

PERSONAS: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Reformas en el sistema de salud y la movilización de los/as trabajadores/as. Construcción de subjetividades y nuevo sindicalismoⁱ

Reforms in the health system and the workers mobilization. Construction of subjectivities
and new unionism

Edición Nº 17 – Agosto de 2013

Artículo Recibido: Marzo 21 de 2013

Aprobado: Abril 26 de 2013

AUTORES

Juan Miguel Chávez

Sociólogo por la Universidad de Bielefeld, Alemania. Dr(c) en Sociología.
Académico e Investigador de la Carrera de Sociología de la Universidad de la Frontera.
Temuco, Chile.
Correo electrónico: jmchavez@ufro.cl

Dasten Julián Vejar

Sociólogo por la Universidad de la Frontera. Estudiante de Doctorado en Sociología del Trabajo y
Sociología económica. Institut für Soziologie. Friedrich-Schiller-Universität. Jena, Alemania.
Investigador asociado Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Frontera,
Becario CONICYT. 2010. Proyecto: “Transformaciones y Metamorfosis del Trabajo en Chile (1975-
2005)”.
Temuco, Chile.
Correo electrónico: dasten.julian-vejar@uni-jena.de

Resumen

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

Palabras Claves: Subjetividad; Sindicalismo; Privatización; Sistema Salud.

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.

Keywords: Subjectivity; Unions; Working Conditions; Privatization; Health System.

I. Antecedentes

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. 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, en 2011, tan solo el 11,8% de la fuerza de trabajo en Chile se encontraba sindicalizada (Dirección del Trabajo, 2012), su repunte y crecimiento con respecto a los últimos diez añosⁱⁱ, muestran una nueva etapa del sindicalismo en la actualidad.

Esta tendencia se replica en el caso del Sector Salud (pública), el cual se ha expandido considerablemente en los últimos 20 años, especialmente en materia de cobertura, con el respectivo crecimiento del sector, y a la vez con la consecuente consolidación de las políticas neoliberales en relación al acceso, financiamiento, privatización y gestión del mismo (Miranda, 1990; Homenedes y Ugalde, 2002; Parada, 2005). La relación del trabajo en el sector servicios, a nivel 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 hay tendencias que involucran la introducción de procesos de precarización de las condiciones de trabajos en el sector, ya que, a nivel global, “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: 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, debido a fenómenos como la precarización discriminatoria que involucra a sector de mayor estatus en la estructura ocupacional (Dörre, 2009; 2010).

En Chile, el sector público de salud representa uno de los sectores con mayores tasas de afiliación gremialⁱⁱⁱ, 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 1979 (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 restructuración y organización del trabajo (y establecimientos) a través del plan de reformas de salud^{iv}, con el régimen de Acceso Universal de Garantías Explícitas, AUGE (Bastías y Valdivia, 2007).

A nivel del conflicto laboral, el sector servicios (en general) juega un rol estratégico. La mayoría de las huelgas entre 2010 – 2012 se produjo en el sector Servicios, el cual se encuentra altamente feminizado, con 128 huelgas efectuadas, lo cual implicó a 10.212 trabajadores/as en 2012, y 10.598 entre 2010 y 2011^v. Este hecho además entronca con la situación política de movilización social, en torno a las demandas de *decomodificación* de los servicios sociales en Chile, lo cual genera mayor activación de los actores sindicales y gremiales.

La política de comodificación de la salud en Chile (Fraser, 2003), fue parte del retiro de la política social del estado y descomposición de los servicios de bienestar^{vi}, por medio de la adopción de las políticas neoliberales impulsadas a fines de los años 70’ y comienzos de los 80’ en Chile, “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: 607), que se diagrama un nuevo sistema e institucionalidad en políticas públicas en materia de salud, y una nueva concepción del sistema de protección social.

En el caso de La reforma de la Salud (1979), ésta tuvo como suyos, dos objetivos principales: 1) Reducir los aportes estatales al mantenimiento del sistema^{vii}, y 2) abrir un nuevo mercado como fuente de inversión y acumulación para el capital. 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) (Aedo, 2001: 628)

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 (Lara, 2005: 321). 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 (Aedo, 2001: 608), lo cual reduce el rol directo del Estado en el sostenimiento, financiamiento y administración del sistema público de salud, delegándolo a los gobiernos locales (Miranda, 1990; Goic y Armas, 2003).

Reconociendo la complejidad de este fenómeno presentamos algunos acercamientos a la temática a partir de la complejidad de sus aristas y de los resultados de nuestra Investigación.

II. Desarrollo

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. Para 2009, el 73% de la población cotizaba en el sistema público de salud, un 16% en Isapres, y un 11% en otros. Lo que se destaca de ésta distribución es que “en 1996 el ingreso promedio por beneficiario Fonasa era de \$114.345, lo que en el caso de los beneficiarios de Isapres superaba los \$200.000; para 2008 las cifras de ingreso eran \$192.988 para Fonasa y \$430.059 para aquellos usuarios de Isapres” (OT, 2010). Estos datos exhiben una brutal desigualdad, y consagran una polarización de las características de prestación en el sistema de salud (total), el cual tiene un profundo carácter estratificado, segmentado y jerarquizado en su acceso, y que ha consolidado a las Isapres como uno de los negocios y empresas más rentables en la economía en chilena^{viii}.

De forma paralela, en Chile existe actualmente un intento de reordenamiento social, que pretende nuevamente generar condiciones beneficiosas para un proceso de acumulación y penetración de sectores aún no imbuidos de la lógica de rentabilización del capital. Este

proceso ocurre en varios niveles, que involucran la mercantilización de servicios sociales, recursos naturales y empresas estatales^{ix}, 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: 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 se profundiza la relación en que “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: 30).

En principio éste conjunto de situaciones implican la síntesis de 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*. La transformaciones en el sistema de salud, se encadena a fenómenos de rápida y demarcada polarización y desigualdad social, lo cual va redefiniendo las características de los procesos y espacios de socialización y comunicación, como el encadenamiento-articulación de las modernidades subalternas del capitalismo al conjunto de la sociedad global en expansión (de Sousa 2001)^x.

En la investigación nos concentramos en debate generado a partir de una reforma que pretende profundizar el proceso de neoliberalización en el sistema de salud chileno: el sistema de *vouchers*. 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, ya que implica una licitación de cerca de 3 mil millones de pesos (anuales), con el objetivo de generar un acuerdo marco de compra de servicios, lo cual 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 el sistema de *vouchers* reemplaza los servicios públicos, y el “manejo de riesgos” privatizado sustituye la seguridad social^{xi}, los individuos son definidos para asumir nuevos niveles de “responsabilidad” en sus vidas. Lo que está en juego, es una profundización de la lógica y el sentido común neoliberal (Tapia, 2008) como 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 y un nuevo nicho de rentabilidad/comodificación económica (Dörre, 2010).

Así es como nos concentramos entre los años 2011 – 2012 en la realización de entrevistas en profundidad a 22 dirigentes sindicales/gremiales del sector salud (FENATS, FENPRUSS y CONFUSAM), contrastando sus percepciones referidas a la centralidad del sistema público con la serie de acciones y respuestas sindicales al proceso en curso de privatización de la salud pública en Chile.

III. Resultados. Respuestas sindicales en salud.

Dentro de los resultados, lo que hemos podido constatar es que, al alero de este proceso de neoliberalización, las respuestas sindicales no se hicieron esperar, y durante el año 2010 se vivieron distintas movilizaciones de los/as trabajadores/as de la salud^{xii}, conjunto a significativos posicionamientos ético-políticos a otra serie de conflictos sociales que marcaba la agenda política en Chile, las cuales que dieron paso a la conformación del Frente Nacional por la defensa salud pública^{xiii} como núcleo orgánico de reunión de las demandas y las diferentes asociaciones que participaban en la reivindicación por la Salud Pública. Las movilizaciones involucraron la participación de miles de trabajadores/as a nivel nacional y consagraron, en este despliegue de fuerzas, la incidencia de los/as trabajadores/as como parte importante en el debate de las políticas de salud en Chile, al demostrar la capacidad de activar las lógicas de protestas en pos de los objetivos de mejora en las condiciones laborales y en el servicio de salud.

Éste movimiento cobraba fuerza a partir de la racionalización y justificación de la demanda de salud como parte de un “derecho social” que trascendía un sindicalismo corporativo (Ross, 2007), para insertarse en el modelo de un concientización ciudadana-social (Moody, 1997) que involucrara a los actores sociales a una defensa y una propuesta política de reafirmación de derechos como estrategia organizativa, solidaria y comunicativa que integra más dimensiones sociales que las que se encuentran presentes en los conflictos tradicionales asociados a asuntos gremiales-sindicales (Frege y Kelly, 2004a; 2004b).

El mes de noviembre de 2010 se logró un acuerdo que implicaba una respuesta a las demandas del movimiento por parte del gobierno, en materia de bienestar e incentivo al retiro. 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 de 2010-2011, por lo cual la respuesta del gremio fueron 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 de ello, 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 (Mira, 2011), con la experiencia de *retroceso*, por medio del 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 año 2012 se organizó el Plebiscito nacional por la Salud (2012), el cual tuvo 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 la contingencia y diversificación del *repertorio* sindical en el plano de la organización y la activación de los/as trabajadores/as de la salud:

1. un nuevo nivel de coordinación con (y 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^{xiv}.
2. 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.
3. La consolidación de las formas plebiscitarias y de consulta social: aunque sin tener un carácter vinculante, a través de lo ya experimentado con el 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 universo simbólico 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 de carácter *movimientista* (Waterman, 1993; Moody, 1997; Ross, 2007; Julián, 2012a), visibilizando las contradicciones del modelo de acumulación neoliberal y neo-extractivista en Chile, tejiendo redes con otros movimientos y actores sociales, e incluyendo al usuario en su condición de “ciudadano” a jugar un rol en la movilización, la cual asume un carácter de “social” (Julián, 2013).

Esta situación cobra vigencia con la activación solidaria y/o orgánica del usuario del sistema de atención pública, quien constituye un sujeto en busca de accesibilidad, calidad en la atención y cobertura, como parte de una demanda social latente en un sistema de alta exclusión y desigualdad como el chileno (Espinoza, Barozet y Méndez 2010), que empalma con la exigencia de restitución de un poder estructural (Wright, 2000) que ha perdido el trabajador profesional en el sistema de salud y en el lugar de trabajo (Julián, 2012b). Aquí se encuentran las bases materiales de un discurso y una práctica que busca y encuentra expresión en la actualidad en la cooperación y solidaridad en la identificación trabajador-usuario: la generación y compartimiento de un *ethos* (Frege y Kelly, 2004), que fortalece la legitimidad de la actividad sindical.

La consolidación de discursos articuladores de un “imaginario de derechos sociales” y democratización, los cuales cumplen el rol de reordenar y re-significar 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., permiten generar nuevas estrategias que, potencialmente, pueden tener mayor efectividad que: a) las experiencias de luchas gremiales-aisladas realizadas anteriormente por los/as trabajadores/as, como parte de la llamada “lucha económica” (Hyman, 2006), con un modelo corporativo de sindicalismo; y b) las demandas individualizadas de consumidores, por parte de los usuarios como parte de una forma ideológicamente neoliberal de entender y ejercer la ciudadanía, en términos legales (demandas) o de quejas ante el Servicio nacional del consumidor (SERNAC).

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 desigualdad en

comparación con la actualidad de los servicios en la salud pública, en términos de calidad, cobertura y acceso.

V. Conclusiones

El sindicalismo ha debido ir adaptándose, innovando, modernizando y reinventando sus prácticas en un complejo escenario de la mutación de las relaciones sociales y laborales. La evaluación de si lo ha logrado o no, no resulta ser secundaria, sino que más bien es central para dar cuenta de las características de los nuevos procesos que movilizan la reformulación de las relaciones laborales en América Latina, así como las perspectivas en relación a los efectos e intervenciones en política pública generadas en materia de bienestar y seguridad social.

Aún 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/invalidación; y por otro, a un universo simbólico homogeneizante y 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 enajenantes), 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.

Aún así estos fenómenos no son homogéneos ni aseguran una estrechez tendencial y pasiva entre ambos actores, trabajadores y usuarios, en función de un sector de salud público. Más bien es posible identificar también contrariedades en la percepción de usuarios, y la carga del sentido común dominante (Tapia, 2008) que impulsa hacia soluciones individuales en contraste con las acciones colectivas. Por ello es que es posible aún considerar que muchos usuarios de la salud pública, que han vivido con falta de accesibilidad al sistema y con largos tiempos de espera, estarán más bien interesados en soluciones que impliquen una atención garantizada, rápida y efectividad, por lo que no les importará si ésta provenga del sector público o privado.

A la vez es también necesario destacar que las formas orgánicas de funcionamiento, de democracia y de participación de las organizaciones de trabajadores tienen muchos desafíos para establecer modelos que superen el tradicional sindicalismo delegante de la representatividad en sus dirigentes, y se superen algunos conlaves burocráticos, los

cuales proliferan gracias a bajos niveles regulación y participación efectivos (Julián, 2012a). Aún así, la apertura de los repertorios de acción sindical, exhiben una mayor transparencia y movilidad hacia el centro de las cuestiones sociales, lo cual involucra un aprendizaje organizacional que muestra sus primeros resultados en ésta materia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adorno, Theodor. 1972. "Gesellschaft". In *Gesammelte Schriften*, vol. 8, Fráncfort.
2. Aedo, Cristián. 2001. "Las reformas de salud en Chile". En Larraín, F. y Vergara, R. (Compiladores). *La Transformación económica en Chile*. Centro de Estudios públicos. Santiago, Chile. Págs. 605 – 640.
3. Abramo, Laís. 1997. *Mercados Laborales, Encadenamientos productivos y políticas de empleo en América Latina* (LC/IP/R.185), ILPES. Santiago de Chile
4. Antúnez, Ricardo. 2003. *¿Adiós al Trabajo? Ensayo sobre metamorfosis del trabajo y el rol central del trabajo*. Ed. Herramienta. Argentina.
5. 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, Págs. 51 – 58.
6. Busch, Klaus; Hermann, Christoph; Hinrichs, Karl y Thorsten Schulten. 2013. Euro Crisis, Austerity Policy and the European Social Model. International Policy Analysis. Friedrich-Ebert-Stiftung. on-line: <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/09656.pdf>
7. De Sousa Santos, Boaventura. 2003. *Crítica a la Razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia*. Editorial Desclée de Brouwer S. A. Bilbao.
8. Castel, Robert. 2006. "La crítica frente al mercado" Revista *Actuel Marx Intervenciones*. No. 5. Trabajo, explotación flexible y resistencias. Primer Trimestre. : 127-136.
9. 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*. (p:, 15-35). D.F. México. El Colegio de México. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana. Fondo de Cultura Económica.
10. De la Garza, E. 2011., "La revitalización del debate del proceso de trabajo" *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, Ano 16, No. 26: 7-35
11. De Sousa, Boanventura. 2003. "Entre Prospero e Calibán: Colonialismo, pós-colonialismo e inter-identidade". En Maria Irene Ramalho y Antonio Sousa

- (Organizadores), *Entre ser e estar. Raíces, Percursos e discursos da identidade*. Porto, Ediciones Afrontamento. Págs. 23 – 86.
12. Dörre, Klaus. 2009., “La Precariedad ¿Centro cuestión social del siglo XXI?”. *Revista Actuel Marx Intervenciones*. Nº.8. La pesantez de la vida cotidiana.. Págs. 79 – 108. LOM Ediciones
13. Dörre, Klaus . 2010., „Social Class in the Process of Capitalism Landnahme. On the relevance of secondary exploitation” *Socialist Studies/Études socialistes* 6(2): 43-74.
14. Dörre, K.; Holst, H. y Nachtwey, O. . 2009., „Organising – A Strategic Option for Trade Union Renewal? *International Journal of Action Research* Vol. 5 (1). Págs. 33 – 67.
15. Espinoza, Vicente; Barozet, Emmanuelle y María Luisa Méndez . 2010. “Estratificación y movilidad social bajo un modelo neoliberal: El caso de Chile”. Proyecto Desigualdades (Anillo SOC 12): “Procesos emergentes en la estratificación chilena: medición y debates en la comprensión de la estructura social” (2009-2012).
16. Fischer, Ronald y 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.
17. 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. Págs.15-33.
18. Frege, C. M., y Kelly, J. E. (2004a), “Union Revitalisation Strategies in Comparative Perspective”. *Europe Industrial Relations Journal*, (9) 1. Págs. 7 – 24.
19. Frege, C. M., y Kelly, J. E. (2004b). *Varieties of unionism: strategies for union revitalization in a globalizing economy*. Oxford University Press. Oxford; New York.
20. Goic, G, Alejandro y Armas M, Rodolfo. .2003. “Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena”. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 131, n. 7. Págs. 788 – 798.
21. Greer, Ian. 2008. “Social Movement Unionism and Social Partnership in Germany: The Case of Hamburg’s Hospitals”. *Industrial Relations*, Vol. 47, No. 4. Págs. 602 – 624.
22. Harvey, David. 2007. *Espacios del Capital. Hacia una Geografía Crítica*. Akal. Madrid, España.
23. Hinkelammert, Franz. 2001. *El nihilismo al desnudo. Los tiempos de la globalización*. Editorial LOM. Chile.

24. Hoehn, Marek. 2009. “Neoliberalismo. Aportes para su conceptualización”. Centro de análisis e investigación política / www.cai.cl / documento N° 32.
25. Homenedes, Nuria y Ugalde, A. 2002. “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica”. *Gaceta Sanitaria*. N° 16 (1). Págs. 54 - 62.
26. Hyman, Richard. 2006. “Marxist Trough and the analysis of Work”, En *Social theory at work*, editado por Korczynski, M., Hodson, R., y Edwards, P. K. Oxford; New York: Oxford University Press. Págs. 26 - 56
27. Julián Dasten. 2012. “Tendencias de un sindicalismo fracturado. Sindicalismo autoritario v/s sindicalismo movimientista”. *Revista Actuel Marx* No. 13. Movimientos sociales, populares y sindicales”. Págs. 93 – 115. LOM ediciones.
28. Julián, Dasten. 2013. “Reflexiones en torno a Mercantilización de la Universidad y sus desacoples con el mercado laboral. Tensiones de un modelo neoliberal de profesionalización en Chile”. *Revista Espacio Abierto*. Vol. 22 (1). Págs. 71 - 98
29. Lallement, Michel. 2011. “Europe and the economic crisis: forms of labour market adjustment and varieties of capitalism”. *Work, Employment and Society* 25(4). Págs. 627 – 641.
30. 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*. Págs: 317-341. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso).
31. Leiva, Sandra. 2006. *Abhängig Selbständige: Chronik einer angekündigten Prekarität – Deutschland und Chile im Vergleich*. Dissertation zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen.
32. López, Diego. 2009. “El movimiento sindical en el gobierno de Michelle Bachelet: nuevas acciones y liderazgo. Análisis y propuestas”. Friedrich-Ebert-Stiftung. Disponible On-line: http://www.cutchile.cl/InformesIngresoOct-Nov2010/58%20movimiento_sindical_bajo_bachelet_d_lopez.pdf
33. Miranda, Ernesto. 1990. “Descentralización y privatización del sistema de salud chileno”. En *Revista Estudios Públicos*. 39. Págs. 5 – 66.
34. Moody, Kim. 1997. *Workers in a Lean Production. Unions in the International Economy*. London. Verso.
35. 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
36. 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.
37. OT. 2010. “La salud pública y privada en Chile: demanda y prestadores”. Observatorio Tendencias. Área Tendencias en Salud. Universidad Andrés Bello.
38. 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* (p: 137-175). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
39. Parada Lezcano, M. 2005. “La Transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973–1990”. En *Cuadernos Médico Sociales* 44. Págs. 138–143.
40. Puga, Ismael. 2011. “Escuela y estratificación social en Chile: ¿cuál es el rol de la municipalización y la educación particular subvencionada en la reproducción de la desigualdad social?” *Revista Estudios Pedagógicos*. XXXVII, Nº 2. Págs. 213-232.
41. 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.
42. Ross, S. 2007. “Varieties of social unionism: Towards a framework for comparison”. *Just Labour: A Canadian Journal of Work and Society* – Volume 11 – Autumn.
43. Sennett, Richard . 2006. *Der Flexible Mensch*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
44. 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* (p: 101-113). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
45. Vergara, Jorge. 2005. “El mito de las privatizaciones en Chile” *Revista académica de la Universidad Bolivariana Polis*. Nº 12. <http://www.revistapolis.cl/12/verg.htm>
46. 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*. Págs. 683 - 715. D.F. México.El Colegio de

México. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana. Fondo de Cultura Económica,

47. 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, Págs. 245-278.
48. Wright, E.O. 2000. "Working Class Power, Capitalist Class Interests, and Class Compromise". *American Journal of Sociology*, 105 (4). Págs. 957-1002.
49. Zapata, Francisco (2001) ¿Crisis del sindicalismo en América Latina? Cuadernos del CENDES, N° 147, Buenos Aires, 2001.

Diarios electrónicos:

50. Colegio Médico Regional de Valdivia. "Médicos están preocupados por la situación del Hospital Regional".
http://www.regionalvaldivia.cl/index.php?option=com_contentyview=articleid=1275:colegio-medico-preocupadoycatid=106:sample-sports-news
51. 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_k2yview=itemid=372:continuan-movilizaciones-de-la-confusam-con-acto-en-plaza-italia-exigiendo-al-ministro-de-salud-honrar-acuerdos-suscritos-en-noviembre-2010yltemid=112
52. La Nación. (24.05.2010). "La deuda Hospitalaria en Chile".
<http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20100524/pags/20100524000425.html>
53. 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/>
54. Voto Ciudadano Wordpress (22/04/2012)
<http://www.votociudadano.cl/sitio/wordpress/?p=1029>

Notas al final

ⁱ Éste artículo es el resultado del proyecto de Investigación DIUFRO 2011 "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" (código: DI11-0037). Dirección de Investigación de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. jmchavez@ufro.cl

ⁱⁱ 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

mismos”. (ENCLA, 2008). Esta situación tiende a sostenerse, de acuerdo a ENCLA 2011 (227) al constatar que “si bien entre 2008 y 2011 aumentó el porcentaje de empresas con sindicatos activos, subió también el porcentaje de aquellos que habían pasado por un período de receso sindical”. Además este proceso ha quedado supeditado a la concentración de los sindicatos en las empresas de mayor tamaño.

ⁱⁱⁱ Según la Encuesta Laboral 2011, se señala que del total de empresas e instituciones de servicios sociales y salud, en los cuales se inserta el sector público, la proporción del total de los sindicatos activos es de un 8,3% (ENCLA, 2011). Para 2011 ya alcanzan los 35.810 afiliados/as en el sector, con una presencia significativa de mujeres (79,3%).

^{iv} 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.

^v Luego le sigue el sector de la Industria Manufacturera con 52 huelgas en 2010, 37 en 2011, y 22 en 2012. Estas 111 huelgas involucraron a 9.622 trabajadores/as. Fuente: Series Estadísticas de la Dirección del Trabajo. 1990-2012. División del Trabajo. Santiago, Chile.

^{vi} 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.

^{vii} 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)”.

^{viii} La rentabilidad del sistema de Isapres entre el mes de enero y septiembre de 2012 fue mayor a los \$66.352 millones (US\$ 138 millones de dólares), con aumento de las utilidades en un 36,5% con respecto al mismo periodo del año anterior, y con el crecimiento de tan sólo un 5,5% en los cotizantes. Estos últimos, en su mayoría, son explicados por quienes abandonan el sistema FONASA para ingresar al privado de Isapres. Fuente: Superintendencia de Salud

^{ix} 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 y Serra, 2003; Vergara, 2005).

^x En relación a ésta estrategia de encadenamiento y articulación, Ornelas (2009:145) 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”.

^{xi} 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.

^{xii} 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.

^{xiii} 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.

^{xiv} De hecho son 35 las organizaciones, de distintos espectros sociales, que convocaron a este Plebiscito. Ver <http://www.votociudadano.cl/sitio/wordpress/?p=1029>.