



Revista mexicana de sociología

ISSN: 0188-2503

ISSN: 2594-0651

Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

Cubillos Celis, Paula Carolina
Neoliberalismo, focalización e infancia en Chile: 1973-2010
Revista mexicana de sociología, vol. 81, núm. 3, 2019, Julio-Septiembre, pp. 611-636
Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

DOI: <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2019.3.57923>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32162694006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNAM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Neoliberalismo, focalización e infancia en Chile: 1973-2010

PAULA CAROLINA CUBILLOS CELIS*

Resumen: Este artículo propone un análisis de las políticas sociales focalizadas dirigidas a la infancia en los sectores de la salud y la educación, implantadas en Chile entre 1973 y 2010. La transformación político-económica realizada en el país durante la dictadura militar y luego consolidada durante el periodo democrático introdujo nuevos mecanismos de acceso a derechos, configurando un modelo híbrido de Estado social residual-extendido, que instala la focalización como un mecanismo de justicia social. A través de una metodología cualitativa, se analizan las implicaciones sociopolíticas de dicha filosofía del bienestar.

Abstract: This article seeks to analyze social policies targeting children in the health and education sectors, implemented in Chile between 1973 and 2010. The political-economic transformation that took place in the country during the military dictatorship and was subsequently consolidated during the democratic period introduced new mechanisms of access to rights, shaping a hybrid residual-extended social state model. This model introduced targeting as a mechanism of social justice. Through a qualitative methodology, the article analyzes the sociopolitical implications of this welfare philosophy.

Palabras clave: políticas sociales, focalización, infancia, neoliberalismo, Chile.

Keywords: social policies, targeted policies, childhood, neoliberalism, Chile.

Las transformaciones que experimenta Chile en el plano político, económico y social desde 1973, principalmente aquellas que afectan la configuración del Estado social y su filosofía, han sido objeto de debate internacional.

Las reformas sociales que comienzan a gestarse desde el golpe de Estado cívico-militar perpetrado el 11 de septiembre de 1973 en contra del gobierno del presidente Salvador Allende acompañarán las reformas económicas que emprenderá el régimen autoritario hasta su salida pactada en 1990. El paquete de reformas económicas y sociales se transformará a su vez en la fuente de negociaciones del proceso democratizador. En este sentido, la implantación de dichas políticas se realizará durante el régimen dictatorial; sin embargo, su consolidación se llevará a cabo durante

* Doctora en Sociología por la Universidad Paris Descartes-Université Paris Sorbonne Cité. División Educación, Formación y Empleo de la Agencia Francesa de Desarrollo. Temas de especialización: estado social, políticas sociales, neoliberalismo, infancia. 5 Rue Roland Barthes, París, Francia.

las administraciones democráticas que asumirán la cabeza del país desde 1990. Así, durante el periodo de implantación de las reformas y aquellos que llamaremos los periodos de transición y de consolidación del modelo, observamos la introducción de tres grandes inflexiones en la estructura histórica de distribución de acceso a derechos que sostiene al Estado social chileno: 1) la liberalización de los sectores sociales, 2) la tecnocratización de las políticas sociales, y 3) la implantación de la focalización de las políticas sociales.

Los sectores sociales que se verán mayormente afectados por la reestructuración son parte del proyecto denominado el Plan de Siete Modernizaciones implantado por José Piñera desde 1979, y que comprende, entre otros, los sectores de la educación y la salud. Estas dos áreas de la intervención estatal son particularmente afectadas en su estructura clásica debido, por una parte, a la desestatización de servicios y la descentralización de la gestión, y por otra, a la introducción de mecanismos de mercado en su financiamiento. Los sistemas de educación y de salud primarias en particular, dirigidos a la población infantil, se encuentran en el centro de la reestructuración. Las inflexiones neoliberales enunciadas encontrarán un terreno de predilección en dicho campo.

A partir de dichos antecedentes, en este artículo abordaremos la manera en que la focalización, que denominaremos “ampliada”, se instala inicialmente como un mecanismo clásico de reducción del gasto y de búsqueda de mayor eficacia en las intervenciones, y luego, en democracia, como un mecanismo de legitimación de las desigualdades percibidas como aceptables en un marco de privatización del acceso a los derechos sociales. Los sectores emblemáticos de aplicación de la focalización serán las áreas de la salud y de la educación primarias, particularmente la acción social dirigida a la protección de la infancia.¹

La focalización ampliada, entendida como una extensión de los criterios socioeconómicos hacia otros factores de vulnerabilidad social, manifiesta no sólo la transformación de las formas que adopta el Estado social chileno desde la reestructuración político-económica, sino que expresa la crisis filosófico-normativa de la concepción universalista del acceso a derechos sociales de la nueva matriz sociopolítica. Nuestra hi-

¹ Para efectos de esta investigación, la categoría infancia es abordada en su dimensión minimalista y operacional en referencia a la edad de vida, que determina su inclusión en las políticas sociales de salud y educación infantil. En el área de salud, los programas de Control Infantil se dirigen a los infantes entre 0 y 10 años, mientras que la educación inicial y la primaria en Chile abordan desde los 0 a los 12 años.

pótesis es que la focalización ampliada desarrollada desde las reformas de 1979 hasta 2010, y especialmente en el campo de las políticas de salud y de educación primarias orientadas a la infancia, sería una de las grandes inflexiones neoliberales introducidas en la estructura del acceso a derechos sociales en Chile. Dicha inflexión se instala como un mecanismo de justicia social en un contexto de desigualdades estructurales, y de legitimación del modelo de derechos privatizados, que acompaña la consolidación democrática del neoliberalismo.

Nuestra investigación se basa en tres fuentes: por un lado, el análisis de 12 entrevistas semiestructuradas realizadas a tomadores de decisiones y consejeros-expertos en políticas sociales en Chile (que participan en la toma de decisiones durante los gobiernos que van desde 1973 a 2013);² un análisis exhaustivo de los textos legales (leyes, decretos, normas) que regulan los sectores de la educación y la salud durante el periodo estudiado; finalmente, examinamos los documentos oficiales del gobierno central que regularán los sectores estudiados.³

El presente artículo se estructura en tres partes: la primera analiza el proceso de instalación de las reformas neoliberales sobre los sectores de salud y educación, durante el periodo dictatorial; la segunda parte aborda la forma del mecanismo de focalización ampliada como inflexión en la estructura histórica de distribución del acceso a derechos sociales, en los sectores de la salud y la educación, durante las fases de transición y consolidación democrática; la tercera parte analiza la focalización ampliada como mecanismo de justicia social, en relación con el marco normativo neoliberal del modelo de acceso a derechos. Finalizamos este artículo con una sección de conclusiones sobre los temas abordados.

LA GRAN TRANSFORMACIÓN: INSTALACIÓN DEL CHILE NEOLIBERAL

El proceso de reconfiguración de lo social desde 1973 es un hecho incontestable y provocó la pauperización de una parte importante de la población. En efecto, la transformación económica y social diseñada desde 1973 a partir del modelo basado en la teoría monetarista de Milton Friedman instalará cifras negras a nivel social. Así, observamos que en

² Los nombres de los entrevistados fueron cambiados en la utilización de citas y referencias.

³ Este trabajo es parte de una investigación doctoral realizada entre 2013 y 2017: Cubillos, 2017.

1988, a fines del periodo militar, la tasa de pobreza en Chile se sitúa en 26.8% de la población, mientras que la tasa de indigencia alcanza 22.9%, es decir, un total de 49.6%. La población infantil se ve especialmente afectada por dicho fenómeno: en 1990, 52.3% de los niños y niñas de entre 0 y 9 años se encuentran bajo la línea de la pobreza.⁴ La liberalización del mercado, las crisis económicas (1975 y 1982) y la flexibilización del mercado del trabajo van a alterar definitivamente el marco de lo social.

Estos cambios intervienen en un escenario de ruptura con la tradición centralista precedente al golpe militar, es decir, generan una ruptura con el Estado de Compromiso en vigencia desde 1925, basado en un pacto interclasista que configura la matriz sociopolítica nacional-popular.⁵ Las transformaciones instaladas desde 1973 introducirán la mercantilización de los sectores sociales, que caracterizará la reconfiguración del Estado social realizada por la alianza cívico-militar en el poder y por los Chicago Boys⁶ a través del modelo neoliberal. Este proceso apostará por una nueva concepción de las responsabilidades respecto a la protección de derechos y la protección social, y establecerá un nuevo marco de relaciones entre el Estado, el mercado, las familias y los individuos.

El proceso de mercantilización de lo social tomará forma a través de las reformas de desconcentración de los servicios públicos, de la descentralización de competencias hacia las colectividades territoriales y por

⁴ Los datos referentes a la pobreza y la situación socioeconómica de la población utilizados en este artículo fueron extraídos de la base de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), que se aplica cada dos o tres años en Chile desde 1985. El concepto de pobreza utilizado por la Casen y al que se hace referencia en esta investigación es el de pobreza absoluta medida a partir del método de ingresos, es decir, Necesidades básicas insatisfechas en relación con una Canasta básica de alimentos (véase <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_pobreza.php>).

⁵ La matriz sociopolítica del Estado de Compromiso resalta por su carácter “estatal-democrático, nacional-popular y político-partidario, y podría caracterizarse por la imbricación entre política y sociedad civil, incluida la economía, con un rol preponderante y articulador en torno al Estado del sistema de actores políticos o sistema partidario” (Garretón, 2014: 160).

⁶ Grupo de economistas chilenos formados en la Escuela de Chicago, Estados Unidos, entre 1956 y 1970. Desde fines de los años sesenta, varios de los economistas que participan en esta experiencia forman un grupo de trabajo que propondrá medidas para la transformación del modelo chileno. Su propuesta es sistematizada en un documento llamado *El Ladrillo*, que será entregado a la Junta Militar el día después del golpe (12 de septiembre de 1973), y que saldrá a la luz pública en 1992 editado por el Centro de Estudios Públicos Chile.

la vía de la privatización de la provisión de servicios, especialmente en el área de la salud y la educación. La introducción de mecanismos de mercado y de cuasimercado, como el subsidio a la oferta y a la demanda en el financiamiento de la provisión de servicios educativos y sanitarios, vendrá a revolucionar la concepción de bienes sociales vinculados con los derechos fundamentales, proponiendo un acceso a los derechos regido por las leyes del mercado y un modelo de bienestar residual.⁷

La gran obra de la alianza autoritaria reside en la dimensión global del proyecto de transformación que impone. Lo social es invadido por el principio de competencia generalizada, y la protección de los derechos sociales, ya fuertemente segmentada y desigual en los periodos precedentes, se verá confrontada con su reinvención a partir de dinámicas mercantiles. Sin embargo, este proceso se inscribe en las huellas del pasado: la neoliberalización de Chile realiza una actualización de la distribución desigual del acceso a los derechos, a través de un relato de modernización. En este sentido, la existencia previa de una estructura histórica de distribución desigual de los derechos sociales aparece como una condición de posibilidad para la reestructuración mercantil de los sectores sociales durante la dictadura.⁸ La transformación neoliberal introduce inflexiones en dicha estructura, pero mantiene el esquema de desigualdades.

En términos de inflexiones, la matriz neoliberal implanta tres grandes ejes de acción en el Estado social. El primero es la mercantilización de los sectores sociales, es decir, las reformas de modernización que liberalizan la oferta de servicios, a partir de la introducción del financiamiento de las prestaciones realizadas a través de cupones (*vouchers*). Estos cupones son emitidos desde el Estado al sector público municipal y al sector privado. El segundo es la tecnocratización de las decisiones del sector social, asociada con la búsqueda de eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos. En dicho marco, el Estado asume un rol fuertemente regulador: transfiere recursos, controla su utilización y evalúa los resultados. Los

⁷ La noción de Estado social residual hace alusión al concepto propuesto por Titmuss (1974), que entiende al mercado como el único agente corrector de los problemas sociales. En este marco se identifican dos vías de protección principales: la familia y el mercado. El Estado jugará un rol secundario y subsidiario en la protección. Esta noción será retomada después por Esping-Andersen (2009) para caracterizar los regímenes de bienestar liberales.

⁸ Referencias a la estructura histórica de acceso a derechos y sus características, en Cubillos, 2017.

instrumentos de medición de procesos y resultados se multiplican y se hacen complejos, a la vez que los criterios de intervención y de evaluación se estandarizan. El tercer eje es la transformación de la naturaleza de la focalización que, gracias a la multiplicación de los criterios, opera como un dispositivo de justicia social residual en el marco de profundas desigualdades provocadas por el cambio de matriz económico-social. El gasto social se orienta, entonces, hacia un modelo no-distributivo de equidad en el acceso a los derechos, que busca crear las condiciones para que los individuos puedan proveerse de los servicios de protección social en el mercado (como lo demuestran las instituciones de salud privadas, las escuelas privadas o el sistema privado de pensiones).

En este contexto, la matriz neoliberal chilena se presenta como un modelo híbrido que se configura a partir de los rasgos de la estructura histórica de distribución desigual del acceso a derechos sociales, y de las inflexiones introducidas durante el régimen militar. Este patrón de acción se hace evidente con claridad en los sectores de la salud y la educación, y particularmente a través de las intervenciones orientadas a la infancia.

A continuación analizamos la reestructuración de estos dos sectores, que se convierten en los ejes principales de las reformas sociales efectuadas en la dictadura. Dichas reformas no sólo aportarán cambios administrativos a la prestación de servicios, sino que procederán a una metamorfosis del rol histórico del Estado.

El nuevo paradigma de acceso a la salud: entre el centralismo y el mercado

En una perspectiva histórica, podemos observar que Chile desarrolla un sistema de seguridad social desde 1920, que dará origen al Sistema Nacional de Salud creado en 1952. Éste será considerado dentro de los pioneros y de los más organizados de América Latina (Mesa-Lago, 2005), y sería concebido como un foco de inversión de la estrategia nacional de desarrollo (Molina, 2010).

Desde la década de los años ochenta, diversas reformas de los sistemas de salud se expresarán en América Latina, impulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en el marco del Consenso de Washington, que condicionarán la transferencia de fondos estatales hacia los sistemas de salud según criterios de privatización de servicios, disminución del gasto público e integración de instituciones financieras, configurando un mercado privado de seguros de salud (Homedes

y Ugalde, 2005). Anticipando dicho proceso, Chile es el primer país del continente en realizar transformaciones orientadas a privatizar el sector, desde fines de la década de los años setenta. El Estado chileno asumirá un rol subsidiario que lo situará como un regulador de las fallas del mercado, a través de la asistencia a los individuos que encuentren dificultades para insertarse en dicho espacio. Según Daniela, consejera de diversos gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (CPD) y miembro de un influyente *think-tank*, esta concepción tratará de establecer “un modelo de mercado fundado en el subsidio a la demanda donde el Estado sólo se preocupa de los pobres”.

La concepción de subsidiariedad en salud será consagrada en la Constitución Política de Chile de 1980, vigente hasta hoy, a través del artículo 9, que establece: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud [...], que se presten a través de instituciones públicas o privadas [...]. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse” (Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 1980). En esta lógica se disuelve el Sistema Nacional de Salud, emergen los Servicios Regionales de Salud, los actores se diversifican y los antiguos proveedores se transforman. El fondo colector universal se divide en dos subsistemas: el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), colector público de las cotizaciones obligatorias y administrador de prestaciones privadas de libre elección, y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), seguros privados que gestionan las cotizaciones obligatorias de un segmento de la población y proponen planes de cotización más altos.⁹

El principio de libre elección, la descentralización de la administración y de la provisión de servicios, junto a la creación de organismos privados que juegan el rol de colectores y de prestadores, se convierten en los ejes de la revolución sanitaria. El sistema de salud es concebido así como competitivo, gracias a la introducción de nuevos mecanismos de financiamiento a la oferta y la demanda, y a la diversificación de los

⁹ Fonasa opera por segmentación socioeconómica de los contribuyentes, partiendo del nivel 1, que categoriza la población no-cotizante indigente que recibe asistencia de urgencia gratuita, hasta el nivel 5 según ingresos. Cada cotizante aporta el 7% obligatorio de su salario. El sistema de Isapres propone diversos planes de salud, sobrepasando de manera voluntaria la cotización obligatoria de 7%. Dicho sistema busca atraer a los sectores más solventes proponiendo planes con mayor cobertura. A diciembre de 2015, 77.3% de la población estaba afiliada a Fonasa y 15.1% a Isapres, mientras que 7.7% se encontraba en otro sistema especial (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

prestadores de servicios, que incluirá al sector público tradicional (hospitales), al sector privado (clínicas y centros de salud) y a las corporaciones municipales de salud y educación (instancias de carácter privado que administrarán los centros municipales de atención primaria). Como nos explica Paulina, consejera de salud durante el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) y miembro de un influyente *think-tank* cercano a la CPD: “Los prestadores privados hacen su aparición y las municipalidades se convierten en prestadores mixtos, porque tienen una estructura pública, pero las corporaciones creadas en 1980 tienen una gestión privada”. Con este diseño se introducen “diferentes tratos en la atención, que varían en función de si el beneficiario pertenece al sistema público o privado, y si se atiende entonces en el sector público o privado”, explica Jaime, investigador experto en salud pública y jefe de una división del Ministerio de Salud entre 2006 y 2010.

La reforma entregará al Estado un rol regulador del mercado de prestaciones de salud. Los grados y las modalidades de cumplimiento del derecho a la salud son sujetos a condiciones socioeconómicas, lo que genera un proceso de dependencia de los individuos frente al mercado de trabajo y de la protección social. Sin embargo, el Estado conservará ciertas competencias respecto a la cobertura de las poblaciones en situación de pobreza y de protección básica de la infancia.

En efecto, el régimen militar otorgará alta prioridad a la lucha contra la desnutrición infantil y a los programas preventivos, que se desarrollarán en todo el país. Las cifras de mortalidad infantil en 1973 alcanzan 85.9 por 1 000 niños nacidos vivos, 25.3% de mortalidad neonatal.¹⁰ La reducción de la mortalidad infantil y la prevención a través de programas focalizados en la población en riesgo se convertirán en una oportunidad para legitimar el modelo implantado por el régimen. Germán, consejero de la Junta Militar en los temas sociales y reconocido personaje de las políticas sanitarias de la infancia, afirma: “Empezábamos a dar la impresión de que no sabíamos [la Junta Militar] para dónde ir; necesitábamos un indicador. Y la mortalidad infantil es un indicador fiable del desarrollo; [...] la estrategia de nutrición fue ascendente y tuvo excelente recepción en la comunidad”.

Así, se creará una red de servicios orientados a la salud infantil: políticas centrales de vacunación, los programas nacionales de nutrición y el programa Control del Niño Sano; la focalización de programas de

¹⁰ Datos extraídos de Instituto Nacional de Estadísticas, 2011.

alimentación en la población en riesgo, gestionados por instituciones privadas de financiamiento público; las iniciativas del mundo asociativo y universitario por erradicar la mortalidad infantil. En 1989, la tasa de mortalidad infantil descenderá a 28.9 por cada 1 000 niños nacidos vivos, 9% de mortalidad neonatal.

El régimen militar se atribuirá de esta forma la victoria de la lucha contra la mortalidad infantil en un contexto de reformas estructurales, gracias a la colaboración público-privada y al desarrollo de la industria privada de la leche impulsada por subvenciones estatales. La salud de los niños será así un indicador de éxito de las políticas sociales del régimen.

El sistema educativo: del Estado docente al Estado regulador

La reforma del sistema de educación marca el fin del Estado docente. Esto significa que el Estado abandona la vocación de principal sostenedor de la educación, tanto en lo que concierne a la garantía de instrucción primaria gratuita como al liderazgo en la formación de profesores y en los procesos educativos. Este rol se construye desde 1860 y llega a su término en 1980.

Sin embargo, el sistema educativo constituye un eje central de acción, ya que éste permitiría vehicular el cambio social proyectado por el régimen militar. “La educación deberá profundizar y transmitir el amor a la Patria y a los valores nacionales, el respeto a la vocación libre y trascendente del ser humano, [...] el aprecio a la familia como célula básica de la sociedad” (Junta Militar, 1974: 3). Según Pedro, ex director de la División de Presupuesto del Ministerio de Educación durante la década de los ochenta y consejero en materia educativa del presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000), en la Junta Militar “ellos no se preguntaban si todo el mundo se iba a beneficiar de la educación, lo que les interesaba era una perspectiva de desarrollo del país como eje estratégico de la soberanía”.

Las principales transformaciones que observamos en este sector se refieren al cambio de los actores implicados en la provisión y administración de servicios educativos, así como a las formas de financiamiento. Respecto al cambio de los actores, la reforma se apoya en la desconcentración de competencias en materia de administración de servicios educativos, pasando de servicios estatales a servicios regionales, y luego comunales. Siguiendo las directrices fijadas desde los inicios del régimen

en 1973, que crea las Coordinaciones Regionales a través del decreto N° 1586, luego fortalecidas a través del decreto de ley N° 824 de 1974 y la instalación de secretarías regionales por decreto N° 721 de 1977, la educación abandona el alero del Estado para instalarse como un servicio del espacio municipal y, por ende, de responsabilidad local.

Los objetivos del proceso de municipalización se inscriben en un proceso de descentralización y de modernización del Estado, que buscan, entre otros fines, mejorar la administración del sistema; dar participación a las instancias locales; igualdad de oportunidades en los niveles de educación inicial y primaria, especialmente para los más pobres; disminuir el poder corporativo de los profesores; aumentar los fondos para educación por la vía privada (Espinoza y González, 1993).

Las políticas de descentralización de la educación realizadas durante la década de los años ochenta, que tendrán por objetivo maximizar la eficiencia en la utilización de los recursos, introducirán tanto la transferencia de funciones desde el nivel central al local, como la competencia entre los establecimientos escolares (Cox, 2003). Daniela, consejera-experta en políticas sociales y de educación de un influyente *think-tank* vinculado con la CPD, considera que la gestión del sistema “se vuelve más eficiente y termina por funcionar en ese sentido, pero porque disminuye el número de beneficiarios a causa de la focalización, y porque la gestión operacional se tecnifica”. Por su parte, Julio, responsable del sector de educación primaria del gobierno del presidente Patricio Aylwin (1990-1994) e investigador en temas de educación, afirma que la descentralización daría lugar a “un concepto de Estado subsidiario que se encarga de aquellos que quedan atrás, principalmente en el área de la educación primaria e inicial”.

Bajo esta perspectiva, el Decreto con Fuerza de Ley DFL N° 1-3067, de 1980, establecerá la transferencia de la gestión y de la infraestructura de las escuelas públicas hacia las municipalidades. El artículo 3 de dicha ley estipula: “Las Municipalidades que tomen a su cargo la atención de un servicio [...] estarán sujetas a la supervigilancia técnica y fiscalización que disponga la ley, de parte de las entidades y servicios especializados”.¹¹

La descentralización no sólo transfiere los servicios a los municipios, sino que establece las mismas normas de financiamiento a la educación municipal que a la privada. Bajo el principio de subsidio a la demanda,

¹¹ Texto extraído de DFL 1-3063, 13 de junio de 1980, artículo N° 3. Disponible en <www.leychile.cl>.

los establecimientos municipales y privados recibirán financiamiento por matrícula y por niño/día en función de la asistencia escolar. El sistema de educación primaria se convertirá entonces en un modelo mixto conformado por un conjunto de establecimientos de gestión municipal (a través de las corporaciones municipales de salud y educación) y de establecimientos de gestión particular-subvencionada, a cargo de los “sostenedores” (administradores privados de servicios con subvención municipal). La educación privada, que representa de manera estable cerca de 8% de la matrícula total, se dirige a las élites del país.

Bajo los principios de libertad de elección, de competencia entre establecimientos y de subvención de la educación, el nuevo sistema consagra la responsabilidad individual en el acceso a derechos y reafirma la vocación subsidiaria del Estado. “El corolario de la libertad de enseñanza [...] es que el sistema de subvenciones o bonos educativos son el mecanismo adecuado para el ejercicio de estos derechos” (Ruiz, 2010: 13).

En 1989, a fines del régimen, 58.6% de la matrícula de la educación primaria se concentrará en los establecimientos municipales y 34% habrá emigrado hacia el sistema particular-subvencionado (Bravo, Contreras y Sanhueza, 1999). Así, el sistema logrará la transformación del rol del Estado y permitirá la creación de un mercado de la educación, que llegará a su corolario durante los gobiernos post-dictadura, cambiando para siempre el rostro de la educación. Lo público será asociado con servicios subsidiarios hacia los pobres, mientras que el sector privado se convertirá en un motor de servicios educativos.

LA LEGITIMACIÓN DEMOCRÁTICA DEL MODELO Y LA FOCALIZACIÓN AMPLIADA

El fin de la dictadura permitirá, a partir de 1990, realizar algunas transformaciones en el Estado social residual heredado del régimen militar. Con una coalición de centro-izquierda, los gobiernos post-dictadura consolidarán, sin embargo, los ejes centrales del régimen de bienestar precedente, tanto durante las dos administraciones del periodo de transición (1990-2000) como durante las dos administraciones del periodo de consolidación democrática del modelo (2000-2010).

En lo referente a los cambios en el Estado social, bajo la consigna de Crecimiento con Equidad durante la transición, y de Crecimiento con Igualdad desde el año 2000, los gobiernos de Patricio Aylwin (1990-1994), Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000), Ricardo Lagos (2000-2006) y Mi-

chelle Bachelet (2006-2010) llevarán una agenda centrada en la lucha contra la pobreza y la igualdad de oportunidades.

Si separamos el periodo de transición del modelo, que corresponde a la fase post-dictadura (1990-2010), y la consolidación del modelo, correspondiente a la fase de estabilización democrática (2000-2010), observamos diversos avances en el mejoramiento de las condiciones de la salud y de la educación pública dirigidas a la infancia. Infraestructura, contenidos y financiamiento son preocupación constante de los cuatro gobiernos analizados en esta sección. Sin embargo, la estructura de separación entre sistemas públicos-municipales y privados es una constante que cobra fuerza a partir del perfeccionamiento de los mecanismos de incentivo para el desarrollo de los mercados de servicios. Las modificaciones introducidas impulsarán la participación privada y familiar en la protección infantil, a través del fuerte desarrollo del sector de libre elección y de las Isapres, en el sector salud; la Ley de Financiamiento Compartido de la Educación a partir del Decreto con Fuerza de Ley DFL N° 5 de 1993, y luego la Ley N° 19.247 de 1993, que permitirán el cofinanciamiento de las familias en los establecimientos privados-subvencionados.

Los incentivos a la participación en el mercado de servicios sanitarios y educativos configurará un complejo entramado de prestaciones entre 1990 y 2010, que dibujará, finalmente, la esfera de la protección pública como un reducto de protección residual dirigido a las poblaciones de menores recursos económicos. Durante los cuatro gobiernos analizados entre 1990 y 2010, la lucha contra la pobreza y el acceso a servicios bajo el enfoque de igualdad de oportunidades guiarán la configuración de la política social, tanto en educación como en salud. Los costos sociales de las reformas neoliberales implantadas durante la década de los años ochenta en Chile, y de las reformas latinoamericanas impulsadas por el Consenso de Washington, generarán estrategias de lucha contra la pobreza tanto en Chile como en el concierto regional, con el apoyo del Banco Mundial.¹² A continuación revisamos las líneas principales de dichas políticas en los campos de la salud infantil y de la educación inicial y primaria en Chile.

¹² El Banco Mundial elabora dos informes que presentan sus directrices para las políticas sociales nacionales en la región: *Informe del Desarrollo Mundial 1990: La pobreza*, y el *Informe 2000/2001: Enfoque de manejo social del riesgo*. Ambos exponen medidas de largo plazo asociadas con la inversión en capital humano, el desarrollo de servicios para las poblaciones en situación de pobreza, y la implantación de programas de transferencias condicionadas.

LA SALUD PRIMARIA INFANTIL

En una primera etapa, las principales directrices del sector municipal que cubre la población infantil que no puede acceder al sistema privado se refieren al cambio del financiamiento por atenciones prestadas. Un modelo de financiamiento *per cápita* de la población inscrita en los centros de salud (CS) se establece en 1994, y consiste en que: “Cada municipio reciba recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada CS de la comuna. Los recursos entregados consisten en un valor basal por persona, establecido por promedios históricos, que aumenta según las características de cada comuna (rural o urbana, grado de pobreza, indicador de dificultad del desempeño, etcétera)” (Raña, Ferrer y Bedregal, 2007).

Este cambio de modelo permitirá la reconfiguración de la asignación de recursos, priorizando las comunas en función de los indicadores de pobreza. Para Paulina, experta en salud pública infantil, miembro de un influyente *think-tank* vinculado con la CPD, el cambio al financiamiento *per cápita* “es muy importante porque va de la mano con el cambio en la programación de salud, que aumenta la cobertura infantil de 0 a 6 años (en dictadura cubría sólo hasta los 2 años). Pero son cambios insuficientes porque están en la misma lógica mínima de pobreza”.

Durante los años 2000, el énfasis en la entrega de recursos a través de los centros municipales se refuerza a través del financiamiento central complementario de los programas de salud infantil, especialmente a partir de 2006, con la aparición de Chile Crece Contigo (CCC). Este programa es parte del Sistema de Protección Social (Ley 19.949 de 2004), que establece una red de programas sociales no contributivos, dirigidos a la población en situación de pobreza o de vulnerabilidad social. El CCC es un sistema integrado de intervenciones y servicios dirigidos a niños y niñas desde el embarazo de la madre hasta los cuatro años, que busca igualar oportunidades en los ámbitos del desarrollo biológico, físico, psíquico y social. El sistema cuenta con prestaciones de salud y de estimulación inicial, que cubren a la población infantil inscrita en los centros primarios de salud municipal, y prestaciones de desarrollo biopsicosocial y educación inicial focalizadas en la población perteneciente al 40% más pobre del país.

De esta manera, el sistema de protección social instala un componente de protección infantil que cubre el acceso a prestaciones básicas de salud de toda la población perteneciente a Fonasa que esté inscrita en los centros municipales. La población que cotiza en Fonasa y que se atiende

en el sistema privado de libre elección no inscrita en salud primaria no tiene acceso al CCC. Igualmente, las personas inscritas en la salud primaria que encuentren problemáticas particulares de desarrollo, pero que según sus ingresos se encuentran por encima del 40% más pobre de la población, tampoco tienen acceso a las prestaciones y deben consultar el sector privado. Así, el sistema de protección social infantil permite un acceso “opcional”, extendido a toda la población del sistema público, pero focaliza las prestaciones según características socioeconómicas, generando una sofisticación de los criterios de focalización y un sistema de vocación universal de autoexclusión que fortalece las políticas de pobreza. Alicia, experta en protección infantil, miembro del equipo de formulación del CCC y del Chile Solidario del Ministerio de Planificación entre 2000 y 2010, plantea: “El eje de acompañamiento es universal [...], porque Fonasa es universal, y también el que no quiere estar en Fonasa no lo está, es una opción, pero nadie está excluido. Por lo tanto, todas las prestaciones que están asociadas al seguimiento de los niños son universales, porque cualquier persona, si quiere, puede estar en el sistema”.

La configuración de un sistema de acceso a derechos en el ámbito de la salud progresa desde políticas básicas focalizadas en la población más pobre inscrita en los consultorios públicos, hacia un sistema de prestaciones integrales basadas en indicadores de desarrollo infantil, para la población del sistema público inscrita en los centros municipales. Las prestaciones especializadas son focalizadas respecto a nuevos criterios de vulnerabilidad establecidos en la Ficha de Protección Social, que acompaña la evaluación de ingreso al sistema de protección social. El CCC se institucionalizó en 2009, a través de la Ley 20.379.

Así, la salud pública infantil se reformula desde una concepción mixta de acceso a servicios y de focalización de prestaciones especializadas, configurando un sistema que combina los sectores privado, estatal y municipal.

El sistema de educación primaria subvencionada

Si analizamos el desarrollo del sistema de educación pública, podemos observar que las reformas en la estructura y el financiamiento realizadas en los años ochenta continuarán su curso de acción y se verán profundizadas.

Como ya lo mencionamos, la reforma tributaria de 1993 que aprueba la Ley N° 19.247 de Financiamiento Compartido de la educación

particular-subvencionada transformará la configuración del acceso a la educación primaria en Chile. Los establecimientos particulares subvencionados ya existentes podrán solicitar una participación financiera a las familias, además de la subvención otorgada por el Ministerio de Educación. La competencia entre los establecimientos se incentiva a través de este nuevo mecanismo de ingresos; tanto la cantidad como la diversidad de colegios aumenta.

Los efectos del Financiamiento Compartido se observan rápidamente en dos planos. En primer lugar, el gasto global en educación aumenta de 3.8% en 1990 a 7.1% en 1999 gracias al aporte privado de las familias, que representa dos quintos del financiamiento total (Marcel y Tockman, 2005). En segundo lugar, entre 1990 y 1999 el número de establecimientos particulares subvencionados aumenta de 2 694 a 3 120, lo que se traduce en un alza de la matrícula en el sector privado. Sin embargo, la migración del sistema municipal hacia el particular-subvencionado se manifiesta de manera explosiva una vez consolidado el sistema en la década siguiente. La matrícula del sector municipal al 2000, que representa 57% del estudiantado de la educación primaria, desciende a 40% en 2010, mientras que la matrícula del sector particular-subvencionado aumenta de 36% en 2000 a 50% en 2010, superando la cobertura del sector público (Ministerio de Educación, 2011).

El sistema particular-subvencionado ofrece una diversidad de aspectos complementarios permitidos dentro del marco de la libre enseñanza, proponiendo servicios educativos diferentes al sistema municipal, y a bajo costo. Así, las escuelas municipales suponen una oferta gratuita estándar para aquellos sectores que no poseen capacidad de pagar, lo que se convierte en un servicio de carácter residual para las poblaciones más pobres.

Por otra parte, las mejoras en infraestructura y calidad de la educación pública se realizan desde inicios de los años noventa, con el fin de hacer frente a la “deuda social” de la dictadura y mejorar la equidad en el acceso a la educación. La política de los programas de mejoramiento de la educación adopta diversas modalidades entre 1990 y 2010, pero se afirma en la concepción de financiamientos temporales en torno a metas precisas, dirigidos a los establecimientos que acojan a la población infantil más pobre. Así, veremos desarrollarse durante la década de los noventa el programa P-900 (focalización de las 900 escuelas más pobres del país) y el programa Mejoramiento de la Calidad de la Educación (Mece), dirigido al sector subvencionado municipal y particular, y que se desarrolla de manera gradual para las escuelas primarias, la educación inicial y el

sistema secundario. El Mece buscaba aumentar la cobertura, mejorar los aprendizajes y prevenir la deserción escolar; se dirige fundamentalmente a los sectores en situación de pobreza y se implanta desde 1992 gracias a un préstamo del Banco Mundial.

A partir de los años 2000, la prioridad es disminuir las desigualdades de la calidad de la educación y enfrentar el fenómeno de segregación socio-escolar producido por el desarrollo del sistema privado-subvencionado. En 2005 se implanta un sistema de subvención preferencial para los establecimientos que atiendan a la población más pobre, sistema que dará origen a la Ley de Subvención Preferencial SEP N° 20.248 en 2008. El objetivo es compensar las desigualdades de origen de los estudiantes, entregando una subvención adicional a los establecimientos por cada alumno de sector “prioritario” (es decir, en situación de pobreza o de alta vulnerabilidad). Esto permitirá a los estudiantes definidos como prioritarios acceder a las escuelas particulares-subvencionadas y a planes de acompañamiento para el aprendizaje, bajo la suposición de que la educación de dichos sectores es más cara y que la subvención preferencial a los establecimientos privados los incentivaría a proponer planes especiales para dicha población con mayores dificultades.

De esta manera, observamos que tanto en los programas de equidad del periodo de transición como en los nuevos sistemas de subvención y de igualdad de oportunidades de la década 2000-2010, el desarrollo de la educación está centrado en el mejoramiento del acceso y de la calidad de la educación dirigida a los sectores más pobres. Son diversas las fuentes de financiamiento y de focalización de la política.

En lo referente a la educación inicial, observamos la misma dinámica, que favorece principalmente el aumento de cobertura del sector público administrado, por un lado, por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji), que recibe a niños y niñas pertenecientes a los dos quintiles más pobres de la población nacional, y por otro lado, por el sector privado gestionado por Integra, una fundación privada dependiente de la presidencia, que atiende también a niñas y niños del primer quintil. El aumento más importante de la cobertura en educación inicial se realiza entre 2006 y 2009, en el marco del componente focalizado de educación de CCC, que asegura plazas al 40% más pobre de la población infantil. El aumento de salas cunas y jardines infantiles supera el 500% bajo la tutela de Junji (Chile Crece Contigo, 2010).

La prioridad en la primera infancia fue uno de los símbolos de la administración de Bachelet (2006-2010). Bernarda, antigua coordinadora

de primera infancia en el Ministerio de Educación entre 1990-1999, coordinadora nacional de programas Junji 2006-2010, afirma: “La presidenta puso el foco en la cobertura de la primera infancia porque sabía que teníamos que preocuparnos de ese sector como país. Y nos dijo: Vamos a poner plata aquí, y esto es una decisión política”. Sin embargo, la ampliación de la cobertura no implica una transformación de la protección de la infancia; en primer lugar, por el carácter focalizado del acceso; en segundo lugar, porque “no existen contribuciones importantes en el plano técnico-pedagógico en la atención de los niños”, nos dice Lucía, miembro del gabinete de Junji durante la instalación del CCC. En este sentido, más allá del aumento de la cobertura para los sectores más pobres, las transformaciones en educación inicial son escasas, porque tanto las políticas de primera infancia en general como el CCC “implicaban trabajar intersectorialmente, entre todos los servicios, una articulación institucional que no tuvimos”, declara Javiera, ex secretaria ejecutiva nacional de la Jundi durante los años 2000.

Así, considerando el carácter técnico y economicista de las transformaciones que operan tanto en el ámbito de la salud como de la educación desde 1990, la focalización de las prestaciones y la ampliación de los criterios de selección no obedecen a una inercia institucional sino a una decisión política adoptada por los gobiernos progresistas post-dictatoriales. Viviana, formuladora de varios programas del sistema de protección social y consejera del Banco Mundial, nos dice:

Si no se terminó drásticamente con los subsidios monetarios, ni con los *vouchers* en educación, ni con la municipalización de la salud, fue por una razón política y porque técnicamente no era posible. Porque cuando quieres hacer modificaciones en política pública tienes que considerar los problemas técnicos y lo que es viable. Es una ilusión pensar que uno puede sentarse con sus ideas y ponerlas en práctica, cuando tienes una responsabilidad estatal. No es posible.

La decisión de ampliar los mecanismos de focalización para poder abordar los problemas de desigualdad originados por las reformas neoliberales a los sistemas de salud y educación se convierte así en una estrategia política del marco normativo del neoliberalismo democrático. Desde este ángulo, abordaremos a continuación la relación entre democracia, focalización y justicia social, que buscará legitimar el modelo económico a través de la esfera social.

LA FOCALIZACIÓN COMO DISPOSITIVO DE LEGITIMACIÓN

El debate sobre la efectividad de las políticas sociales focalizadas es de larga data y posee diversas perspectivas. Sin embargo, existen ciertos acuerdos en torno a la eficacia transitoria de los resultados obtenidos y respecto a los problemas ético-normativos que esta perspectiva nos impone.

En el contexto latinoamericano, los problemas se manifiestan en un orden tanto práctico como ético y político (Lavallée *et al.*, 2009). Desde la definición de las personas que serán foco de los programas hasta la realización de los objetivos, la focalización requiere fuertes capacidades técnicas y amplios consensos políticos. En términos generales, podemos mencionar tres grandes focos de crítica frente a la efectividad de las políticas sociales focalizadas en América Latina.

Primero, las dificultades de orden técnico: el acceso a la información que permita identificar a los individuos que serán foco de la intervención pública en contextos de sistematización variable de los datos, por ejemplo, vinculados con los ingresos; el diseño de instrumentos fiables para llegar a esta población y su alto costo; la existencia de una red institucional estable que permita implantar las políticas diseñadas.

En un segundo orden, observamos dificultades de carácter político: las políticas focalizadas son temporales y subsidiarias, lo que impide el diseño de políticas sociales estables al igual que la existencia de instituciones perennes de acceso a derechos. En la lógica focalizada, las políticas operan bajo una lógica de programas y proyectos. Así, el problema de la sustentabilidad de los resultados es un interrogante mayor.

Por último, un tercer aspecto referente a las dificultades éticas que las políticas focalizadas imponen: la exclusión explícita de ciertas categorías de población del acceso a la protección de derechos fundamentales, como la salud o la educación, que “intrínsecamente conllevan el riesgo de exclusión simbólica, y por ende niegan el acceso a uno de los bienes primarios [...]: las bases sociales del respeto a sí mismo” (Ochman, 2014). Por otra parte, la identificación de individuos como foco de intervención conduce a procesos de descalificación social (Paugam, 2012) que se cristalizan en la configuración de un estatus social desvalorizado, que dificulta las relaciones con el otro social, el “no-asistido”, el “no-pobre”, estigmatizando la posición social de la persona “focalizada”.

Tomando en cuenta las dificultades que se manifiestan sobre los tres planos mencionados, la filosofía de la focalización en Chile, implantada durante el periodo post-dictadura, se puede analizar desde dos ángulos

que integran los aspectos práctico-ético-político. En particular, las políticas implantadas sobre el sector de la salud y en la educación dirigida a la población infantil nos muestran que la focalización de ciertos componentes es el objetivo de una decisión política de las administraciones del bloque progresista que asume el poder entre 1990 y 2010.

En primer lugar, sin lugar a dudas, las políticas focalizadas en los ámbitos de la salud y de la educación públicas permitirán avances en términos de cobertura y mejoramiento de las condiciones de los servicios. Gracias a dichas políticas fue posible desarrollar un conjunto de medidas que articularán un piso mínimo de protección de derechos fundamentales y de servicios básicos para una población fuertemente golpeada por las reformas neoliberales. En términos generales, las diversas políticas focalizadas permitieron reducir la tasa de pobreza y de extrema pobreza, que en 1990 afectaba a 52.3% del total de la población de 0 a 9 años, observando una disminución progresiva a 8.6% de niños de la misma edad en situación de extrema pobreza y 20.4% en situación de pobreza al año 2000, es decir, 29% de la población infantil citada. Para 2011 la situación de esta población es significativamente más favorable que en 1990: 4.9% están bajo condiciones de extrema pobreza, mientras que 19.6% están en situación de pobreza.¹³

Respecto al mejoramiento de las condiciones de los servicios, Bernarda, ex coordinadora de programas nacionales en el Ministerio de Educación y en Junji, explica: “En 1990 en el Ministerio teníamos 2 200 escuelas en condiciones deplorables: los profesores llamaban a los niños a aplausos porque no había timbre, ni siquiera había baños. Entonces el objetivo principal era el mejoramiento de la calidad y la equidad, a través del famoso Mece”. A la vez, en el ámbito de la salud el mejoramiento de los servicios plantea varios desafíos, como afirma Jaime, jefe de la sección de nutrición infantil en el Ministerio de Salud durante la década del 2000, e investigador:

Como disminuyó la desnutrición en los años ochenta, esos chicos y chicas llegan a las escuelas y les empieza a ir bien, entonces además de la educación, le estamos dando comida y vacunas. [...] El problema es que en los años noventa estábamos acostumbrados a atender mal a la población que no paga, por eso tuvimos que trabajar sobre la dignidad también, y poder montar un Estado que fiscalizara. La idea no fue destruir lo que estaba hecho, sino reformularlo desde otra perspectiva.

¹³ Datos extraídos del Ministerio de Desarrollo Social, 2015.

Los resultados son favorables respecto a los avances obtenidos con la población focalizada a lo largo de los 20 años de administración de la centroizquierda post-dictadura. Sin embargo, algunos interrogantes surgen en los planos ético y político respecto a la legitimación de las desigualdades de acceso a derechos y prestaciones.

Bajo los lemas de equidad durante los años noventa y de igualdad en los 2000, las políticas sociales desarrolladas durante las dos décadas, y especialmente su corolario, el sistema de protección social, fundarán su acción en el principio de igualdad de oportunidades: para los más pobres, para los niños, los adultos mayores, las mujeres, entre otros. La pobreza en sí misma no es la categoría que moviliza el conjunto de políticas focalizadas, sino que observamos desplazamientos progresivos hacia la categoría de vulnerabilidad y sus diversas expresiones. Es la exposición a riesgos sociales, provocada por la integración deficiente en el mercado (del trabajo y de la protección social), que se constituirá en el hilo conductor de la reconfiguración del Estado social neoliberal democrático.

Así, paulatinamente desde 1990, el problema por abordar no es la supervivencia absoluta de las poblaciones con dificultades socioeconómicas, sino su integración al mercado. En esta concepción se funda el llamado “Estado integrador”, que supone una política social unida a los intereses de la política económica (Raczynsky, 1994). En este sentido, Cecilia, ex ministra de Trabajo durante uno de los gobiernos del periodo analizado, directora de un programa nacional de pobreza, investigadora y miembro de un *think-tank* cercano a la CPD, explica: “El Ministerio de Hacienda hizo una mejora y una actualización profunda del sector social. Pero la hicieron ellos, no el sector social, y en ese sentido se puede entender como subordinada, pero porque hay un rango de subordinación que es justo y necesario”. El modelo de políticas sociales y de protección implanta entonces mecanismos de integración social por la vía de la integración económica de las poblaciones definidas como vulnerables, a diferencia de una perspectiva de derechos.

Esta concepción de la protección social vinculada con la vulnerabilidad hará eco en el surgimiento del fenómeno de “inconsistencia posicional” (Araujo y Martuccelli, 2011) que enfrentan los individuos en la sociedad chilena. Dicho concepto no se funda en una noción de vulnerabilidad socioeconómica, sino en la exposición de los individuos a las fragilidades de una posición social que depende de un contexto inestable (marcado por las reformas neoliberales) y ausente de protección. La inconsistencia posicional cristaliza los miedos de las múltiples fuentes de vulnerabili-

dad del Chile neoliberal: el miedo a la movilidad descendiente, miedo a enfermarse y no poder pagar los gastos de salud, miedo a ser expulsado del mercado.

La política de igualdad de oportunidades centrada en los más pobres o en situación vulnerable interviene en los riesgos que pesan sólo sobre un sector de la población, aquel que se encuentra en una posición explícita de riesgo factual. De esta manera, la política de igualdad de oportunidades se convierte en una operación de justicia social que legitima las desigualdades en el acceso a los derechos, disociando al Estado de acciones redistributivas (Rosanvallon, 2011). Los beneficios del crecimiento económico, organizados a través de sistemas de solidaridad centralizada, se dirigen así sólo a aquellos que no pudieron integrarse al mercado del trabajo (o que poseen una integración informal) ni pudieron, por ende, acceder al mercado de la protección. Sin embargo, los sectores de la población que poseen inserción inestable en el mundo laboral y protección precaria en el mundo privado deben generar estrategias individuales de protección.

La concepción que busca invertir en políticas de salud y educación para los niños en situación de pobreza o de vulnerabilidad proclama que su objetivo es eliminar las desigualdades de inicio de trayectoria de vida (Chile Crece Contigo, 2010). Sin embargo, esta filosofía representa un proyecto de igualdad estadística y no de igualdad sustancial de derechos (Rosanvallon, 2011). Esto, porque una vez sobrepasado el límite de la definición de la condición de pobreza económica, los individuos son abandonados al mercado, fragilizando su posición.

En este sentido, el objetivo de este modelo de bienestar no es distribuir los beneficios del desarrollo, sino reparar las deficiencias de la esfera económica en una lógica indemnizatoria, otorgando al Estado un rol fundamental en el plano de la distribución de las oportunidades de integración al mercado (Esping-Anderson y Palier, 2008). El Estado de carácter residual extiende así su campo de acción tradicional subsidiario para ejercer un rol de coordinador y fiscalizador de las diversas esferas donde invierte socialmente, con el objetivo de evitar una ruptura de la población más frágil en términos de integración y, por ende, con capacidad competitiva más baja.

El Estado social neoliberal configura una variante residual-extendida, que asume un rol fuerte de inversión social y de fiscalización de dicha inversión, dirigido a las poblaciones con dificultades de autonomía en la integración social por la vía del mercado. Dicha noción del rol del bien-

estar se legitima como un mecanismo de justicia social en un contexto de desigualdades estructurales. Pero fundamentalmente emerge en un contexto de alta competitividad donde los vínculos sociales tradicionales de protección, asociados con la familia o con los espacios de socialización cotidiana como la escuela o el trabajo, son invadidos también por una lógica de competitividad, reconstruyendo así el lazo social desde la competencia, a diferencia de la colaboración o la filiación.

Así, la competencia se instala en los resultados escolares, en los índices de desarrollo infantil, en la inserción laboral, en la configuración del barrio, entre otros. Ese principio de competencia, fundante del lazo social contemporáneo de la sociedad neoliberal chilena, guiará la concepción de una protección social orientada a igualar las posibilidades y las capacidades de los individuos a competir en el mercado.

CONCLUSIONES

Las transformaciones experimentadas por el Estado social chileno desde 1973 son incontestables. Sin embargo, se sitúan tanto en una línea de continuidades respecto a una estructura de distribución desigual del acceso a derechos, como sobre una institucionalidad de larga data.

El aspecto que interviene en el cambio de carácter del Estado social, desde la dictadura y que será consolidado durante el periodo democrático, es que la focalización opera como un dispositivo de corrección de la capacidad de competencia de los individuos para insertarse en el mercado y generar así procesos de integración social. Desde esta perspectiva, la protección social y las políticas de acceso a derechos fundamentales en la infancia, como la salud y la educación, son espacios de “igualación” de capacidades. Esta fórmula legitima las desigualdades estructurales, aceptando las condiciones que las originan y corrigiendo los factores de desequilibrio, que finalmente retrasan el desarrollo socioeconómico debido a la integración defectuosa de un sector de la población.

Los derechos sociales como base universal de desarrollo de la ciudadanía son reconceptualizados y pueden ser accesibles por diversas vías, mientras el Estado garantiza la existencia de una gama de alternativas a través del mercado. En esta lógica, entonces, no existe una institucionalidad que se funde en la garantía de los derechos en sí mismos, sino que nos enfrentamos a un sistema híbrido de acceso mixto por la vía del

mercado y de la protección pública residual, también mixta (municipal o estatal).

El riesgo de esta concepción de los derechos sociales es que a través de los mecanismos de justicia reparativa se instalan las condiciones para la profundización de desigualdades múltiples. El caso chileno, en efecto, es reconocido por los factores de segregación a partir del sistema escolar y por la gran brecha que ello produce en términos de desigualdades de ingresos y de calidad de vida, encabezando las cifras de desigualdad de los países pertenecientes a la Organización por la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2015).

Así, las preguntas que surgen son: ¿Qué tipo de sociedad se construye bajo los diversos paradigmas de la protección? ¿Qué rol juegan los Estados frente a los derechos sociales en un contexto de neo-liberalización creciente de las economías mundiales? El desafío supera, de esta forma, los aspectos vinculados con el diseño de la política social, para trasladar la pregunta sobre la construcción de lo social y de lo político en las sociedades contemporáneas a una disputa por las concepciones de distribución de lo común.

BIBLIOGRAFÍA

- ARAUJO, Kathya, y Danilo Martuccelli (2011). “La inconsistencia posicional: un nuevo concepto sobre la estratificación social”. *Revista CEPAL* 103: 165-178.
- BANCO MUNDIAL (1990). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990: La pobreza*. Banco Mundial.
- BANCO MUNDIAL (2001). *Informe 2000/2001: Enfoque de manejo social del riesgo*. Banco Mundial.
- BRAVO, David, Dante Contreras y Claudia Sanhueza (1999). *Rendimiento educacional, desigualdad y brecha de desempeño público/privado: Chile 1982-1997*. Chile: Universidad de Chile.
- CHILE CRECE CONTIGO (2010). *Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*. Chile: Sistema Chile Crece Contigo.

- CONGRESO NACIONAL DE CHILE [en línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en <<https://www.leychile.cl/Consulta/homebasico>> [última consulta: 10 de diciembre de 2017].
- COX, Cristian (2003). “Las políticas educacionales de Chile en las últimas dos décadas del siglo XX”. En *Políticas educacionales en el cambio de siglo. La reforma del sistema escolar en Chile*, compilado por Cristian Cox, 19-113. Santiago: Editorial Universitaria.
- CUBILLOS, Paula (2017). “L’État social au Chili sous le prisme des politiques de l’enfance: continuités et inflexions 1973-2013”. Tesis de Doctorado en Sociología. Francia: Universidad Paris Descartes, Paris Sorbonne Cité.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta (2009). *Les trois mondes de l’État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Francia: Presses Universitaires de France.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta, y Bruno Palier (2008). *Trois leçons sur l’État-providence*. París: Editions du Seuil.
- ESPINOZA, Óscar, y Luis Eduardo González (1993). *La experiencia del proceso de desconcentración y descentralización educacional en Chile, 1974-1989*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación.
- GARRETÓN, Manuel (2014). *Las ciencias sociales en la trama de Chile y América Latina. Estudios sobre transformaciones sociopolíticas y movimiento social*. Chile: LOM.
- HOMEDES, Nuria, y Antonio Ugalde (2005). “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America”. *Health Policy* 71 (1): 83-96.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2011). *Estadísticas vitales. Informe anual 2009*. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- JUNTA MILITAR (1974). *Objetivo nacional de Chile*. Chile: Gobierno de Chile.
- LAVALLÉE, Emmanuelle, Anne Olivier, Laure Pasquier-Doumer y Anne-Sophie Robilliard (2009). *Le ciblage des politiques de lutte contre la pauvreté: quel bilan des expériences dans les pays en développement?* Documento de Trabajo No. 79. París: Agence Française de Développement.
- MARCEL, Mario, y Marcelo Tokman (2005). *¿Cómo se financia la educación en Chile?* Chile: Gobierno de Chile-Ministerio de Hacienda.

- MESA-LAGO, Carmelo (1989). *Ascent to Bankruptcy: Financing Social Security in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- MESA-LAGO, Carmelo (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Documento de Trabajo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Chile: Naciones Unidas.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL [en línea] (2015). “Archivo histórico de Encuesta Casen”. *Observatorio Social*. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_obj.php> [última consulta: 11 de enero de 2018].
- MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA (1980). *Constitución de la República de Chile*. Chile: Gobierno de Chile. Disponible en <<http://bcn.cl/1uva9>> [última consulta: 6 de diciembre de 2017].
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2011). *Estadísticas de la Educación 2011*. Chile: Ministerio de Educación de Chile-División de Planificación y Presupuesto.
- MOLINA, Carlos (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Chile: LOM.
- OCHMAN, Marta (2014). “Políticas sociales focalizadas y el dilema de la justicia” [en línea]. *Andamios. Revista de Investigación Social* 11 (25): 147-169. Disponible en <<http://www.redalyc.org/pdf/628/62836852007.pdf>> [última consulta: 9 de enero de 2018].
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE) (2015). *Estudios económicos de la OCDE Chile*. Francia: OCDE.
- PAUGAM, Serge (2012). “Les formes contemporaines de la disqualification sociale” [en línea]. *Ceriscope Pauvreté*. Disponible en <<http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part5/les-formes-contemporaines-de-la-disqualification-sociale>> [última consulta: 2 de enero de 2018].
- RACZYNSKI, Dagmar (1994). *Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: balances y desafíos*. Chile: Corporación de Estudios para Latinoamérica.
- RAÑA, Javier, Juan-Carlos Ferrer y Paula Bedregal (2007). “Modelo de asignación de recursos en atención primaria”. *Revista Médica de Chile* 135 (1): 54-62.

- ROSANVALLON, Pierre (2011). *La société des égaux*. París: Editions du Seuil.
- RUIZ, Carlos (2010). *De la república al mercado. Ideas educativas y políticas en Chile*. Chile: LOM.
- TITMUSS, Richard (1974). *Social Policy*. Reino Unido: Open University Set Book.

Recibido: 17 de enero de 2018

Aceptado: 18 de junio de 2018