

## Reformas en el Sistema de Salud y la Acción de los Trabajadores.

### ¿Los/as trabajadores/as como elemento regulacionista en Chile?<sup>1</sup>

Fecha de recepción: 30 de Abril de 2012

Fecha de aceptación: 24 de Mayo de 2012

#### **Autor:**

Victor Coronado Delgado. Tecnólogo Medico. Universidad de la Frontera. Centro de Salud Familiar de Pueblo Nuevo, Temuco. Dirigente de la Federación de Funcionarios de la Salud Municipal y Director Asociación de Funcionarios de la Salud Municipal de Temuco. Correo electrónico: [organicaferfusam@gmail.com](mailto:organicaferfusam@gmail.com)

Juan Miguel Chávez. Académico de la Carrera de Sociología de la Universidad de la Frontera. Magister en Filosofía en la Universidad de Bielefeld, Alemania. Correo electrónico: [jmchavez@ufro.cl](mailto:jmchavez@ufro.cl)

Dasten Julián Vejar. Doctorante en Sociología del Trabajo y sociología económica. Institut für Soziologie. Friedrich-Schiller-Universität. Jena, Alemania.. Beca CONICYT. 2010. Proyecto: "Transformaciones y Metamorfosis del Trabajo en Chile (1975-2005)". Correo electrónico [dasten@gmail.com](mailto:dasten@gmail.com)

**Palabras Claves:** Subjetividad; Sindicalismo; Condiciones de Trabajo; Privatización; Sistema Salud.

**Keywords:** Subjektivty; Unionism; Working Conditions; Privatization; Health System.

**Resumen:** El presente artículo constituye un análisis de las características de las políticas de gobierno implementadas en materia del sistema de salud

---

<sup>1</sup> Este artículo es parte de los avances de la investigación del proyecto DIUFRO 2011. N° DI11-0037 "Cambio político y nuevas relaciones laborales en Chile. un estudio aplicado a la re-configuración de las subjetividades sindicales y de las condiciones de trabajo en el sector público y el retail".

público y su relación con el espacio de los actores del mundo laboral. Identificamos una serie de fenómenos de conflicto en el escenario político nacional, en cuanto a la tendencia de profundización del proceso de privatización del sistema de salud, y caracterizamos las reacciones del sindicalismo y los/as trabajadores/as de la salud como agentes del debate de las políticas públicas en la materia. Finalmente entregamos una breve propuesta de debate para la investigación y análisis del proceso de conformación de una nueva subjetividad en los espacios del trabajo.

**Abstract:** This article is an analysis of the characteristics of government policies implemented in the public health system and its relation to space of actors of the workplace. We identified a series of phenomena of conflict in the national political scene, as to the trend of deepening the process of privatization of the health system, and characterized the reactions of unions and health workers as agents of public policy debate in the matter. Finally we give a brief proposal for discussion by the research and analysis of process of forming a new subjectivity in the work spaces.

## I. Introducción

Los sindicatos y asociaciones juegan un papel significativo, como expresión institucionalizada de la representación de los intereses de los trabajadores en la sociedad, en el marco de lo que se entiende por las relaciones laborales (Industrial Relations). Su papel en la mediación del conflicto social, y su creciente significado e importancia como sujeto/actor de políticas públicas en materia laborales, le significa consolidarse como actor político estratégico en las propuestas de reestructuración-racionalización productiva. Pese a no tener una gran fuerza cuantitativa, ya que tan solo el 13,4% de la fuerza de trabajo en Chile se encuentra sindicalizada (ENCLA, 2009), su repunte y crecimiento con respecto a los últimos diez años<sup>2</sup>, muestran una nueva etapa del sindicalismo actual.

Esta tendencia se replica en el caso del Sector Salud (pública), que si bien no se caracteriza como “trabajo productivo” sino dentro de las ramas del “trabajo no-productivo” (Antúnez. 2003), se ha expandido considerablemente en los últimos 20 años de transición política, como parte de las políticas de cobertura en salud, con el respectivo crecimiento del sector, y a la vez con la consecuente consolidación de las políticas neoliberales en relación al acceso,

---

<sup>2</sup> La Encuesta Laboral 2008, realizada por el Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo (DT), señala que “para el período 2002-2008 los registros de la DT indican que el número total de organizaciones sindicales vigentes y activas, se incrementó en un 14,6%. en el mismo período, la población afiliada a los sindicatos activos creció en un 29,5%, lo que se ha traducido en un proceso de robustecimiento de los mismo”. (ENCLA, 2009).

financiamiento, privatización y gestión del mismo (Miranda, 1990; Homenedes & Ugalde, 2002; Parada, 2005). La relación del trabajo en el sector servicios, en el plano global, ha implicado que los servicios de salud hayan sufrido una erosión y una falta de inversión, así como, ajustes estructurales y recortes en el financiamiento en pos de la privatización.

“Además de la flexibilización de la gestión del trabajo, las relaciones de empleo en el sector salud también se flexibilizan en la medida que pasan a ser entendidas como la posibilidad de contratar trabajadores sin los cargos provenientes de la legislación del trabajo. Esto ha consolidado a lo largo de las últimas cuatro décadas, derechos y garantías mínimas” (NESCON, 2008, p.10) de las cuales es necesario señalar que se constituyen en prácticas que sirven como iconos para entender el comportamiento desigual del resto del mercado del trabajo.

El sector público de salud representa uno de los sectores con mayores tasas de afiliación gremial<sup>3</sup>, y una de las particularidades de la afiliación a partir de la figura de Asociaciones y las prohibiciones normativas para la negociación colectiva institucionalizadas en el código Laboral de 1981 (lo que no respeta el acuerdo 151 de la OIT), con una composición heterogénea y diferenciada por puestos de trabajo, trabajo profesionalizado, espacios jerárquicos, funciones delimitadas, etc., sometida en la actualidad a planes de reestructuración y organización del trabajo (y establecimientos) a través del plan de reformas de salud<sup>4</sup>, con el régimen de Acceso Universal de Garantías Explícitas, AUGE (Bastías & Valdivia, 2007).

Por otra parte, es en este sector donde también se consolida un “tipo de sindicalismo”, que transita entre la relación tradicional autoritaria y rasgos de una lógica social-movimientista (Julián. 2012) que reordena y resignifica la salud dentro de un imaginario de resistencia a los procesos de mercantilización y degradación de la salud.

Reconociendo la complejidad de este fenómeno presentamos algunos acercamientos a la temática, desde la perspectiva de la tendencia estructural de profundización del proceso privatizador, y la articulación de respuestas y subjetividades desde el mundo sindical y gremial, como parte de un nuevo sujeto/actor en el debate de las políticas públicas-sociales.

---

<sup>3</sup> Según la Encuesta Laboral 2008, se señala que del total de empresas de servicios sociales y salud, en los cuales se inserta el sector público, la proporción de sindicatos activos es de un 22,6% (ENCLA, 2009).

<sup>4</sup> En éste caso es necesario señalar la coyuntura en EEUU con la política emprendida por el Gobierno de Obama con la política de reestructuración de la salud pública; y por otro el anuncio del gobierno chileno de avanzar hacia la concesión de los hospitales afectados por el Terremoto en el mes de Febrero del presente año, como parte de una doctrina de shock y ajuste.

## II. La aceleración del proceso de neoliberalización

La relación existente entre el imperativo “objetivo” de las dinámicas de mercado, con respecto al cambio en las relaciones laborales, bajo el paradigma de la flexibilización, reorganización del trabajo, etc., significa contradicciones para las condiciones de vida de los/as trabajadores/as, los cuales las asimilan a una fuerte vertiente de la precariedad (López, 2009). Los cambios políticos sucedidos en Chile, y los signos sintomáticos exhibidos hasta el momento, dinamizan la tendencia a una alta conflictividad entre la relación del Mercado y el Trabajo, poniendo al Estado como un actor principal en la materia, interviniendo las prácticas y las relaciones/condiciones laborales existentes, y asumiendo un espacio estratégico en el plano de la contradictoria relación entre bienestar y precarización social.

En el contexto actual existe un intento de reordenamiento social, que pretende nuevamente generar condiciones beneficiosas para un proceso de acumulación y penetración de sectores aún no imbuídos de la lógica de rentabilización del capital. Este proceso ocurre ahora en varios niveles, que involucran la mercantilización de servicios sociales y empresas estatales<sup>5</sup>, y que “en el caso de la salud pública, por ejemplo, se espera que las agencias con base nacional pueden armonizar sus políticas con aquéllas ubicadas en los niveles transnacional e internacional” (Fraser, 2003, p. 25), es decir entrar en homologación con la cadena internacional de prácticas de privatización a través de los encadenamientos a redes transnacionales de rentabilización e inversión de capitales, en donde “la política sustantiva cede su lugar a las tecnologías formales de responsabilidad económica en tanto que los auditores remplazan a los servicios como los principales agentes de la disciplina” (Fraser, 2003, p. 30).

Es en esta relación de retiro de la política social del estado y descomposición de los servicios de bienestar<sup>6</sup>, por medio de la adopción de los principios de un modelo económico de desarrollo neoliberal, “que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado” (Aedo, 2001, p. 607), se diagrama un nuevo sistema e institucionalidad en políticas públicas en materia de salud. La reforma de la Salud, tuvo como suyos, dos

---

<sup>5</sup> En relación a los procesos de privatización en Chile en la última década (2000-2011), pueden revisarse el caso de los servicios públicos y sus consecuencias (Fischer & Serra, 2003; Vergara, 2005).

<sup>6</sup> garantizada por el antiguo modelo de desarrollista de sustitución de importaciones e industrialización en los países periféricos (especialmente los del Sur), Para un debate sobre el sistema de Salud y el derecho de la salud en la Unidad Popular (1970-1973) Ver Illanes. 1993. Giaconi. 1993.

objetivos principales: 1) Reducir los aportes estatales al mantenimiento del sistema<sup>7</sup>, y 2) abrir una nueva fuente de acumulación para los empresarios. Las reformas a la ley de medicina curativa incluyeron la municipalización de establecimientos de salud y la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)<sup>8</sup>.

Desde esa fecha se teje un proceso ascendente de privatización y mercantilización que atraviesa la redefinición de la concepción del derecho garantizado a la salud<sup>9</sup>. La reforma de salud fue un plan amplio, una nueva estrategia de administración, recaudación y financiamiento del sistema de salud. En 1981 se comienza el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria<sup>10</sup>.

El sistema de financiamiento de los hospitales se estableció a través de Facturación de Atención Prestada (FAP), la cual se haría extensiva como forma de financiamiento a los centros de atención primaria, siendo complementado el financiamiento de estos últimos por las entidades municipales. Este sistema vendría a ser reformulado recién en el año 1990, a partir de un aumento exponencial del gasto público en salud, de parte del estado, e importantes modificaciones en los instrumentos de pagos vigentes.

En la actualidad, según las estadísticas que entrega OCDE, un 4,4% del PIB se ocupa del gasto privado de salud, el cual da cobertura a sólo 2,8 millones de chilenos; mientras que el gasto público, en tanto, asciende al 4% del PIB, siendo la población total cubierta por el sistema de salud público 13 millones personas. Estos datos nos muestran una brutal desigualdad, y consagran una polarización de las características de prestación en el sistema salud total, el cual tiene un profundo carácter clasista y jerarquizado en su acceso.

---

<sup>7</sup> Aedo (2001: 607) señala que “en 1979, por el Decreto Ley 2.763, se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud y se crean el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST)”.

<sup>8</sup> Aedo (2001, p. 608) agrega que así es como “se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE). Para estos efectos se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó hasta llegar, en 1986, al actual 7% del ingreso imponible, con un tope máximo de 4,2 UF mensuales”

<sup>9</sup> Según Lara (2005: 321) “Es en medio de esta crisis de los servicios públicos y del modelo de acumulación que la corriente neoliberal comienza a exhibir al Estado como causa fundamental de esta y de todos los “males” que sufren los países de la región. Esta crítica se focaliza en las empresas estatales, las que incluso son consideradas por los apóstoles del libre mercado como inherentemente ineficientes. La conclusión a que llegan este tipo de aseveraciones ideológicas es obvia: el Estado tiene que renunciar a su rol de proveedor de servicios públicos y debe traspasarlos al capital privado”.

<sup>10</sup> Basado en la aplicación del DFL 1-3.063, de 1980, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria. Por el mismo decreto se traspasa, desde 1981 hasta 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades”. (Aedo, 2001,608)

En principio éste conjunto de situaciones implican un cambio social significativo que repercute en todos los sistemas de organización de la vida, las mediaciones ideológicas e interpretativas de la realidad, como paradigmas estructurantes de procesos bastos de racionalización, a partir de las tácticas de adaptación-integración y/o negación-exclusión, que conviven y sobrellevan el desarrollo desigual de la sociedad. Se encadenan fenómenos de rápida-demarcada polarización y desigualdad social, que van definiendo las características de los procesos y espacios de socialización y comunicación, como el encadenamiento-articulación de los países periféricos del capitalismo al conjunto de la sociedad global en expansión <sup>11</sup>.

### **III. Expansión neoliberal y respuestas sindicales:**

En la actualidad, existe un debate centrado en una nueva propuesta de reforma que pretende profundizar el proceso de neoliberalización en el sistema de salud chileno. El sistema de vouchers es una de los proyectos que remece en la actualidad el sistema público de salud. La intención de externalizar la atención a los usuarios de Fonasa “A”, a través del pago y compra de servicios a prestadores externos al sistema nacional de servicios de salud (SNSS), en un conjunto de patologías que el programa AUGE-GES ha cubierto desde su creación, ha dado paso a una polémica entre trabajadores/as de la salud y el gobierno, con respecto a las consecuencias y el carácter político de este proyecto.

Este proyecto que implica una licitación de cerca de 3 mil millones de pesos (anuales), pretende generar un acuerdo marco de compra de servicios, lo implicaría una externalización, en el sentido de que el financiamiento se traslada hacia privados, continuando con la mercantilización y monetarización de los servicios (y la salud), en desmedro de la institucionalidad pública.

Mientras los vouchers remplazan los servicios públicos, y el “manejo de riesgos” privatizado sustituye la seguridad social<sup>12</sup>, los individuos son definidos para asumir nuevos niveles de “responsabilidad” en sus vidas. Lo que está en

---

<sup>11</sup> Ornelas (2009, p.145) agrega que “el modo en que el proyecto neoliberal ha diseñado las condiciones de la “confianza empresarial” implica la contención permanente del proceso económico, a fin de mantener “estables” las variables macroeconómicas (inflación y déficit público). Ello significa grandes restricciones de la inversión del Estado en rubros considerados no prioritarios, afectando directamente a las comunidades e individuos, sea por el deterioro o desaparición de los servicios públicos y de los derechos sociales, sea por el crecimiento permanente del desempleo, los empleos precarios y la economía informal”.

<sup>12</sup> Este es el caso particular del Bono de Consulta Médica Respiratoria., el cual es entregado a Beneficiarios del Grupo A de Fonasa, sin recursos económicos, que acudan a los servicios de urgencia del sistema público, podrán ser derivados a la red de prestadores médicos privados en convenio de Libre elección con Fonasa para recibir la prestación.

juego, es una profundización de la lógica y el sentido común neoliberal (Tapia, 2009) cómo la instalación tecnológica de un “yo” mercantil disciplinante (Fraser, 2003), y un nivel de gestión administrativa de las instituciones de salud, sentadas en el déficit/deuda de precariedad estructural.

Por otra parte en el discurso presidencial del 21 de mayo de 2010, Sebastián Piñera, anunciaba que diez hospitales y 56 consultorios serían concesionados<sup>13</sup>, un reducción presupuestaria del 10% en el financiamiento en los hospitales públicos<sup>14</sup>. Mientras la tendencia al aumento de la deuda hospitalaria se consolidaba como uno de los pilares del sistema de salud<sup>15</sup>.

Las respuestas sindicales no se han echo esperar, y durante el año 2010 se vivieron distintas movilizaciones de los/as trabajadores/as de la salud<sup>16</sup>, y significativos posicionamientos ético-políticos en la actualidad sociopolítica de Chile<sup>17</sup>, las cuales que dieron paso a la conformación e una Frente Nacional por la defensa salud pública<sup>18</sup>. Las movilizaciones involucraron la participación de miles de trabajadores/as a nivel nacional y consagraron, en este despliegue de fuerzas, la incidencia de este movimiento como parte importante en el debate de las políticas de salud en Chile, y de una capacidad de activar las lógicas de protestas en pos de los objetivos de mejora en las condiciones laborales.

---

<sup>13</sup> Roxana Peña, presidenta de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, señalaba que “este es un sistema de concesiones que a la larga va a privatizar la salud. Hoy queremos iniciar una escalada de defensa por la salud pública. Hay recursos en el Estado chileno para reconstruir y mejorar la salud, pero eso tiene que ser totalmente público” (Radio Universidad de Chile 14/06/2010).

<sup>14</sup> Lorenzo Naranjo, Presidente Consejo Regional Santiago Colegio Médico de Chile, indicaba que “Sabemos que el presupuesto de salud de los hospitales es insuficiente. En la medida que se realicen más prestaciones, mayor será la deuda hospitalaria, ya que el costo de ellas es mayor que lo aportado por Fonasa para financiarlas” (La Nación. 24/05/2010).

<sup>15</sup> En un caso Regional, Sánchez, presidente de la directiva del consejo regional Valdivia del Colegio Médico de Chile, afirmaba en 2010 que el Hospital Regional de Valdivia se encontraba con que “el problema de las prestaciones valoradas de Fonasa, que se encuentran impagas y la reducción de 5% del presupuesto por causa del terremoto, fueron factores que provocaron que la deuda hospitalaria creciera de \$2400 millones a fin de 2009 a \$3015 millones a esta fecha. Según las proyecciones, esta deuda debiera seguir aumentando, pudiendo alcanzar incluso los \$6000 millones a fin de año” (Colegio Medico Regional Valdivia. 2010).

<sup>16</sup> Se encuentran aquí las movilizaciones por la demora del pago del „bono marzo“ (2009); el sistema de concesiones y endeudamiento de Hospitales y policlínicos en cuestionamiento (2010); la negociación de el ajuste de los salarios del sector público (2010); una jornada de protesta nacional el 31 de agosto (2010) de los trabajadores de la salud primaria; movilización y paro en 9 regiones del país convocado por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENTAS), por reformas laborales que implicaban la carrera funcionaria, la sobrecarga de trabajos y el déficit del financiamiento de los hospitales; la “marcha blanca de la atención primaria” desde la Plaza de la Constitución hasta el ministerio de Salud convocada por la Confederación de funcionarios públicos de la salud (Confusam), el 15 de septiembre (2010); el paro Nacional del 29 y 30 de septiembre.

<sup>17</sup> Hacemos mención al caso y debate de la alimentación forzada en la Huelga de Hambre que sostuvieron 35 comuneros mapuches durante 82 días el año 2010, donde el colegio médico defendió la no alimentación forzada de los huelguistas (Julián, 2011); y, por otra parte, la realización de turnos éticos dentro de las movilizaciones para la atención de urgencias.

<sup>18</sup> La existencia de organizaciones núcleos de coordinación existía entre las mismas organizaciones gremiales, como lo era la Coordinadora de gremios de la Salud (2010), o las plataformas tradicionales de las organizaciones gremiales de la salud, como Fenats, Confusam, etc.



El mes de noviembre de 2010 se logró un acuerdo<sup>19</sup> que implicaba una respuesta a las demandas del movimiento por parte del gobierno. Esto fue eclipsado por su incumplimiento lo que provocó nuevas movilizaciones en el mes de marzo y abril de 2011. La política del gobierno durante el año 2011 fue sumariar a muchos trabajadores que participaron de las movilizaciones, por lo que la respuesta del gremio fue nuevas movilizaciones en el mes de Junio, con la presentación de recursos de protección por una ola de despidos a funcionarios de todo el país.

Además el año 2011, colocó a los/as trabajadores/as del sector de salud pública en el contexto de la ofensiva de las movilizaciones y protestas estudiantiles, con la experiencia del retroceso en proceso persecutorio iniciado por las investigaciones sumarias y de despidos. Aun así logró generar lazos de solidaridad con el movimiento, y abrir a un debate más amplio (con demás organizaciones y sectores) sobre el proceso de neoliberalización en Chile.

En el presente año se organiza para el mes de abril un Plebiscito nacional por la Salud (2012), el cual tiene una participación on-line entre los días 23 de abril y 6 de mayo, y una participación presencial entre el 30 de abril y el 6 de mayo. Esta iniciativa muestra una serie de características que representan fenómenos novedosos en plano de la organización de los/as trabajadores/as de la salud:

- a) un nuevo nivel de coordinación entre actores sociales de la sociedad civil, donde el sindicalismo y el gremio de la salud, asume un rol protagónico en el debate de las políticas públicas de salud, y un eje articulador de las demandas e intereses generales de los ciudadanos<sup>20</sup>.
- b) Una forma de participación coordinada que se articula con las redes sociales y las nuevas plataformas informáticas para asumir un proceso de democratización de las políticas en salud, invitando a una participación masiva de la ciudadanía a presentar sus expectativas e intereses en la redefinición del carácter público de la salud.
- c) La consolidación de las formas plebicitarias y de consulta social: aunque sin tener un carácter vinculante, a través de lo ya experimentado con el

---

<sup>19</sup> “Las demandas en cuestión plantean lograr que el personal regido por el estatuto de la salud municipal pueda percibir el aporte estatal a Servicios de Bienestar, consistente en una bonificación cuyo monto se define cada año en la Mesa de Negociaciones del Sector Público y que se entrega a cada uno de tales servicios en base al número de socias y socios que registre. Asimismo, en el acuerdo se alude a la aspiración de contar con una nueva versión de Incentivo al Retiro para quienes cumplan con los requisitos legales para acogerse a jubilación. Además de los puntos mencionados, en el documento suscrito por el Ministro Mañalich se establece un compromiso del Ministerio de Salud respecto del grave problema de financiamiento que afecta a la gran mayoría de los establecimientos de salud dependientes de los municipios” (Confusam. 14/04/2011).

<sup>20</sup> De echo son 35 las organizaciones, de distintos espectros sociales, que convocan a este Plebiscito. Ver <http://www.votociudadano.cl/sitio/wordpress/?p=1029>.



Plebiscito por la educación en el año 2011, en el conjunto de las movilizaciones y protestas sociales, el plebiscito se convierte en una práctica que intenta democratizar las instituciones y las políticas públicas.

Estos fenómenos combinados hablan de un nuevo fenómeno que desde fines de la última década, ha dado a luz a un nuevo referente generacional-político, no propia de la esfera del trabajo, sino que también en educación, medio-ambiente, salud, género, etc; pero que en este caso ha acelerado, de una u otra forma, un proceso de descomposición del sindicalismo tradicional-autoritario y su dirigencia, y ha abierto perspectivas a una recomposición de un proyecto sindical unitario y clasista, es decir, *movimientista* (Waterman, 1993; Moody, 1997), visibilizando las contradicciones del modelo de acumulación neoliberal y neoextractivista en Chile, y tejiendo redes con otros movimientos y actores sociales (Julián, 2012).

La consolidación de discursos articuladores de un “imaginario de derechos sociales” los cuales reordenan las consecuencias de los procesos de privatización, tanto para el trabajador en sus condiciones de trabajo, salariales, jornadas, etc., como para el usuario en la calidad de las prestaciones, su disponibilidad, su cobertura, etc. Este imaginario es parte de la fuente reconstituyente de una posición de derechos, es lo que reconfigura una “lógica de la resistencia” que crítica el proceso de privatización, las ganancias y el lucro del sistema de ISAPRES, y las condiciones de jubilación precarias que tiene el sistema de AFP en Chile.

#### **IV. Subjetividad sindical y reforma privatizadora en salud**

La sociología del Trabajo en América Latina canaliza distintas formas de abordaje del tema, desde el plano general y Global de la relación Economía y Sociedad (Villavicencio. 2000); considerando la reestructuración productiva (De la Garza, 2000); la lógica de los modelos productivos (Neffa, 1999), el conflicto social y sindical (Zapata, 2001), y las intervenciones y dinámicas del Mercado del Trabajo (Abramo.1997). Mientras en Chile las mismas perspectivas encuentran su eco en estudios empíricos que destacan las mismas problemáticas, articuladas a las particularidades de la situación chilena.

Más los estudios sobre la (re)(des)composición de la subjetividad sindical, tanto como sujeto y objeto de estudio, no ha sido asumida como una temática desde la producción científica de las ciencias sociales en Chile, por lo cual se ha generado una brecha epistémica en el campo de investigación aplicada con

respecto a la(s) causa(s) de la formación de una “nueva” subjetividad sindical y los impactos, en el marco de la institucionalización existente, en materia del conflicto y/o el diálogo laboral.

Sin duda las transformaciones desarrolladas en el seno de las sociedades del trabajo, en donde el trabajo (y el no-trabajo) sigue siendo un elemento central de reproducción/definición de las relaciones sociales, contiene un conjunto de implicancias para el conjunto de las relaciones sociales (las formas/contenidos de la socialización) y las relaciones introspectivas (sujeto y auto-comprensión del <<yo>>). Esto ha significado, y ha sido resignificado a la vez, por la presencia de una serie de nuevos fenómenos en la conformación de las prácticas sociales de los sujetos, en cuanto: a) las relaciones inter-subjetivas, las relaciones con el espacio social, la naturaleza y el mundo de los objetos; b) en la relación el sujeto mismo, y con el principio de identidad/negación que le subyace como diatriba ontológica y subjetiva; c) en una nueva relación con respecto a las instituciones y relaciones cosificadas e institucionalizadas, como el mismo principio de la política, el poder y el tiempo; d) la conformación de un proceso histórico extenso cargado de particularidades que nos adentran a señalar la presencia de un cambio socio-histórico y cultural que asume en su expresión práctica, la constitución de una “nueva forma” de la sociedad chilena.

¿Cuáles son las características que asumirá el “nuevo sindicalismo” (conflicto, diálogo, mediación, etc.) en su respuesta ante los cambios y reformas laborales en el ciclo político actual? ¿Cuáles son los componentes subjetivos, las dimensiones sociales y los actores políticos e institucionales que, implícitos, articulan una transformación en las relaciones laborales? ¿Existe una diferencia en la constitución subjetiva de los/as trabajadores/as del espacio productivo público y privado?

En éste plano es necesario comprender la subjetividad no como una nueva estructura que da sentido de uno a uno en plano individual, como “un proceso que se pone en juego en estructuras subjetivas parciales (cognoscitivas, valorativos, de la personalidad, estéticas, sentimentales, discursivas y de formas de razonamiento); es subjetividad con estructuras parciales en diferentes niveles de abstracción y profundidad que se reconfigura para la situación y decisión concreta” (De la Garza, 2000, p. 29), la cual creemos, en relación con las estructuras objetivas de sindicalización, conforman colectivamente una reorganización de ser trabajador y ser sujeto de sujeciones.

Está dinámica de re-subjetivación de los procesos de acción sindical es atravesada por las mediaciones propias de un nuevo contexto social, político y cultural, en donde se manifiestan distintos fenómenos cargados de identidad,

en donde cada vez se encuentran presentes los fenómenos de precariedad y vulnerabilidad social, asociados a una condición que se reproduce a partir de las nuevas transformaciones en el mundo del trabajo, en donde éste último, ha sufrido una significativa *heterogeneización, complejización y fragmentación* (Antúnez, 2003).

## **V. Conclusiones**

Aun así quedan pendientes dar cuenta de los cambios específicos en la subjetividad de ésta masa de fuerza de trabajo, que integrándose, por un lado a los nuevos paradigmas productivos, las nuevas condiciones de producción, su dinámica y cambio, sus lógicas internas y externas de validación/desvalidación; y por otro, a un universo simbólico homogeneizantemente diferenciado, con un cinismo tolerante, una libertad política en una institucionalidad clausurada, y una sobre exposición a la ideologización brutal comunicativa del individualismo y el consumo (con todos los estereotipos de prácticas enajenadas enjenantes), que constituyen un espacio social e histórico donde se encuentran serias dificultades de asociatividad, coordinación, acción y acoplamiento dejando un escenario adverso y dificultoso para el desarrollo del sindicalismo.

La estructuración de acciones colectivas de gran envergadura descansa en la existencia de tensiones derivadas de un cierto equilibrio de fuerzas en el sistema social y no en el predominio abierto del capital sobre el trabajo (Zapata, 2001). Esto, respaldado por un amplio conjunto de elementos teóricos, se vuelven suficientes para distinguir con claridad las dimensiones de la subjetividad personal, la subjetividad construida socialmente y la trans-subjetividad (Pérez Soto, 2009)

Sabemos que los/as trabajadores/as del sector salud son sujetos que están directamente involucradas en prácticas de interrelación con “los usuarios del sistema y con los que prestan apoyo a la gestión clínica-asistencial, independiente del tipo de contrato o vínculo, tanto en el sector público como en el sector privado” (NESCON, 2008, p. 16), lo que asegura formas embuidas de identificación y representación del usuario, en su enfermedad y dolor, como una situación problemática de la cual el/la trabajador/a comienza a hacerse parte activamente.

Por otra parte, las características del cambio político, cultural, económico y social por el que atraviesa la sociedad chilena, impulsan nuevas formas de democratización en las estructuras post-dictatoriales y su herencia en los espacios de sociabilización, identificación y acción colectiva. Esto hace que el

mismo movimiento de trabajadores/as de la salud tenga internamente una tensión hacia procesos de democratización de sus estructuras de representación y participación, lo cual es una tendencia que reordenará las características del discurso, en su contenido y forma, con que continuará su proceso de inclusión en la discusión y debate de las políticas públicas en el país.

**BIBLIOGRAFIA**

- Aedo, Cristián (2001) “Las reformas de salud en Chile”. En Larraín, F. & Vergara, R. (Compiladores). *La Transformación económica en Chile* (pp. 605-640). Santiago, Chile. Centro de Estudios públicos.
- Abramo, Laís (1997): *Mercados Laborales, Encadenamientos productivos y políticas de empleo en América Latina* (LC/IP/R.185), ILPES, Santiago de Chile
- Antúnez, Ricardo (2003) *¿Adiós al Trabajo? Ensayo sobre metamorfosis del trabajo y el rol central del trabajo*. Ed. Herramienta. Argentina.
- Bastías, Gabriel y Valdivia, Gonzalo (2007) “Reforma de salud en Chile; El plan AUGE o el régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución”. *Boletín de medicina de la Universidad Católica de Chile*. Vol. 32. Nº 2, 51-58.
- De la Garza, Enrique (2000) “El papel del concepto Trabajo en la teoría social del Siglo XX”. En Enrique de la Garza (coordinador). *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. (pp, 15-35). D.F. México.. El Colegio de México. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana. Fondo de Cultura Económica,
- Fischer, Ronald & Serra, Pablo (2003) *Efectos de la privatización de servicios públicos en Chile: Casos sanitario, electricidad y telecomunicaciones*. Documentos de Trabajo Nº 186. Centro de Economía Aplicada. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Fraser, Nancy (2003) “¿De la disciplina hacia una flexibilización? Releyendo a Foucault bajo la sombra de la globalización”. En *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. Enero-abril. Año/vol. XLVI. Nº 187, 15-33.
- Harvey, David (2007) *Espacios del Capital. Hacia una Geografía Crítica*. Madrid: Akal.
- Homenedes, Nuria & Ugalde, A. (2002) “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica”. *Gaceta Sanitaria*. Nº 16 (1): 54-62.
- Julián, Dasten (2011) “La Huelga de hambre Mapuche y La Ley Antiterrorista en Chile. Los Síntomas de un Estado y sus Dimensiones contra-éticas”. En *International Journal Zizek Studies*. Vol 5, No 4.
- Julián, Dasten (2012) “Tendencias de un sindicalismo fracturado. Sindicalismo autoritario v/s sindicalismo movimientista”. En Juan Carlos Solís (comp.) *Reconfiguración de las relaciones entre Estado, sindicatos y partidos en América Latina*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, como parte del grupo de trabajo "Trabajo, Modelo Económico-Productivo y Actores Sociales". Estado del Artículo: aceptado y en publicación (25/04/2012).
- Lara, Claudio (2005) “Liberalización y subordinación de los servicios públicos a la lógica del capital en los países del Cono Sur”. En Jaime Estay Reyno (compilador) *La economía mundial y América Latina : tendencias, problemas y desafíos* (pp. 317-341). Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso).

- López, Diego (2009) “El movimiento sindical en el gobierno de Michelle Bachelet: nuevas acciones y liderazgo. Análisis y propuestas”. Fundación Friedrich Ebert. Extraído de: [http://www.cutchile.cl/InformesIngresoOct-Nov2010/58%20movimiento\\_sindical\\_bajo\\_bachelet\\_d\\_lopez.pdf](http://www.cutchile.cl/InformesIngresoOct-Nov2010/58%20movimiento_sindical_bajo_bachelet_d_lopez.pdf)
- Miranda, Ernesto (1990) “Descentralización y privatización del sistema de salud chileno”. En *Revista Estudios Públicos*. 39: 5-66. Santiago, Chile. Centro de estudios públicos. (CEP)
- Moody, Kim (1997) *Workers in a Lean Production. Unions in the International Economy*. London. Verso.
- Neffa, Julio César (1999) “Crisis y emergencia de nuevos modelos productivos”. En Enrique de la Garza Toledo (compilador). *Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI* Buenos Aires, Argentina. Biblioteca virtual. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Extraído en: [www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/trabajo/neffa.rtf](http://www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/trabajo/neffa.rtf)
- NESCON (2008) “Condiciones de Trabajo y Salud en el sector salud”. Serie Núcleo de Educación y Salud Colectiva de Informes Técnicos. Universidad Federal Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.
- Ornelas, Raúl (2009) “Saberes de la dominación. Panorama de las empresas transnacionales en América Latina agenda de investigación”. En Ana Esther Ceceña (coord.) *De los saberes de la emancipación y de la dominación* (pp. 137-175). Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
- Parada Lezcano, M. (2005) “La Transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973–1990”. En *Cuadernos Médico Sociales* 44: 138–143. Santiago, Chile.
- Pérez Soto, Carlos (2009) *Proposiciones para un Marxismo-hegeliano*. Santiago, Chile. Editorial-Arcis.
- Rivadeneira, Luis (2000) “América Latina y el Caribe: crecimiento económico sostenido, población y desarrollo”. Santiago, Chile. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población.
- Tapia, Luis (2008) “La reforma del sentido común en la dominación neoliberal y en la constitución de nuevos bloques históricos nacional-populares”. En Ana Esther Ceceña (coord.) *De los saberes de la emancipación y de la dominación* (pp. 101-113). Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
- Vergara, Jorge (2005) “El mito de las privatizaciones en Chile” *Revista académica de la Universidad Bolivariana Polis*. N° 12. <http://www.revistapolis.cl/12/verg.htm>
- Villavicencio, Daniel. (2000). *Economía y Sociología. Historia reciente de una relación conflictiva, discontinua y recurrente*. En Enrique de la Garza (coordinador). *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. (pp, 683-

- 715). D.F. México..El Colegio de México. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana. Fondo de Cultura Económica,
- Waterman, P. (1993) "Social-Movement Unionism: A New Union Model for a New World Order?" Review Literature And Arts Of The Americas. Volume: XVI, Issue: 3, Pages: 245-278. 1993.
  - Zapata, Francisco (2001) ¿Crisis del sindicalismo en América Latina? Cuadernos del CENDES, N°147, Buenos Aires, 2001.

**Diarios electrónicos:**

- Colegio Médico Regional de Valdivia. "Médicos están preocupados por la situación del Hospital Regional".  
[http://www.regionalvaldivia.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1275:colegio-medico-preocupado&catid=106:sports-news](http://www.regionalvaldivia.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=1275:colegio-medico-preocupado&catid=106:sports-news)
- Confusam. (14.04.2011) "Continúan movilizaciones de la confusam con acto en plaza italia exigiendo al ministro de salud honrar acuerdos suscritos en noviembre 2010"  
[http://www.confusam.cl/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=372:continuan-movilizaciones-de-la-confusam-con-acto-en-plaza-italia-exigiendo-al-ministro-de-salud-honrar-acuerdos-suscritos-en-noviembre-2010&Itemid=112](http://www.confusam.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=372:continuan-movilizaciones-de-la-confusam-con-acto-en-plaza-italia-exigiendo-al-ministro-de-salud-honrar-acuerdos-suscritos-en-noviembre-2010&Itemid=112)
- La Nación. (24.05.2010). "La deuda Hospitalaria en Chile".  
<http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20100524/pags/20100524000425.html>
- Radio Universidad de Chile. (14.06.2010). "Gremios de la salud anuncian movilizaciones de no aclararse proceso de concesiones hospitalarias"  
<http://radio.uchile.cl/noticias/70964/>
- Voto Ciudadano Wordpress (22/04/2012)  
<http://www.votociudadano.cl/sitio/wordpress/?p=1029>



