

## **Profundización subsidiaria en el Chile democrático: el caso de los hospitales concesionados**

Autora: Javiera Ortiz Tapia

Institución: Universidad de Chile, Licenciada en Sociología.

Correo electrónico: javiera.ortiz.t@ug.uchile.cl

### Resumen:

En los últimos años se ha desatado el cuestionamiento al Estado subsidiario chileno y sus políticas de focalización desde los actores sociales, especialmente desde los movimientos que se han conformado al calor de estallidos de protesta social. La educación, la salud, la vivienda, la relación con el medio ambiente y el modelo de previsión social se han visto cuestionadas, dando paso a una crítica más profunda sobre el quehacer del Estado y su forma de relacionarse con la sociedad civil que, desde que se implantó el modelo neoliberal en la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet, ha sido desde el mercado, privatizando la provisión de servicios públicos y derechos sociales básicos, como los mencionados anteriormente, forzando a que el acceso a estos sea en función de la capacidad de pago de las familias. Tal como se señala, este tipo de relación Estado-sociedad se enmarca dentro de profundas transformaciones sociopolíticas en determinado contexto histórico, es por esto que se pretende combatir la naturalización que se ha logrado hacer del actual sistema, presentando desde una óptica sociohistórica el cambio que ha tenido la acción estatal en Chile, generando una profundización subsidiaria realizada por los gobiernos democráticos post dictadura, tomando como ejemplo de esto el caso de los hospitales concesionados.

## **I. Introducción**

En los últimos años se ha desatado el cuestionamiento al Estado subsidiario y sus políticas de focalización desde los actores sociales. La educación, la salud, la vivienda, la relación con el medio ambiente y el modelo de previsión social se han visto cuestionados, dando paso a una crítica más profunda sobre el quehacer del Estado y su forma de relacionarse con la sociedad civil la cual se ha instaurado como neoliberal desde la dictadura de Augusto Pinochet, privatizando la provisión de servicios públicos y derechos sociales básicos, forzando a que el acceso a estos sea en función de la capacidad de pago de los núcleos familiares. La actual relación entre Estado y sociedad se enmarca dentro de profundas transformaciones sociopolíticas, es por esto que la presente investigación pretende combatir la naturalización que existe del actual sistema, presentando desde una óptica sociohistórica el cambio que ha tenido la acción estatal en Chile, tomando como ejemplo de esto el caso de los hospitales concesionados.

### **1. Acción estatal en América Latina**

El modelo de políticas públicas instaladas en dictadura refleja un proceso de transformación del rol que ha tenido el Estado chileno, avanzando desde un Estado desarrollista a un Estado subsidiario que se ancla en la alianza con el mundo privado. Esta transformación se produce teniendo como antecedente el desarrollo de profundos consensos sociales durante el periodo nacional-popular, que dieron sustento al Estado de Bienestar en América Latina (Faletto, 1987). Los compromisos sociales que asumió el Estado se debieron a la presión ejercida por los sectores medios, obreros y populares, quienes al organizarse lograron legitimar sus demandas. Estos consensos sociales serían la existencia de una dirección global de la economía con el fin de reducir el desempleo y la inflación; la necesidad de proporcionar servicios que el sector privado no ofrece y por último, medidas de protección de los individuos respecto a situaciones que éstos no pueden enfrentar, es decir, prestaciones sociales. “En referencia a América Latina también podríamos agregar que el otro consenso básico perdido era o es el consenso político respecto a la posibilidad de una opción democrática” (Galbraith en Faletto, 1987: 6).

## **2. Neoliberalismo, dictadura y Estado subsidiario en Chile**

El Estado, además de proporcionar servicios y prestaciones, desarrolló una reglamentación para regular las actividades privadas que tuvieran efecto en la población (legislaciones sociales), generando capas de profesionales especializados en el servicio público. Sin embargo, la etapa iniciada con la dictadura en Chile convierte los consensos sociales que sustentaban la acción estatal hacia las lógicas de mercado como mecanismo para resolución de problemas sociales, imponiendo a través de un autoritarismo un nuevo modelo económico, social y político: el neoliberalismo, transformación que ocurrió sin posibilidad de réplica por parte de organizaciones sociales proscritas y desmembradas. Esta “primera generación” de reformas neoliberales basadas en el Consenso de Washington (Ruiz, 2013; Williamson, 1990), consiste principalmente en medidas orientadas a la privatización de servicios públicos, disciplina en el gasto fiscal y focalización del gasto social. Todas estas reformas son complementadas en la década de los ochenta por las reformas de “segunda generación”, que consisten en la modernización de la gestión del Estado, homologando sus principios de acción con los del sector privado basándose en la “eficiencia” que este sector demostraba (Osborne & Gaebler, 2002).

Posterior a la dictadura militar en Chile, se da inicio a un periodo de transición democrática; se retoma la pluralidad de partidos y las elecciones, sin embargo, a pesar de esta apertura a nivel político, se observa la continuidad del modelo económico-social neoliberal, el que se profundiza, perfecciona y se asume como herramienta para resolución de necesidades sociales y económicas. Considerando el auge que tuvieron las reformas de segunda generación al alcanzar alto grado de difusión y aceptación a nivel mundial, el quehacer estatal en este periodo se centra en fortalecer el pilar de alianza público-privada para las inversiones que debían hacerse en el ámbito público. A partir de lo anterior es posible afirmar que las políticas públicas durante la transición profundizan la subsidiariedad como característica principal del Estado en Chile; éste debe seguir las lógicas de eficiencia que demostró tener el mercado, pues no sería capaz de sustentar la provisión de servicios sociales y asegurar una economía pujante a la vez.

### **3. Profundización subsidiaria en el Chile democrático**

La relación post dictadura de la acción estatal y la expansión del mercado en Chile propicia que el tipo de relación predominante ya no sea en lógicas orientadas a un desarrollo social planificado, sino que será la economía liberalizada y el sistema de relaciones mercantiles el que modelará la conducción del destino nacional.

De esta forma los gobiernos democráticos que fueron dirigidos por la Concertación profundizan elementos de privatización en el sector público. Ejemplo de esto es el copago en la educación escolar, sin embargo, es la salud el área donde se evidencia que la mercantilización de los servicios públicos no fue enteramente obra de la dictadura sino de los gobiernos democráticos profundizando la ideología neoliberal.

El *problema de investigación* se enfoca en comprobar que la acción estatal está sistemáticamente orientada a construir nichos de acumulación privada regulada, asegurando la ganancia privada en el ámbito de la salud desde el comienzo de los gobiernos de la Concertación en 1990, teniendo como punto máximo de privatización de los servicios públicos el modelo de concesiones hospitalarias.

### **4. Una mirada sociológica al problema**

Este dilema se ha abordado de distintas maneras por diversas disciplinas académicas. En economía, se reconoce el papel del Estado de manera principal en la intervención de las fallas de mercado, sin embargo, sus principales virtudes estarían asociadas a sus capacidades coercitivas. (Stiglitz, 2000). Para la ciencia política el análisis remite al lugar de las instituciones, los actores políticos en juego y el poder de agenda de cada uno de ellos. Por otra parte, a nivel de análisis técnico de las políticas públicas se discute normativamente bajo marcos ideológicos ya dados (Nelson, 1996). Desde la administración pública, la visión de la eficiencia en la administración del Estado se instala con las reformas emprendidas bajo la Política de Modernización de la Gestión Pública, que se orienta bajo criterios tecnocráticos (Tello Navarro, 2011), asimilando la gestión estatal a la del sector privado, evaluada como intrínsecamente más eficiente (Hood, 1991; Osbourne, 1993; Garretón, 2012b); con este nuevo cuerpo de instrumentos y prácticas dejando las funciones del Estado limitadas a regular,

fiscalizar y asignar fondos para que privados ejecuten los planes, programas y proyectos públicos.

Por otra parte, la sociología como disciplina ha perdido un enfoque propio en el estudio de estos problemas, logrando mimetizarse con las visiones anteriormente expuestas al recoger un análisis que naturaliza la forma en que se construye socialmente la acción estatal. Por ende, la *relevancia de la presente investigación* radica en aportar elementos sociológicos para la comprensión de la profundización subsidiaria en Chile, poniendo énfasis en el carácter social del proceso. Se retoma una visión sociológica desarrollada en Chile principalmente por el sociólogo Enzo Faletto, en que el quehacer estatal no refiere a actividad burocrática sino a la orientación que éste adquiere según los grupos sociales que estén en el poder. Asimismo, la relevancia práctica de esta investigación radica en el debate público actual que cuestiona las relaciones entre Estado, mercado y derechos sociales, poniendo bajo examen la intromisión de criterios mercantiles en los servicios públicos. Es relevante realizar una investigación bajo esta orientación, especialmente bajo el actual contexto académico y disciplinar, en el que se ha desvinculado el análisis de lo político, lo social y lo económico, enfoque validado por las tecnocracias que propulsan un conocimiento científico, neutral, objetivo y apolítico, lo cual no permite vislumbrar las relaciones sociales y la dinámica de las relaciones de poder que ocurren en la realidad detrás del velo de la acción económica. Sin embargo, a lo largo de esta investigación, demostraremos que esta supuesta equivalencia entre reducción del Estado y neoliberalismo muchas veces oculta la reorientación que busca hacer el neoliberalismo de la acción estatal.

## **II. Discusión conceptual: Carácter social de la acción estatal**

Para analizar el papel del Estado en el continente se hace necesario tomar una óptica tanto regional como histórica. El Estado en América Latina ha representado las fracciones de clases en el poder, y sus luchas a nivel social y político se ven reflejadas en su actuar. Las orientaciones que adquiere el Estado han ido mutando a lo largo del siglo XX debido a la pugna social por su conducción.

## 1. Cambios en la acción estatal en el periodo nacional-popular

Comenzando el siglo XX en Europa y Estados Unidos, la caída del liberalismo y el ascenso de las alternativas socialistas son el escenario propicio para que se alce la idea de un Estado fuerte como garante del beneficio social. En este contexto, en América Latina, se genera un vacío de poder con la crisis de la hegemonía oligárquica finisecular, y para Weffort (1968), esta crisis se enfrenta en el continente mediante el populismo, alianza social y política caracterizada por su inestabilidad, se legitima en base a la apelación al pueblo, figura que abarca un amplio espectro de clases y grupos sociales, especialmente de partidos políticos que agrupan intereses más que ideologías o extracciones de clase (Touraine, 1989).

Para la CEPAL, este periodo es denominado de “desarrollo hacia adentro”, ya que la política de sustitución de importaciones apunta a fortalecer el mercado interno y el desarrollo económico mediante la industrialización de los países; se inicia en los años treinta llegando hasta fines de los años sesenta. En este periodo es relevante observar la reorganización del poder; es decir, “los distintos grupos sociales se constituyen en actores no sólo en torno, sino a partir del Estado que, en muchos casos regula la constitución de los propios actores sociales, y con ello de las fuerzas políticas en cierto modo” (Ruiz, 2013: 29). Muestra de aquello es la constitución de una burguesía industrial gracias a la decisión de política económica estatal. Al alero de estas industrias, surge una clase obrera de dependencia estatal de carácter *sui generis*. Asimismo, crecen las burocracias estatales, grupos conformados por profesionales al servicio de un Estado que toma un papel cada vez más importante. Con este escenario, diversos grupos sociales se constituyen en torno a la orientación que adquiere la política estatal mediante la presión para obtener beneficios del Estado. Esta puja por políticas redistributivas choca con la presión por políticas de inversión que demanda el sector privado. En este periodo se produce un delicado equilibrio de fuerzas que permiten la dirección de la sociedad bajo un “Estado de Compromiso” (Weffort, 1968). En este periodo se abre un proceso de democratización social, con mayor movilidad, capacidad de organización política, incorporación económica y social de los grupos populares. Sin embargo, esto no redundo en el fortalecimiento de un sistema democrático formal. Durante el proceso de irrupción de masas de este periodo nacional-popular, se van cuajando grupos de presión que finalmente llevan al límite la capacidad del Estado de satisfacer demandas.

Así se inicia un nuevo proceso de dictaduras militares en el continente, con una respuesta autoritaria al desborde institucional. Sin embargo, en un contexto de crisis de conducción social, estos regímenes aparecen para redefinir el carácter del Estado (Ruiz, 2013), excluyendo a aquellas masas que lograron desbordar la institucionalidad.

Ante la crisis vivida, la dominación se presenta en nuevos términos, por lo que apuesta a romper con la relación entre Estado y grupos sociales, debido a que habría una sobrepolitización del Estado. Para ello, se impulsa el desarme de los métodos de organización de esta sociedad civil, tanto por la vía de la represión como de la transformación de la orientación estatal. Las nuevas formas de legitimación del poder parten desde la negación del estado anterior, posteriormente, esta legitimación muta a su forma positiva, apoyándose en la racionalidad administrativa. Ambos elementos remiten a una nueva forma de Estado, que apunta a abandonar su papel intervencionista y avanza a consolidarse como un Estado eficiente, productivo, que impulsa al sector privado.

## **2. Teoría y práctica del Estado Neoliberal en Chile**

En Chile el neoliberalismo se presenta como una excepción a nivel regional por factores que remiten a la naturaleza de su instauración; durante una dictadura, con imposibilidad de réplica de actores sociales (Ruiz, 2013). A continuación se revisarán los fundamentos teóricos del giro neoliberal en Chile.

### ***El giro neoliberal en dictadura***

Si bien el comienzo de la dictadura en Chile estuvo permeado por un discurso nacionalista, pronto ese espíritu es derrotado por la ineficacia de las medidas económicas contra la inflación y el déficit (Vergara, 1985); en este contexto, dentro del mismo régimen terminan por imponerse los monetaristas ortodoxos; profesionales formados principalmente en la Universidad Católica, perfeccionados en la Escuela de Chicago vinculados políticamente al movimiento gremialista universitario (Huneus, 1998). Según Harvey (2007), los “Chicago boys”, formados bajo el monetarismo, tuvieron como primera tarea negociar préstamos con el Fondo Monetario Internacional (FMI), trabajando con esta institución para reestructurar la economía chilena. En esta época se revierten las nacionalizaciones en pos de incentivar una economía liberal. Estas medidas “reviven” la economía nacional hasta la crisis de 1982

(Harvey, 2007, pág. 8), sin embargo, esto se hará a costa de una profunda inequidad social y escasa redistribución de ingreso (Harvey, 2007; Stallings, 2001)

La teoría neoliberal es construida por una agrupación de intelectuales conocida como la Sociedad Mont Pelerin (que cuenta entre sus miembros a Friedrich von Hayek, Milton Friedman, Ludwig von Mises entre otros). Esta agrupación nace en 1947 bajo el supuesto de que el valor principal de occidente -la libertad- peligraba. Se autodenominan neoliberales en lo económico al basarse en los economistas neoclásicos de la segunda mitad del siglo XIX (Harvey, 2007). La batalla contra el colectivismo y el intervencionismo estatal es justificada en nombre del individualismo, por lo que justifica la “libertad en materia económica sin la cual jamás existió en el pasado libertad personal ni política” (Hayek, 2005, pág. 40). La libertad personal permitiría que el ordenamiento social sea espontáneo, oponiéndose a cualquier tipo de planificación, pues el “movimiento a favor de la planificación es un movimiento contra la competencia como tal” (Hayek, 2005, pág. 68),

Esta posición se mantuvo marginada ante la preponderancia de la iniciativa keynesiana en todo el orbe, siendo notorio a principios de 1970. Pero su influencia creció a tal punto que en 1974 Friedrich von Hayek obtiene el Premio Nobel en Economía y en 1976 lo obtiene Milton Friedman (Harvey, 2007). Este respaldo académico motiva la influencia que adquirió esta teoría en diversos países.

En Chile, el cruce entre liberalismo económico y militarismo genera que la justificación discursiva de la represión política sea la Doctrina de Seguridad Nacional que antepone los “intereses superiores de la nación” a cualquier libertad civil o derecho personal; asimismo el “bien común” es reformulado a favor del desarrollo económico. En 1975 este discurso alcanza su clímax para defender la *política económica del shock*: si la seguridad nacional es la prioridad, y debe ser defendida del comunismo, las Fuerzas Armadas son la única institución capaz de asegurar la estabilidad nacional. La libertad queda subordinada al orden. A pesar de las evidentes contradicciones filosóficas entre seguridad nacional y liberalismo económico, se encuentra un punto común que sería la metáfora de la enfermedad del cuerpo social llamada “cáncer marxista”, cuyo máximo síntoma es la inflación (Vergara, 1985).

Es por esto que la solución económica a este intervencionismo serían los mecanismos neutros del mercado. Además, la principal receta para introducir los mecanismos del mercado es la

privatización acelerada de la economía, produciendo alta liberalización en los intercambios con el exterior (Vergara, 1985, pág. 100). En esta misma línea, Miguel Kast, plantea que los principios que deben regir el Estado son; la igualdad ante la ley, la no discrecionalidad y el respeto al derecho de propiedad privada, además de hacer mención a lo que denominaremos subsidiariedad del Estado (Kast, 1980). Cualquier violación a estos principios llevaría al país al odio e inestabilidad que reinó durante el gobierno de la UP. En síntesis, si el Estado adquiere más funciones “la lucha por el poder de parte de los distintos grupos políticos en pugna será cada vez más violenta.” (Kast, 1980, pág. 224).

En resumen, Harvey (2007) sintetiza las características del Estado neoliberal: privatización de las propiedades estatales; derecho a la propiedad privada, el libre mercado y el libre comercio, garantizado por el Estado; iniciativa privada y empresarial son las fuentes de la riqueza; los éxitos y fracasos en el libre mercado son responsabilidad individual; reducción de barreras para el libre movimiento de capitales internacionales; sospecha de la democracia, ya que el gobierno de la mayoría es posible amenaza a libertades individuales.

Si bien este resumen esquemático intenta definir los elementos comunes de los Estados neoliberales en el mundo, el autor reconoce que existe una evolución dinámica de estas características debido a los contextos particulares de los estados.

Amparado en el principio expuesto con anterioridad, los estados neoliberales caen en contradicciones elementales; en Estados Unidos y en la Unión Europea se aplican protecciones a ciertos productos agrícolas locales. Existe también una defensa a nivel internacional de la solvencia instituciones neoliberales; el FMI previene el riesgo de quiebra de muchas instituciones financieras en todo el mundo, cuestión que contraviene la idea de la responsabilidad individual por el éxito o fracaso de la iniciativa privada (Harvey, 2007). Estas dos situaciones se vivieron en Chile al momento de la crisis de la de los años ochenta, Si bien esta crisis no afectó de manera dramática al país (Büchi, 1993), sí se pueden evidenciar efectos económicos positivos explicados por un cambio hacia una política pragmática, rescatando al sector privado –principalmente bancos y otras entidades de los nuevos grupos económicos- mediante subsidios (Ruiz y Boccardo, 2014). Comienza un nuevo ciclo de privatizaciones que ahora incluye la gran infraestructura estatal: telecomunicaciones, energía y transporte aéreo (Ruiz y Boccardo, 2014). A nivel social, en contraparte, si se observa la distribución del ingreso diferenciada por quintiles, la razón que existía en 1973 de 10,5 aumenta a 14,3 en el

año 1981, creciendo nuevamente en el periodo de la crisis entre los años 1982-84 a 17,8 (Stallings, 2001).

Desde los inicios de la sociedad moderna ha existido una conjunción de las categorías sociales con las económicas, más hoy se produce un divorcio de ambas categorías debido a la ideologización por parte del neoliberalismo, dejando de lado la historia de coexistencia y combinación que han tenido tanto el Estado como el Mercado (Lechner, 1992). Dado que las políticas sociales dependen altamente del éxito de las políticas económicas (Büchi & Sancho, 1997) convendría aliviar a este sector de esas cargas. Sin embargo, si se pone el énfasis en la mirada del actor político, la “posición de poder de inversores privados incluye el poder de definir la realidad” (Offe, 1990, pág. 139), evidenciable en los altos grados de concentración monopólica que logró el empresariado local luego de la segunda ola de privatizaciones (Moguillansky, 2001 citado en Ruiz & Boccardo, 2014).

Finalmente, la instalación del libre mercado es posible en América Latina sólo si, paradójicamente, es empujada desde el propio Estado, concluyendo que en este paradigma Estado y Mercado son inseparables. Es posible afirmar que durante el último tercio del siglo XX el Estado *cambia la orientación de su acción* (Faletto, 1989; Lechner, 1992; Ruiz, 2013; Boccardo, 2014) en favor de liberalizar la economía nacional. Tal como señala Faletto:

*“La aplicación de esa estrategia implica también, por cierto, una “política estatal”, de modo que el problema concreto es quién determina las acciones y omisiones del Estado y cómo lo hace. No se trata, entonces, de que en el plano analítico se dé por sentada la prescindencia del Estado, sino de determinar quién lo orienta y en función de qué políticas”* (Faletto, 1989, pág. 168).

Todo esto apunta a una *transformación del carácter social del Estado*, que orienta su actuar hacia la solución de los problemas del agente privado (Boccardo, 2014), marcando un contraste severo con la época anterior donde las prioridades estatales estaban en integrar política, social y económicamente a sectores amplios de la población. (Kast, 1980; Ruiz, 2013).

### ***El problema del Estado subsidiario***

El concepto de subsidiariedad tiene larga data en la discusión filosófica, en especial en el mundo religioso. Si bien en el mundo del catolicismo este concepto hunde sus raíces en la formulación de Tomás de Aquino, el protestantismo, se hace parte de esta discusión desde J. Althusius (Ortúzar, 2014). La visión católica inaugurada en la Edad Media propone que las comunidades humanas se generan dentro de órdenes graduales, siendo partes que operan de manera independiente pero dentro del todo. Por otra parte, la formulación calvinista genera el germen de las posturas federalistas.

Sería posible distinguir dos dimensiones de la subsidiariedad: una dimensión positiva, que plantea el fortalecimiento por la autoridad política de las agrupaciones menores, y una dimensión negativa (Ortúzar, 2014), que abogaría por la no absorción de sociedades menores por las mayores. Sin embargo, Niño Parada (2007) añadiría una tercera visión a las dos ya expuestas, que sería el principio de subsidiariedad propiamente tal, en que el Estado deberá actuar solamente cuando las necesidades superen las posibilidades de las comunidades menores (Niño Parada, 2007). Hayek propone que la subsidiariedad es el “orden espontáneo que maximiza la utilización de la información socialmente disponible gracias a la libre coordinación de los agentes sobre la base del sistema de precios” (Ortúzar, 2014, pág. 20)

Esta tendencia abstencionista que liga subsidiariedad con mercado se sustentaría en las experiencias político-constitucionales acontecidas especialmente en América Latina (Niño Parada, 2007). Ante esto, el autor hace una apreciación crítica sobre la concepción de subsidiariedad, ya que:

*“estamos frente a un elemento con un alto contenido subjetivo: ¿cuándo se entiende que una inacción es negligente, o lo es el actuar?, o bien ¿cómo se evalúa que una determinada función asumida por los particulares ha fracasado en el logro de sus fines? Y, finalmente, ¿cómo se puede determinar, con certeza, que los grupos intermedios no están interesados en la ejecución de tareas que le son propias?”* (Niño Parada, 2007, pág. 39).

Esta reflexión lleva a pensar las tensiones que presenta el concepto de subsidiariedad. Una primera tensión sería determinar cuál es el bien común que orienta el accionar de todas las organizaciones intermedias. En segundo lugar, generar parámetros específicos para determinar la intervención estatal si las organizaciones intermedias incumplen sus cometidos.

Por último, conjugar las esferas de autonomía con una estructura social supuestamente jerárquica naturalmente. Todas estas tensiones opuestas del principio de subsidiariedad muestran la dificultad de establecer este principio como universal.

En Chile, esta visión comienza a aplicarse en un contexto histórico muy reactivo políticamente, plasmándose formalmente en la Constitución de 1980, estableciendo un carácter antiestatista. Sin duda el intelectual más influyente en Chile respecto de la instalación del modelo neoliberal en dictadura fue Jaime Guzmán. Abogado de la Universidad Católica, asesor de la junta militar para temas constitucionales. Respecto a la subsidiariedad, en una primera etapa de su pensamiento político este principio lo utiliza para demarcar el ámbito de la libertad, luego muta hacia el liberalismo filosófico de Hayek, cuestión que hace mutar también su concepción de libertad entendida ahora como espacio de no interferencia reorientando este principio hacia una minimización del Estado, sosteniendo una interpretación individualista del derecho de propiedad (Cristi, 2011).

Los principios de un gobierno, según los ideólogos deben regirse por derechos del hombre anteriores a los del Estado. En política económica, debe existir un respeto al derecho de propiedad, libre competencia y equilibrio macro económico, existiendo un Estado subsidiario regulador. En políticas sociales, se produciría una dependencia con las políticas económicas. Büchi (1993) plantea que el Estado debe descentralizar hacia los gobiernos locales (Stallings, 2001).

### ***La relación entre Estado y Mercado***

Tal como señala Lechner (1992), Estado y Mercado han tenido una larga historia de coexistencia y combinación, Faletto (1987) hace un análisis de las economías mixtas que habrían existido en el continente: para él es necesario considerar que la constitución del Estado en América Latina contiene contradicciones sociales y políticas. La inconsecuencia estructural del Estado, en este periodo tiene relación con que origina una economía que se rige por objetivos políticamente definidos, sin embargo, no deja de asumir relaciones mercantiles en sí mismo; por otra parte, la economía de mercado no habría sido posible sin la intervención estatal en la creación de empresas públicas y el impulso que le entregó al sector privado.

El Chile democrático hereda de la dictadura una forma de Estado antidemocrático, que excluye a la sociedad de cualquier forma de conducción política basándose en el carácter

apolítico y científico que tiene la administración estatal. La expulsión de la discusión política del Estado redundaría en un carácter social discriminante de la acción estatal (Ruiz & Boccardo, 2014a). Sin embargo, esta acción discriminante da preferencia a los grupos oligopólicos del empresariado chileno cuyo origen encontramos en las privatizaciones de las empresas estatales en los años ochenta, ocurriendo una “acumulación por desposesión” (Ruiz & Boccardo, 2014a) Así afirmamos que el Estado protege los intereses privados deliberadamente en desmedro de sectores sociales alternos. Esta paradoja del Estado neoliberal se aúna con la mencionada por Boccardo (2014), la que radica en que, para eliminar el antiguo Estado de Compromiso se requiere de un Estado fuerte, con gran capacidad institucional, política y material. El problema entonces no es cómo se desarma el Estado, sino cómo se reorienta su actuar

### **III. Privatización de la Salud en Chile**

#### **1. Surgimiento y desarrollo de las concesiones en Chile**

Hemos establecido que los gobiernos democráticos no hacen más que profundizar las antiguas lógicas impuestas autoritariamente. Uno de los principales mecanismos de profundización subsidiaria son las concesiones, modelo que hace alusión a alianzas público privadas para desarrollar proyectos de infraestructura, en las cuales el sector privado asume un rol previamente atribuido al Estado (Goyenechea, 2015, pág. 2). Este modelo es radicalmente diferente al utilizado por el Estado en las décadas anteriores para generar infraestructura pública. Mediante estas acciones se disuelve también la capacidad del Estado de construir infraestructura pública, introduciendo a los privados como agentes para construir hospitales y escuelas pero manteniendo el rol activo del Estado en cuanto a la operación y mantenimiento de estos servicios públicos.

Se plantea como una solución viable pues se advierte un déficit de fondos públicos que puedan sostener estas grandes obras; el Ministerio de Obras Públicas (en adelante, MOP), debía triplicar su presupuesto y reorganizar su funcionamiento interno (Engel, Fischer & Galetovic, 2001, citado en: Goyenechea, 2015). Generalmente bajo el modelo BOT (built, operate and transfer), la empresa operadora percibe ingresos a través de cuotas cobradas al Estado en vez de tarifas cobradas al consumidor, sin embargo en Chile se adoptó este modelo basado en la política británica llamada PFI (Public Finance Initiative), una variante de la concesión, en un

intento de atraer al sector privado para un amplio rango de proyectos de gobierno, en sectores como la salud, prisiones, transporte y defensa (Bachelet, 2010).

La primera concesión en Chile fue durante el gobierno de Patricio Aylwin, el túnel “El melón”, inversión que tuvo grandes pérdidas para la empresa concesionaria, por lo que ante esta situación el MOP promueve ampliar la inversión privada en infraestructura de transporte por USD \$ 1.500 millones anuales (Goyenechea, 2015). Un aumento así requería modificaciones legales, por lo que la ley de concesiones de 1991 sufre modificaciones en el año 1996, en pos de aumentar los beneficios para las empresas concesionarias y disminuir el riesgo para estas inversiones. Asimismo, se amplía este sistema a edificaciones públicas en general mediante la modificación a la ley 19.542, que en 1997 también incluye concesiones portuarias, además de abrirse la puerta a subconcesionar los servicios sanitarios, cuestión que se comienza a implementar en el año 2000 (Gaona, 2015).

Durante el gobierno de Ricardo Lagos se profundiza la privatización de la infraestructura pública llevando este modelo a los recintos penitenciarios, centros de justicia y transporte público. Este punto es clave ya que por primera vez los privados toman un rol más activo, ya que en el caso de las cárceles concesionadas no sólo se encargan de la construcción sino también de hotelería y rehabilitación de los reos, quedando en manos del Estado a través de gendarmería solamente la seguridad del recinto.

Es en medio de la administración Lagos que se desata un escándalo de corrupción, el afamado caso MOP-GATE, que consistió en la triangulación de dineros entre el MOP, la empresa GATE y otras concesionarias. “En abril de 2003, Carlos Cruz y otros 3 ex funcionarios de la cartera fueron encausados por fraude y estafa al fisco. En julio de 2007, tras incautar correos electrónicos de la Coordinadora General de Concesiones, se condenó al ex funcionario del MOP, Julio Toro, a 541 días de cárcel remitidos por exacción ilegal. En agosto de 2008, se vuelve a procesar al ex ministro Cruz por fraude al fisco por \$30 millones de pesos. Una pericia contable concluyó que el perjuicio fiscal defraudado alcanzó un total de \$1.253.352.295, sólo en la causa principal” (Gaona, 2015, pág. 53). Ante este escándalo la adjudicación de concesiones decae, junto con el interés de privados de involucrarse en estas operaciones. Es por esto que se crea un sistema alternativo para seguir cumpliendo con los proyectos agendados por el ministerio, y que son las llamadas iniciativas privadas.

Ante la deuda pendiente en cuanto a infraestructura hospitalaria, y después del caso MOP-GATE, se comienza a usar el esquema de concesiones en hospitales. El ministro de Salud entre 2003 y 2006, Pedro García, fue el principal impulsor de este modelo para el caso del hospital Salvador Geriátrico. Durante la administración Bachelet surgió la iniciativa de dotar de mayor institucionalidad, transparencia y resguardo de los fondos públicos en el marco de las concesiones, aportando mayor regulación a las mismas (Ibarra-Coronado, 2011 citado en: Goyenechea, 2015).

Segun Engel et al (2009 citado en: Goyenechea, 2015), es posible apreciar que los proyectos de concesiones, entre 1993 y 2005 son renegociados tres veces cada uno, generando aumentos en el pago que hace el Estado a las concesionarias, así, “del total de USD \$ 11.270 millones en inversión de infraestructura, un 25% corresponde a los aumentos derivados de renegociaciones. Esto equivale a 2.810 millones de dólares. Estas renegociaciones dañan el interés público generándose situaciones en las que se generan rentas sobre lo normal para los privados (Engel, Fischer, Galetovic, & Hermosilla, 2009)” (Goyenechea, 2015, pág. 11). Los contratos de las concesiones contemplan plazos bastante largos, entre 10 y 15 años; es difícil prever en detalle las eventualidades que pudiesen ser controvertidas, por lo que las renegociaciones tienen su explicación en la naturaleza misma del modelo de concesión. Los análisis realizados por Engel et al (2009, citado en: Gaona, 2015) demuestran que, antes de las modificaciones a la ley de concesiones del año 2010, la resolución de controversias favorecían ampliamente al sector privado. Cabe señalar que para el caso de las concesiones penitenciarias, el marco legal demuestra ser bastante débil, ya que la controversia que existió entre el Estado y la empresa concesionaria en el gobierno de Lagos, termina con el dictamen de la Corte Suprema de un pago hacia la empresa que corresponde al doble de lo que costaba el proyecto originalmente.

## **2. Privatización de la salud en dictadura**

En el ámbito de la salud en el periodo autoritario, se disuelve el SNS y se crea el actual Sistema de Servicios de Salud. Esta acción descentraliza el Ministerio de Salud generando servicios regionales. Este decreto también disuelve el antiguo Sermena (Servicio Médico Nacional de Empleados), que funcionó entre 1942 y 1979 atendiendo a empleados públicos y privados, y se crea el actual Fonasa (Fondo Nacional de Salud), que funciona recaudando este “prepagado

de cuotas mensuales”, administrando y distribuyendo estos monto aportados por los cotizantes. Asimismo, en 1980 se genera el traspaso a las municipalidades del sector primario de atención, creando los Consultorios de Atención Primaria; ese mismo año se promulgó el DL 3.500 que reformó el sistema de pensiones y salud, estableciendo una cotización obligatoria para salud de un 4% de los ingresos, aumentando a un 6% en 1983 (Miranda, 1990). En 1981 se privatizan los seguros de salud, creando las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) que, mediante la modalidad de libre elección, financian prestaciones de salud a sus afiliados. Finalmente, en 1985 la Ley 18.469 de Salud establece las características generales del nuevo régimen de salud consolidado progresivamente durante dictadura (Gaona, 2015). Estas son: la libertad de elección y subsidio a la demanda (expansión de la salud privada), la focalización de los subsidios, la descentralización de los servicios de salud, la aplicación del sistema de facturación de Fonasa por atenciones prestadas y la municipalización de los Consultorios de Atención Primaria.

La introducción de la libertad de elección en el sistema de salud ha generado que las instituciones privadas de salud perciban grandes sumas de dinero por parte del Estado, principalmente mediante la modalidad libre elección de Fonasa y la compra de servicios del sector público al sector privado. Estas prácticas explican el crecimiento vertiginoso de la red privada de salud, que entre 2005 y 2011 creció en un 20% en su capacidad de atención (Goyenechea & Sinclair, 2013). Mientras que para el caso de la salud pública, los montos pagados por prestaciones cubren en promedio un 56% del total de recursos que los centros de salud requieren para sus operaciones (Bastías & Cid, 2014).

Si bien a modo de síntesis, se podría decir que en Chile se crea un sistema de salud mixto entre provisión pública y privada, los mecanismos de financiamiento a la demanda bajo la premisa de la libre elección, han provocado que los fondos públicos financien ambos sistemas. Considerando que el crecimiento del sector privado ha sido exponencial en los últimos años, es necesario hacer una revisión de las reformas en el área de la salud que se llevaron a cabo en el periodo democrático en nuestro país, en miras a reforzar la idea de que este periodo se trataría más bien de una profundización subsidiaria, en este caso, en el ámbito de la salud.

### **3. Privatización de la salud en democracia**

El gobierno de Patricio Aylwin en 1990 recibió un país con bajo gasto público en salud y un enorme déficit hospitalario. Las oscilaciones de la situación económica del país durante la dictadura militar impactaron en el gasto público en salud. En general, la tendencia que se sostuvo durante estos años fue la disminución del gasto en personal e inversión, y aumentó en transferencias de bienes y servicios. Estas tendencias coinciden con las modificaciones legales realizadas al sistema de salud en el país por el régimen militar. Mientras tanto, el gasto privado en salud creció un 12% entre 1960 y 1970, y un 37% entre 1970 y 1980 (Castañeda, 1996). Si a nivel mundial existían cuatro camas de hospitalización por cada mil habitantes, en Chile existían dos. Esta crisis en el sistema de salud se debía al insuficiente desarrollo de complementación entre el sistema público y el privado. Mientras el sistema de salud público recibía a ancianos, enfermos crónicos y personas de escasos recursos, el sistema privado recibía a sectores de ingresos altos y de bajo riesgo en salud (Gaona, 2015). Con Aylwin arribando en el gobierno, el gasto público per cápita en salud solamente había aumentado un 22,8% respecto de 1974 (Montoya, 2014 citado en: Gaona, 2015). Sin embargo, la fórmula por la que optó la Concertación fue aumentar la inversión pública no en hospitales, sino en los centros de atención primaria, continuando con el modelo de descentralización municipal implementado en dictadura.

Durante el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) se impulsó la llamada modernización del Estado, proceso que pretendía seguir el impulso internacional por racionalizar los procesos de gestión estatal. De hecho en el sector salud se implementó una alianza con el Banco Mundial, así junto con el Ministerio de Salud, entre 1990 y 1995 rediseña las políticas del sector salud, en conjunto con realizar inversiones a nivel hospitalario (Gaona, 2015). Este acompañamiento técnico, político y financiero del B.M promovió prácticas de modernización centradas en el ahorro en internación hospitalaria. A partir de estos momentos es que se toman como referente el sistema de Inglaterra, país pionero en concesionar hospitales públicos.

La situación en salud que recibe Ricardo Lagos al iniciar su gobierno (2000-2006) era similar a la de gobierno anterior: existía una alta deuda hospitalaria, el gasto público en la cartera no superaba el 3,5% del PIB y el Ministerio de Salud se encontraba debilitado en sus atribuciones. Prometía una reforma en salud que avanzara a una mayor equidad en el sistema, sin embargo, una vez en el gobierno esta reforma no logro realizarse, recibiendo oposición incluso de

miembros del oficialismo. Es por esto que se generan ajustes al sistema de salud con la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, promoviendo descentralización y haciendo más ambigua la figura del ministerio (Montoya, 2014)

Como parte de las reformas propuestas en salud, se aprueba el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), consignado en la Ley AUGE 19.966. Este plan es un régimen de garantías explícitas estatales, y que obliga al Estado a atender ciertas patologías consideradas prioritarias, por lo que deben resolverse mediante cualquier sistema, público o privado. “En otras palabras, si un centro de salud no resuelve una enfermedad GES arriesga sanciones legales” (Gaona, 2015). Además de esta implicancia, a nivel económico este plan fortaleció el traspaso de dineros públicos a entidades privadas, traspaso que a nivel administrativo es reconocido como “compra de servicios” (Goyenechea & Sinclair, 2013). A pesar de esta reforma que pretendía dar equidad en la atención de las patologías más frecuentes del país, no se había avanzado en solucionar el déficit hospitalario que se mantenía para esa fecha.

#### **IV. Concesiones en salud: la experiencia de los hospitales concesionados**

Las concesiones en Chile comienzan en carreteras, y luego avanzan hacia infraestructura de aeropuertos, autopistas, cárceles y finalmente hospitales. En este caso el concesionario debe diseñar, construir, mantener y operar el hospital por quince años.

Previo a esta idea de concesiones, el déficit de infraestructura se financió gracias a la cooperación internacional del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). A pesar de esto, la brecha que dejó la dictadura seguía siendo amplia: al final del gobierno de Lagos, se habían comprometido cincuenta mil millones de pesos para construcción de hospitales (Gaona, 2015).

Las principales diferencias entre un hospital concesionado y uno tradicional refieren a su financiamiento y gestión. Un hospital concesionado se financia por la inversión inicial de un privado, y posteriormente el Estado va cancelando subsidios fijos para pagar la construcción hecha. Asimismo, la gestión del hospital se rige por el contrato firmado entre la concesionaria y el MOP en las etapas de construcción, pasando finalmente a la administración del MINSAL (Goyenechea, 2015; Gaona, 2015).

Los argumentos desde el propio mundo privado esgrimidos ante la Comisión investigadora de la Cámara de Diputados sobre concesiones hospitalarias, se presentaron a través de Carlos Fuenzalida. En el informe de la Comisión, este representante admite que el financiamiento privado de estos proyectos es más caro para el Estado que hacerlo mediante la vía tradicional (Cámara de Diputados, 2014). Sin embargo, esta aseveración se pone en duda puesto que en su investigación señala que “Las concesiones sociales deben ser entendidas bajo el supuesto de que en general son obras o servicios que se pueden denominar como *“too big to fail”* (demasiado grandes o importantes para fallar) [...] En la operación normal del mercado, si un modelo de negocio no funciona o no genera las rentabilidades deseadas o necesarias, la empresa puede quebrar o cierra operaciones. En las concesiones sociales la prestación del servicio es monopólica, aun cuando sea privada, y el Estado, por mandato constitucional de un bien público, no puede permitir que éstas fracasen o cesen la prestación de servicios, por lo que la transferencia de riesgo no es tal en la realidad y el Estado termina siendo el pagador de último recurso” (Bachelet, 2010).

### **1. Resultados de la política de hospitales concesionados**

Analizando los valores pagados por el Estado por la construcción de los hospitales concesionados, con los datos entregados por la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados es evidenciada una contradicción entre las cifras entregadas por el MOP y por el MINSAL en cuanto al valor por metro cuadrado de los hospitales concesionados. Según las declaraciones de la ex ministra de salud Helia Molina el “costo de los proyectos por concesión presenta un aumento de 77.9% respecto del modelo sectorial: en el área sectorial se calcula un promedio de 35,4 UF por metro cuadrado; en la concesión, un promedio de 63 UF” (Cámara de Diputados, 2014, pág. 14). A medida que han avanzado los proyectos de concesiones, los precios pagados por concepto de construcción son mayores. En concreto se detalló “que los hospitales de Maipú y La Florida tienen un valor de 56 UF/m<sup>2</sup>, mientras que los establecimientos de Antofagasta y Salvador Geriátrico demandarán 64 UF/m<sup>2</sup> y 57 UF/m<sup>2</sup>, respectivamente. Se trata de valores que distan hasta en un 44%,” (Cámara de Diputados, 2014, pág. 209).

El manejo de los contratos es clave a la hora de implementar las concesiones, ya que éste establece las reglas del negocio, explicitando funciones, responsabilidades y cumplimientos

mínimos de la empresa concesionaria, además de mecanismos de resolución de posibles controversias. Tal como se ha señalado anteriormente, el Estado ha desembolsado altas sumas de dinero por conceptos de renegociación y sentencias judiciales en torno a controversias con empresas concesionarias. Según Bitrán & Villena (2010), la inversión definida por el Estado para licitación alcanzó a 8.600 millones de dólares en 50 proyectos adjudicados entre 1993 y 2005, teniendo un gasto adicional no licitado de 2.800 millones de dólares. De este gasto adicional, 2.349 fueron por mutuo acuerdo, es decir, renegociaciones de contratos, generando un gasto evidentemente fuera de presupuesto para el Estado.

Como consecuencia de estos contratos establecidos por largos periodos de tiempo, los mismos autores indican que la operación de estos establecimientos hospitalarios es extremadamente rígida, existiendo una baja capacidad de adaptación a las necesidades sanitarias. La reconversión del uso de camas que se hace habitualmente por los planes de invierno y las enfermedades respiratorias asociadas, en los hospitales concesionados deben pasar por varias instancias burocráticas demorando hasta un mes, ya que significa cambiar una función estipulada en el contrato; esta misma operación en un hospital administrado por el Estado puede demorar un día. Esa situación significa que, ante una posible epidemia o catástrofe que se produzca en nuestro país, los hospitales concesionados no tienen la capacidad de adaptarse y responder a la contingencia sanitaria por la inflexibilidad en su funcionamiento (Goyenechea, 2015).

En cuanto a la calidad del servicio, estos resultados son los más preocupantes. Existen diversos subsidios del Estado a las empresas concesionarias: subsidio fijo por construcción, subsidios fijos y variables por operación y una serie de incentivos por cumplimiento de contrato (Cámara de Diputados, 2014). Para el caso de las entregas de las obras, el incentivo a cumplimiento de plazo operó de manera perversa, al inducir la entrega anticipada de la obra del hospital El Carmen de Maipú el año 2013, sin contar con autorizaciones municipales y recepciones de obra (Municipalidad de Maipú, 2013).

Para el caso de Maipú y La Florida, se establecen por contrato incentivos por nivel de cumplimiento global de servicios. Cuando el concesionario cumple el 94% del contrato, se reciben 2.825 UF semestrales, entregados al presupuesto de operación del hospital. Si se cumple el 97% del contrato, el monto asciende a 5.650 UF. Sin embargo, desde la concesión del hospital de Antofagasta el porcentaje de cumplimiento que se exige se baja a 85%,

teniendo un pago asociado de 11.000 UF semestrales. La justificación para este aumento por parte del MOP sería que el equipamiento de nuevas tecnologías de información como parte de los contratos requería de mayores incentivos para fomentar la participación de más empresas interesadas en estos procesos de licitación (Cámara de Diputados, 2014).

El uso de camas también tiene incentivos asociados, en este caso incentivos de operación. Las concesionarias reciben dineros cada vez que se supera el porcentaje de camas establecido, esto genera una lógica de mayor rotación de camas por sobre el tiempo necesario para resolver el problema médico del paciente, cuestión que afecta directamente el fin último del servicio de salud, que es la recuperación del paciente. Por ende, en este caso se contraponen la relación entre calidad de atención y obtención de utilidad por parte del concesionario. La variación en los contratos de los nuevos hospitales pasó de exigir un 80% de ocupación de camas a un 60% para la entrega de este incentivo. Según expuso la ex ministra Helia Molina, en Chile ningún hospital tiene un índice de ocupación de camas inferior al 80%, por lo que la entrega del incentivo estaría asegurada. Esta situación abre la posibilidad de irregularidades en los contratos, que favorecen de sobremanera las utilidades de las concesionarias (Cámara de Diputados, 2014). Asimismo, la Comisión Investigadora concluyó que los servicios no clínicos relacionados con la prestación del servicio de salud han visto mermada su calidad, en tanto el aseo de pabellones, la mantención de maquinarias y otros, se hace de manera tal que se busca abaratar sus costos.

## **2. Reproducción de la desigualdad social en la salud**

Según el Informe Anual de Derechos Humanos en Chile de la Universidad Diego Portales (2007), el derecho a la salud consagrado en la Constitución de 1980, queda como un derecho negativo y no como un derecho de prestación. Esto quiere decir que se garantiza la libertad de adquirir este bien en el mercado, colocando a Chile en los peores lugares en los rankings de Desarrollo Humano. Asimismo, el Informe de salud del mundo del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que Chile tiene serios problemas de discriminación y equidad en cuanto al acceso a servicios básicos de salud. El sistema mixto que existe en el país ha generado lógicas de competencia entre el sistema público y el privado, sin que el Estado pueda siquiera competir en igualdad de condiciones. Este dilema en que los sectores medios también quedan desprotegidos por el Estado y no alcanzan a acceder

holgadamente a la salud privada es una consecuencia más de la estratificación social que se reproduce en el acceso a la salud.

## **V. Conclusiones**

El camino descrito hasta aquí muestra la disminución del rol activo del Estado en cuanto a la provisión de salud, generando diversos mecanismos, desde la dictadura militar hasta nuestros días, que integran las lógicas de mercado en uno de los derechos fundamentales de la población. Esta “privatización por dentro” es el ingreso del sector privado al sistema de salud para reemplazar las actividades que anteriormente eran de responsabilidad estatal. Si bien desde inicios de los años noventa se introducen distintos mecanismos de privatización de la salud, el modelo de concesiones termina por formalizar los mecanismos anteriores y los introducen directamente a la administración hospitalaria, delegando en una sola empresa responsabilidades anteriormente estatales: se entregan incentivos por la operación del hospital, específicamente en torno a la ocupación de camas por concepto de hospitalización, sumados a los subsidios fijos por concepto de construcción y mantención del recinto; se separa la gestión clínica de la administrativa, desligando los servicios que no son estrictamente clínicos en la concesionaria -como alimentación, aseo y limpieza de pabellones y mantención de equipamiento médico- pero que deben cumplir estándares altamente relacionados con el servicio clínico. Este modelo aleja todos los servicios que complementan la recuperación del paciente de la supervisión y criterios sanitarios, pervirtiendo el sentido de los servicios de salud y dificultando la coordinación en materia médica de los factores que deben complementar la recuperación de los pacientes. La gestión de los hospitales bajo el modelo de concesiones introduce lógicas de administración privada y con afanes de lucro en recintos de salud públicos, mermando la calidad de la atención y desatendiendo el fin último de estos recintos, que es el derecho a una atención de salud de calidad.

Tal como se revisó en esta investigación, es la contradicción entre Estado y democratización social –más que una contradicción entre Estado y mercado que resulta ficticia luego de este análisis- es la que hoy hace estallar protestas sociales en Chile, poniendo en tensión el actual consenso neoliberal que reside en la administración estatal hoy, poniendo grandes desafíos tanto a las fuerzas sociales que buscan cambios, como a la propia dominación, para continuar su modelo de desarrollo en medio de un contexto de reorganización de los grupos subalternos en contra de esta política estatal neoliberal.

## Bibliografía

Bastías, G., & Cid, C. (2014). *Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones*. Revista Médica Chile, 161-167.

Boccardo, G. (2014). *Neoliberalismo avanzado en América Latina hoy. Colombia, México y Perú*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Latinoamericanos. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía, Escuela de postgrado.

Büchi, H. (1993). *La transformación económica de Chile. Del estatismo a la libertad económica* (1a edición ed.). Santiago: Grupo Editorial Norma.

Büchi, H., & Sancho, A. (1997). *El rol del Estado en la política social y el gasto social*. Serie Opinión Social (40).

Cámara de Diputados. (2014). *Informe de la Comisión Investigadora de las eventuales irregularidades en los procesos de inversión pública en infraestructura hospitalaria*. Obtenido de Cámara de Diputados de Chile: [https://www.camara.cl/trabajamos/comision\\_informesComision.aspx?prmID=811](https://www.camara.cl/trabajamos/comision_informesComision.aspx?prmID=811)

Castañeda, T. (1996). *Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile*. Revista Estudios Públicos N° 64.

Cristi, R. (2011). *El pensamiento político de Jaime Guzmán*. Santiago: Ediciones LOM.

Faletto, E. (1987). *Estilos de desarrollo, Estado y democracia*. Caracas: CEPAL.

Faletto, E. (1989). *La especificidad del Estado en América Latina*. Revista de la CEPAL, n° 38.

Gaona, M. J. (2015). *Elefantes blancos. Hospitales concesionados y la profundización de la privatización de la salud pública chilena*. Memoria de Título para optar al grado profesional de Periodista. Santiago de Chile: Instituto de la Comunicación e Imagen. Escuela de Periodismo. Universidad de Chile.

Goyenechea, M., & Sinclair, D. (2013). *La privatización de la salud en Chile*. Políticas Públicas, 6(1).

Harvey, D. (2007). *A brief history of Neoliberalism*. New York: Oxford University Press.

- Hayek, F. v. (2005). *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial.
- Huneus, C. (1998). *Tecnócratas y políticos en un régimen autoritario. Los "Odeplan boys" y los "Gremialistas" en el Chile de Pinochet*. *Revista Ciencia Política*, 125-158.
- Kast, M. (1980). *Relaciones de la Política Económica con la Administración del Estado de Chile: El Estado Empresario y el Principio de Subsidiariedad*. CEP online.
- Lechner, N. (1992). *El debate sobre Estado y mercado*. *Revista Estudios Públicos*, n°47, CEP.
- Miranda, E. (1990). *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*. *Revista Estudios Públicos* N° 39.
- Municipalidad de Maipú. (Diciembre de 2013). *Hospital de Maipú listo para atender público*. Santiago, Chile.
- Nelson, B. (1996). *Public policy and administration. An overview*. En R. E. Goodin, & H.-D. Klingemann, *A new handbook of political science* (pág. 844). Oxford University Press.
- Niño Parada, E. (2007). *La vigencia del principio de subsidiariedad en la actividad empresarial del Estado*. Lexis Nexis. Santiago de Chile: Magíster en Derecho, PUCV.
- Offe, C. (1990). *Contradicciones en el Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza Universidad.
- Ortúzar, P. (2014). *Subsidiariedad. Más allá del Estado y el Mercado*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad.
- Ruiz, C. (2013). *Estado, alianzas sociales y modelos de desarrollo en América Latina hoy. Brasil, Argentina y Chile*. Tesis para optar al grado de Doctor en Estudios Latinoamericanos. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía, Escuela de Postgrado.
- Ruiz, C., & Boccardo, G. (2014a). *Discriminación en la acción estatal y producción de la desigualdad social*. *Análisis del Año 2013*, 25-46.
- Ruiz, C., & Boccardo, G. (2014b). *Chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. Santiago: El Desconcierto.
- Stallings, B. (2001). *Las reformas estructurales y el desempeño socioeconómico*. En R. French-Davis, & B. Stallings, *Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973* (págs. 23-60). Santiago: LOM Ediciones.

Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público*. Barcelona: Antoni Bosch editor SA.

Tello Navarro, F. (2011). *La política de reforma y modernización de la gestión pública en Chile: Actores y procesos*. *Universum*, 26(2), 245-265. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762011000200012>

Vaticano. (s/f). *Quadragesimo Anno*, Pío XI. Obtenido de Sitio Web del Vaticano: [http://w2.vatican.va/content/pius-xi/es/encyclicals/documents/hf\\_p-xi\\_enc\\_19310515\\_quadragesimo-anno.html](http://w2.vatican.va/content/pius-xi/es/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno.html)

Vaticano. (s/f). *Rerum novarum* (5 de mayo de 1891), Leon XIII. Recuperado el Diciembre de 2015, de Sitio web Vaticano: [http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/es/encyclicals/documents/hf\\_l-xiii\\_enc\\_15051891\\_rerum-novarum.html](http://w2.vatican.va/content/leo-xiii/es/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html)

Vergara, P. (1985). *Auge y caída del Neoliberalismo en Chile*. Santiago: FLACSO.