumo de servicios sanitarios.

En el caso de los denominados “pobres” a secas, la encuesta Casen elaborada por el MIDEPLAN contempla distintas posibilidades respecto de la disponibilidad de acceso a servicios sanitarios. Como se observa del Anexo de esta memoria, los encuestados pueden vivir en casa propia, de allegados, o en habitación anexa a la propiedad de un tercero.

Dependiendo del tipo de vivienda que dicha parte de la población habite, será la calidad de acceso a agua potable que gocen, la cual en muchos de los casos, es precaria, incómoda y muchas veces anti higiénica, conllevando a las consecuencias que se analizaron en el Capítulo I¹²⁷.

Atendido todo lo anterior, y en especial, la importancia de acceder a agua potable y las nocivas consecuencias de no poder hacerlo, es que se ha convertido en un tipo política social destinada a la superación de la pobreza y complemento de la política económica de los gobiernos desde 1990.

En dicha virtud, se han creado normas legales que permiten la implementación de accesos al agua potable, en su cariz de política social. Dichos son los casos ya analizados de los artículos 12 B, 33, 33 A y 33 C, de la Ley General de Servicios Sanitarios y la reseñada Ley sobre subsidio al consumo de agua potable.

Aquellos preceptos legales, asientan bases para la configuración y posterior desarrollo de programas de iniciativa estatal, especialmente destinados a mejorar la protección en el acceso –y en un caso, consumo- de agua potable de la población urbana.

Eso sí, debemos hacer dos prevenciones: si bien la Ley General de Servicios Sanitarios asume como tarea fiscal la de posibilitar el acceso de agua potable a la gente más pobre, lo hace pero a través de la coordinación de las empresas privadas, dueñas de concesiones de servicios públicos sanitarios. Y como decíamos, la Ley General de Servicios Sanitarios no se dedica a explicitar los programas o políticas de protección al acceso de agua potable, sino que lo hace a través de varias maneras: una de ellas, la regulación de construcción de viviendas.

Dado ese panorama, es que volvemos a afirmar la conclusión que señalamos al principio: el acceso a agua potable en nuestro país, se ve asociado en muchos casos a la planificación de asentamientos urbanos; dicho en forma concreta, la política sobre

¹²⁷ (Ver Cuadro N° 3).

protección de acceso a agua potable se aborda junto con la política de vivienda, coincidiendo en la mayoría de las veces, los proyectos de unos y otros.

Tal nivel de coincidencia, que para ciertos casos, la ley ha establecido un sistema de financiamiento para instalación de servicio de red pública sanitaria – en la que se incluye acceso a agua potable- consistente en mutuos de dinero a favor de proyectos inmobiliarios impulsados por el Ministerio de Vivienda, destinados a la construcción de viviendas sociales, para efectos de ser provistas de dicho servicio.

Si bien la extensión de obras urbanas destinadas a la construcción de casas es el caso más abordado por la Ley General de Servicios Sanitarios, debemos hacer el alcance que no es el único. Las empresas concesionarias de servicios sanitarios, pueden solicitar la ampliación de su territorio operacional cuando lo estimen conveniente, por las razones que más le favorezcan. A pesar de que sea por atender a necesidades propias, dicha decisión muchas de las veces no hace más que favorecer a cierta población que hasta antes, no gozaba de acceso a red pública sanitaria.

Hasta el momento hemos podido asociar la protección legal de acceso de agua potable sólo en los sectores urbanos de nuestro país. Sin embargo, queda el 12,7% de población restante, residente en sectores rurales y cuya garantía de acceso no está ni siquiera tratada en cuerpos legales en forma explícita e integral, a diferencia de lo que ocurre en sectores urbanos.

Pudimos apreciar en esta memoria de grado, que la población rural de nuestro país carece de una estructura legal o reglamentaria que trate, permita ni menos garantice, acceder a servicios sanitarios del modo que lo hace la población urbana.

Así las cosas, pudimos apreciar que la gente de campo genera por ella misma los medios para poder acceder y proporcionarse agua potable. Vimos que si no podían generar un sistema particular de servicios sanitarios, la opción es formar parte de una Cooperativa o Comité cuyo objeto sea la provisión de agua potable a sus afiliados, coloquialmente llamado A.P.R.

Para nosotros, resulta impresionante como ciertos grupos de gente, aisladas de las metrópolis, desconcentrada territorialmente, con no mucha educación formal, pero de gran tesón e ímpetu, son capaces de capacitarse y conformar células técnicas y administrativas para solucionar un problema que la ley ni el Estado con sus organismos, pueden subsanar.

Así las cosas, en el caso rural ocurre algo más o menos parecido que en el urbano: el Estado le entrega a privados – concretamente, a Cooperativas, Juntas de Vecinos o bien, al dueño de una solución particular- la carga de responsabilizarse por la generación y acceso de la población al agua potable, dibujando un escenario similar: los vecinos deben tener garantía de acceso, mas deben hacerse cargo de sus costos.

Ahora bien, de lo antedicho extraemos nuestra segunda conclusión: tanto en áreas urbanas como rurales, el Estado descansa en los privados para poder, en la práctica, lograr que la mayor parte de la población chilena, tenga acceso a agua potable.

Junto a dicha conclusión viene una tercera: estando o no dicha garantía de acceso plasmada en cuerpo legal, hay que reconocerle al Estado su participación en este ámbito, ya sea como regulador, fiscalizador o asesor¹²⁸.

La inclusión del estado en materia de acceso a servicios sanitarios en general, ha sido un rasgo presente a lo largo de la historia, y que si bien ha ido mutando en cuando a su papel, se ha definido siempre como un agente coordinador, descansando aún sobre él, la garantía de acceso.

¹²⁸ Como es el caso de la D.O.H para las Cooperativas y Juntas de Vecinos de A.P.R.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüero Vargas, Francisco, Cubillos Prieto, Gonzalo. «Seguridad Jurídica y Regulación Eléctrica: Dos propuestas para una mejora regulatoria.»
2. Alé Yarad, Jorge. «Un nuevo Esquema de Regulación de Monopolios Naturales.» *Estudios Públicos*, nº 37 (1990): 165 - 226.
3. Banco Interamericano de Desarrollo; Asociación de Países Bajos-BID para la GIRH; Asociación Mundial del Agua; CARE Internacional. «Agua y Pobreza.» Informe de avance sobre la iniciativa regional para América Latina y el Caribe, Kyoto: Tercer Foro Mundial del Agua, Marzo 2003.
4. Beyer, Harald. «Logros en Pobreza, ¿Frustración en la Igualdad?» *Estudios Públicos*, nº 60 (Primavera 1995): 9-33.
5. Bosch, Christophe, Kirsten Hommann, Claudia Sadoff, y Lee Travers. «Agua, saneamiento y la pobreza.» *The World Bank Web Site*. Julio de 2008. <http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1205334112622/4768783-1205337105916/wat0118.pdf> (último acceso: Julio de 2010).
6. Breyer, Stephen. «Cuándo y Cómo regular los servicios de Utilidad Pública.» *Estudios Públicos*, nº 78 (Otoño 2000): 27 - 44.
7. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. «El derecho al Agua.» Observación General N° 15, Ginebra, 2002, 19.
8. *Contestación Aguas Andinas*. Rol C - 79 - 2005 (Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, Noviembre de 2006).
9. Contreras, Dante. «Distribución del Ingreso en Chile. Nueve hechos y algunos mitos.» *Revista Perspectivas* (Departamento de Ingeniería Industrial - Universidad de Chile) II, nº 2 (Mayo 1999): 311 - 332.
10. Contreras, Dante. «Pobreza y Desigualdad en Chile: 1987 - 1992. Discurso, Metodología y Evidencia Empírica.» *Estudios Públicos*, nº 64 (primavera 1996): 57 - 94.

11. Cowan, Kevin, y José De Gregorio. «Distribución y Pobreza en Chile: ¿Estamos Mal? ¿Ha habido progresos? ¿Hemos retrocedido?» *Estudios Públicos*, Primavera 1996: 27 - 56.
12. Gómez-Lobo, Andrés, y Miguel Vargas. «La Regulación de las empresas sanitarias en Chile: una revisión crítica.» *Revista Perspectivas* (Departamento Ingeniería Industrial, Universidad de Chile) VI, nº 1 (2002): 89 - 109.
13. Jaeger Cousiño, Pablo. «La Legislación Actual de Aguas y las Proposiciones para su Modificación.» Santiago: Revista del Abogado S.A, Charla dictada el 31 de octubre de 1996.
14. Larrañaga, Osvaldo. «Distribución de Ingresos en Chile: 1958 - 2001.» *Centro Académico, Departamento de Economía, Universidad de Chile*. Octubre de 2001. <http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/84039632-4684-4c2e-8a54-49475e2e3edb.pdf> (último acceso: Julio de 2010).
15. Marshall Rivera, Jorge. «Orientaciones para la acción reguladora del Estado.» *Estudios Públicos*, nº 71 (Invierno 1998): 191 - 201.
16. Meller, Patricio. «Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile (década del 90).» *Centro de Economía Aplicada - Departamento Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile*. Marzo de 1999. http://www.dii.uchile.cl/~cea/sitedev/cea/www/index.php?page=view_publicaciones&langSite=es&agno=2000&id=20030328151843 (último acceso: Julio de 2010).
17. MIDEPLAN. «Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza.» Departamento de Evaluación Social, Santiago, Octubre 2002.
18. Mostajo, Rossana. «Gasto Social y Distribución del Ingreso: Caracterización e Impacto redistributivo en países de América Latina y El Caribe.» Serie Reformas Económicas, CEPAL, 2000.
19. Ocampo, José Antonio. «Distribución del Ingreso, pobreza y gasto social en América Latina.» *Revista de la CEPAL*, Agosto 1998: 7 -13.
20. Ottone, Ernesto, y Carlos Vergara. «La desigualdad Social en América Latina y el caso Chileno.» *Estudios Públicos* (Centro de Estudios Públicos - Chile), nº 108 (Primavera 2007): 59-91.

21. Oxman, Sergio, y J Paul Oxer. *Privatización del Sector Sanitario Chileno*. 1a ed. Santiago de Chile: Cesoc, 2000.
22. Pinto, Mauricio, Noelia Torchia, y Liber Martín. *El Derecho Humano al AGua*. 1°. Ciudadela, Argentina: Abeledo Perrot, 2008.
23. *Requerimiento de la FNE contra Essal S.A, Essbio S.A, Aguas Andinas S.A y Aguas Nuevo Sur Maule S.A*. Rol C - 79 - 2005 (Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, Septiembre de 2006).
24. Rivero Ysern, Enrique. «La protección del Usuario de los Servicios Públicos.» *Revista de Administración Pública - Universidad de la Rioja*, 1978: 205 - 249.
25. Schatan, Jacobo. «Distribución del Ingreso y Pobreza en Chile.» <http://www.google.cl/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.trabajoyequidad.cl%2Fdocumentos%2Ftemp%2Fdistribucion%2520de%2520ingreso.pdf&ei=tRdPTOCSLoT48Aafpl2yAQ&usg=AFQjCNGY5cBaK906nIReGmHjtaDFzAKLxg> (último acceso: Julio de 2010).
26. *Sentencia N° 85*. Rol C - 79 - 2005 (Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, dos de Julio de 2009).
27. *Sinergias en las tarifas de Agua Potable*. Dictamen N° 2.710 (Contraloría General de la República, 19 de Enero de 2005).
28. Smets, Henri. *Por un derecho efectivo al Agua Potable*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2006.
29. Superintendencia de Servicios Sanitarios. «Manual de Aportes Financieros Reembolsables.» 2005. http://www.siss.cl/articles-3870_recurso_1.pdf (último acceso: Julio de 2010).
30. *Tarifación Costo Fluoración Agua Potable*. Dictamen N° 22.592 (Contraloría General de la República, 18 de Junio de 2001).
31. Temas Públicos. *Polémica sobre Tarifas Sanitarias*. Centro de Estudio e Investigación Libertad y Desarrollo, N° 574. 19 de Abril de 2002.
32. Temas Públicos. *Privatización de las Sanitarias: Resultados de una Buena Gestión*. Centro de Estudios e Investigación Libertad y Desarrollo, N° 736. 19 de Agosto de 2005.
33. Temas Públicos. *Sanitarias: Un retroceso para el Sector*. Centro de Estudios e Investigación Libertad y Desarrollo, N° 522. 30 de Marzo de 2001.

34. Valdés, Alberto. «Pobreza y Distribución del Ingreso en una economía de alto crecimiento: Chile 1987 - 1995.» *Estudios Públicos*, nº 75 (Invierno 1999): 5 -47.
35. Vásquez Vargas, David. «Aspectos del Debate en torno al Estado Regulador.» *Serie Estudios - Biblioteca Congreso Nacional IX*, nº 218 (Julio 1999): 10.
36. Walker, Anna. «Affordability and fairness in water charging.» *www.oxera.com*
Agosto de 2009.
http://www.oxera.com/cmsDocuments/Agenda_August%2009/The%20Walker%20review.pdf (último acceso: Julio de 2010).

ANEXOS

Comuna **Zona** **Sección**

Dirección

Calle **N°** **Orden** **Fuso**

Forma **Teléfono 1** **Teléfono 2**

Folio

Vigencia

Hogar

Encuestador **Rut**

Jefe de Zona **Rut**

LA INFORMACIÓN DE VISITA DEBE SER LLENADA EN LA HOJA DE RUTA

Fecha de entrevista	Hora (formato 24 hrs)	Resultado	Rut encuestador
1ª visita	/ / 2009		
2da visita	/ / 2009		
3ra visita	/ / 2009		
4a visita	/ / 2009		

Observaciones:

Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado
 Avenida Barros 37 Santiago Centro, Teléfono (562) 269 2201 Fax: (562) 692 0380
 inform@casen.cl www.casen.cl

Módulo Vivienda

v1. ¿Su hogar, bajo qué situación ocupa el sitio?

1. Propio pagado
2. Propio pagado por el propietario
3. Propio compartido (pagado) con otras viviendas del sitio
4. Propio compartido (pagado) con otras viviendas del sitio
5. Arrendado con contrato
6. Arrendado sin contrato
7. Cedido por servicios
8. Cedido por familiar u otro
9. Usufructo (solo uso y goce)
10. Ocupación irregular (de hecho)
11. Otro. *Especifique:* _____

→ Alternativas 5 a 11 pasan a v3

N° Alternativa

Sólo quienes contestaron propia en pregunta v1 (alternativas 1 a 4)

v2. ¿Cuál es la situación de esta propiedad en el Conservador de Bienes Raíces?

1. Tiene escritura y está inscrita en el CBR
2. Tiene escritura, pero inscripción CBR está pendiente
3. No puede inscribirse en CBR porque compra se hizo de hecho y no tiene escritura
4. Es sucesión o herencia y no tiene escritura a su nombre para inscribir en CBR
9. No sabe

→ Alternativas 5 a 7 pasan a v3

N° Alternativa

v3. ¿Cuántas viviendas hay en el sitio?

- Avíale "0" en caso de departamento, conventillo u otra forma de propiedad compartida del terreno
- Si contesta "0" pase a v6
- Si contesta "1" pase a v5

v4. Su vivienda ¿es la principal del sitio?

1. Sí
2. No

N° Alternativa

v5. ¿Cuántos metros cuadrados tiene el sitio?
Considere al perímetro total de sitio donde está ubicada la vivienda

1. Hasta 100 m2
2. De 101 a 200 m2
3. De 201 a 300 m2
4. De 301 a 500 m2
5. Mas de 500 m2

N° Alternativa

v6. ¿Cuántos metros cuadrados tiene la vivienda?
No incluya terrazas abiertas ni jardines, lampoco sótanos, desvanes, trasteros que no sean habitables.

1. Menos de 30 m2
2. De 30 a 40 m2
3. De 41 a 60 m2
4. De 61 a 100 m2
5. De 101 a 150m2
6. Mas de 150 m2

N° Alternativa

v7. ¿Cuántas piezas de cada tipo tiene la vivienda que ocupa?

- a. Dormitorios (uso exclusivo)
- b. Estar-comer (uso exclusivo)
- c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)
- d. Estar-comer y cocinar (uso múltiple)
- e. Estar-comer, dormir y cocinar (uso múltiple)
- f. Cocina (uso exclusivo)
- g. Baño
- h. Otras piezas no habitables

v8. ¿De dónde proviene el agua de su vivienda?

1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor
4. Pozo o noria
5. Río, vertiente, lago o estero
6. Camión aljibe
7. Otra fuente. *Especifique* _____

N° Alternativa

v9. ¿Cuál es el sistema de distribución de agua en su vivienda?

1. Con llave dentro de la vivienda
2. Con llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda
3. No tiene sistema, la sacras

N° Alternativa

Mostrar la página siguiente (flecha derecha)

Módulo Vivienda	
<p>V10. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí con WC conectado al alcantarillado 2. Sí con WC conectado a pozo negro 3. Sí, con latrina sanitaria conectada a pozo negro 4. Sí, con cajón sobre pozo negro 5. Sí, con cajón sobre letrina o canal 6. Sí, con latrina o letrina a otro sistema 7. No dispone de sistema <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V11. La vivienda donde Ud. vive, ¿dispone de energía eléctrica?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, de la red pública con medidor propio 2. Sí, de la red pública con medidor compartido 3. Sí, de la red pública sin medidor 4. Sí, en un generador propio o comunitario 5. Sí, en un generador propio o comunitario 6. Sí, de otra fuente. <i>Especifique</i> _____ 7. No dispone de energía eléctrica <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V12a. Material predominante en muros exteriores de la vivienda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De acero u hormigón armado 2. Alfarería de ladrillo, bloque de cemento o piedra 3. Tabique forrado por ambos caras (madera u otro) 4. Adobe 5. Tabique sin forro interior (madera u otro) 6. Barro, quincha, paja u otro artesanal tradicional 7. Material de desecho y/o reciclaje (cartón, lata, sacos, plástico, etc.) 8. Otro. <i>Especifique</i> _____ <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V12b. Estado de conservación de los muros</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V13a. Material predominante en el piso de la vivienda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rápidar revestido (parquet, cerámica, tala, linóleo, fierro, baldosa, alfombra, etc.) 2. Rápidar no revestido 3. Tabla o parquet sobre soleras o vigas 4. Paja, cañón, pasto o pastizales directamente sobre tierra 5. Piso de tierra <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V13b. Estado de conservación del piso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V14a. Material predominante en el techo de la vivienda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laja, teja, losa de hormigón con cielo interior 2. Laja, teja, losa de hormigón con cielo exterior 3. Zinc, Aluzarnco, yeso, tejuela o madera, sin cielo interior 4. Fenojola 5. Paja, cañón, tatora o caña 6. Desecho (plásticos, lanas, etc.) <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V14b. Estado de conservación del techo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V15. Durante los últimos tres años (noviembre 2006-noviembre 2009) ¿ha realizado en su vivienda mejoras o transformaciones?</p> <p><i>Indique la más importante</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, reparaciones de muros, techo o piso 2. Sí, reparaciones de muros, techo o piso en a servicios domiciliarios (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica) 3. Sí, tabiques interiores, forro interior 4. Ampliaciones en la vivienda (construcción de piezas 5. No ha hecho nada → <i>pase a V17</i> <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V16. ¿Cómo financió esa transformación?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos propios (autoconstrucción, ahorro, ayuda de familiares y amigos) 2. Crédito con instituciones financieras 3. Subsidio estatal 4. Otro <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V17. Tipo de vivienda donde Ud. Vive</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casa o Casa en calle 2. Casa en condominio 3. Apartamento en edificio 4. Pieza en casa de departamento 5. Pieza en casa antigua o conventillo 6. Medisagua o mejora 7. Rancho, ruca o choza 8. Otro tipo (móvil, carpas, etc.) <i>Especifique</i> _____ <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	
<p>V18. ¿Su hogar, bajo que situación ocupa la vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Propia pagada 2. Propia pagada con subsidio 3. Propiedad compartida (pagada) con otros hogares de la vivienda 4. Propiedad compartida (pagándose) con otros hogares de la vivienda 5. Arrendada con contrato 6. Arrendada sin contrato 7. Cediada por servicio 8. Cediada por familiar u otro 9. Usufructo 10. Ocupación irregular (de hecho) <p>N° Alternativa <input type="text"/></p>	

Módulo Vivienda

v19. ¿Cuánto paga de arriendo?, o si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto le costaría el arriendo mensual?
 \$

v20. ¿Cuántos hogares hay en la vivienda?
 → Si existe un solo hogar en la vivienda pase a v24

v21. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?
 1. Si → pase a v23
 2. No

v22. ¿Está haciendo algo para vivir en una vivienda exclusiva para su hogar?
 1. Si, postulando o postuló a un subsidio
 2. Si, está participando en un comité, inscrito en la municipalidad o entidad de gestión (EGIS)
 3. Si, está ahorrando o solicitó crédito para comprar una vivienda
 4. Si, está buscando una vivienda para arrendar
 5. Si, pero es otra situación, *Especifique*
 6. No, no está haciendo nada

N° Alternativa

v23. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar?

- a. Dormitorios (uso exclusivo para dormir)
- b. Estar-comer (uso exclusivo)
- c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)
- d. Estar-comer y cocinar (uso múltiple)
- e. Estar-comer, cocinar y dormir (uso múltiple)
- f. Cocina (uso exclusivo)
- g. Baño (uso exclusivo)
- h. Otras piezas no habitables

Código 1 a 8 sólo propietarios/ usufructo (código 1 a 4 o cod 9 en v18)
Código 9 para **NO** propietarios (códigos 5,6,7,8 y 10 en v18)

v24. ¿Algún miembro del hogar es el propietario de esta vivienda?

1. Jefe de Hogar
2. Conyuge
3. Conyuge o pareja
4. Hijo(a)
5. Otro pariente
6. Otro no pariente
7. Jefe y conyuge
8. Jefe y otro pariente
9. No es propietario → pase a v32

N° Alternativa

v25. ¿En qué año compró o recibió la vivienda o el subsidio? Año

v26. ¿Cuánto le costó la vivienda cuando la compró?
 Escudos Pesos UF

v27. ¿Compró la vivienda con ayuda de algún programa habitacional o subsidio?
 1. Si, con subsidio habitacional
 2. No, la recibió herencia o traspaso gratuito → pase a v32
 3. No, sin ninguna ayuda

N° Alternativa

v28. ¿Compró la vivienda con Crédito Hipotecario?

1. Si, SERVU
2. Si, Banco Estado
3. Si, Banco privado o Financiera
4. Si, Otra institución, *Especifique*
5. No, sin crédito hipotecario → pase a v32

N° Alternativa

v29. ¿Está pagando su crédito hipotecario actualmente?

1. Si, está pagando al día sus dividendos
2. Si, está pagando con atraso sus dividendos
3. No está pagando, aunque tiene deuda pendiente → pase a v32
4. No está pagando, término de pagar

N° Alternativa

v30. ¿Cuánto paga de dividendos? (En caso de atraso ¿Cuánto debería pagar?)
 \$

v31. ¿Cuántos años le faltan para terminar de pagar su crédito hipotecario? Año

N° Alternativa

v32. ¿Algún miembro de este Hogar es propietario de otra vivienda?

1. Si, jefe de Hogar / o pareja
2. Si, hijo(a)
3. Si, otra persona del Hogar
4. No, nadie es propietario de otra vivienda

N° Alternativa