

## **Representaciones Sociales de los jóvenes en torno a la seguridad social en salud.**

Un estudio sobre las representaciones sociales que inciden en la adscripción de los jóvenes entre 24 a 29 años de edad de Valparaíso al Fondo Nacional de Salud (FONASA) o Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada/o en Sociología y  
Título Profesional de Socióloga

MONICA BELEN MUÑOZ PARADA

Profesor Guía:  
JORGE CHUAQUI KETTLUN

19 DE ENERO 2018

Gracias a mis padres por los valores entregados que hoy se reflejan en la persona que soy, gracias por todo el apoyo brindado en las diferentes decisiones que he tomado en mi camino personal y estudiantil.

A mi madre por ser un pilar fundamental en mi vida y motivarme a ser cada día mejor.

A mi padre que ha observado con distancia el proceso, pero de igual forma ha sabido entregarme su amor y preocupación.

A mis hermanos que en base a sus diferentes estilos me han apañado toda mi vida.

A Diego que durante este largo tiempo supo acompañarme con paciencia y cariño.

A mi familia quienes lograron sacarme una sonrisa en los momentos más difíciles de este proceso.

A mis hermanos de otra especie Clifford, Benji y Cuchilin que en diferentes momentos fueron testigos mudos de mi desarrollo académico y personal.

**Muchas Gracias**

## Resumen

### **Exclusión social – protección social en salud - precarización laboral – población joven**

La **protección social** se puede definir como un conjunto de medidas ejecutadas por parte del Estado y la sociedad con el fin de proteger, resguardar y disminuir el riesgo social de las familias, trabajadores y trabajadoras del país, siendo las principales medidas las relacionadas con salud, desempleo y pensiones. Para poder acceder a la protección social, se debe tener un **empleo protegido**, esto quiere decir un contrato de trabajo, en el cual parte del sueldo se utilice para la cotización de salud, pensión y seguro de desempleo, sin embargo, sólo un 40% de la población chilena tiene acceso a un empleo protegido y el 60% restante no cotiza en el sistema de pensiones y de salud, debido a que son trabajadores independientes o son trabajadores a honorarios o por temporada, situación que los hace vulnerables en términos de protección social.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el caso de los jóvenes en América Latina, la situación es más preocupante, debido a que el desempleo alcanza un 40% en jóvenes entre 15 a 24 años y la población joven que logra acceder a un empleo protegido sólo alcanza un 30%. Considerando estos antecedentes nos enfrentamos a un problema que se traduce en la **exclusión social** de la población joven respecto a la protección social en Chile, debido a la precarización laboral existente. En este sentido, es importante indagar en las representaciones sociales que tienen los jóvenes respecto a la protección social en salud para la no adscripción al sistema de salud público o privado y como este fenómeno se relaciona con la precarización laboral.

## Tabla de contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	7
<b>Capítulo I: Planteamiento del problema .....</b>	<b>8</b>
Antecedentes .....	8
Trasformación de sistema de salud chileno.....	11
Los jóvenes y su relación con la institucionalidad .....	12
Delimitación del problema de investigación .....	13
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos.....	15
Relevancias.....	16
<b>Capítulo II: La cuestión social y el Estado de Bienestar .....</b>	<b>17</b>
La cuestión social .....	17
Transformación a un sistema de Economía Capitalista .....	18
El Estado de Bienestar en Chile .....	19
<b>Capítulo III: Protección Social.....</b>	<b>23</b>
El concepto de Protección Social .....	23
Protección social en Chile en los últimos años.....	26
Protección social en salud .....	27
Sistema de salud chileno.....	28
<b>Capítulo IV: Mercado laboral chileno.....</b>	<b>32</b>
El trabajo y su relación con la cohesión social .....	32
Flexibilidad laboral una forma de precarización.....	34
Tipos de flexibilidad laboral .....	37
Trabajos a jornada parcial o por horas .....	37
Flexibilización contractual y subcontratación.....	37
Situación de precarización laboral en Chile .....	38
Precarización laboral una forma de exclusión social .....	41
<b>Capítulo V: Representaciones Sociales .....</b>	<b>42</b>
Devenir Histórico .....	42
¿Qué entenderemos por Representaciones Sociales? .....	42
Procesos de Representaciones Sociales.....	43
Objetivación .....	43
Anclaje.....	44
Funciones de las Representaciones Sociales.....	44
Dimensiones de las Representaciones Sociales .....	45
Actitud .....	45
Información .....	45
Campo de Representación .....	45
<b>Capítulo VI: Marco Metodológico .....</b>	<b>46</b>
Descripción General del Estudio.....	46
Enfoque Teórico.....	46
Tipo de Estudio .....	47
Tipo de Diseño.....	47
Unidad de Análisis .....	48
Universo y Muestra .....	49
Técnica de producción de información.....	51
Definición de variables: .....	51
Técnica de análisis de datos.....	52
Calidad del diseño .....	53
Plan de trabajo.....	54
Consideraciones éticas.....	54
<b>Capítulo VII: Análisis de discurso .....</b>	<b>55</b>
Representaciones sociales de la salud .....	57

Actitud positiva de los jóvenes a la salud como objeto de representación.....	57
La salud como un valor.....	57
Actitud negativa de los jóvenes al sistema de salud chileno.....	<b>59</b>
Conocimiento del sistema de salud chileno.....	59
Falta de información respecto al acceso al sistema de salud.....	59
Opiniones sobre el sistema de salud chileno desde el prejuicio.....	<b>61</b>
Relación dinero – calidad.....	62
Diferencias entre el sistema público y sistema privado.....	62
El sentido otorgado por los jóvenes al sistema de salud chileno.....	<b>63</b>
Evaluación del sistema de salud chileno.....	63
Experiencias sobre el sistema de salud chileno.....	65
Imágenes construidas por los medios de comunicación.....	65
Conocimiento de las funciones del Estado.....	66
Responsabilidad del Estado.....	67
Evaluación de la función estatal.....	68
Lo estatal como valor.....	69
La salud como derecho fundamental.....	69
Precarización laboral.....	70
Deudas por estudio.....	71
<b>Conclusiones.....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>77</b>

<b>Tabla 1:</b> Composición de los perfiles de investigación .....	50
<b>Tabla 2:</b> Matriz de codificación resultado (Atlas.ti) jóvenes profesionales entre 24 a 29 años de edad .....	56
<b>Figura 1</b> ¿Cómo se compone la política social? Fuente: Elaboración propia. ....	26
<b>Figura 2</b> Institucionalidad del sistema de Salud chileno.....	30
<b>Figura 3:</b> Beneficiarios por sistema de salud previsional año 2016 .....	30
<b>Figura 4:</b> Posibilidades de acción que otorga la flexibilidad laboral a las empresas .....	36
<b>Figura 5:</b> Distribución de trabajadores según tipo de contrato <b>Fuente:</b> Encla 2014, Empleadores (cuestionario autoaplicado).....	39
<b>Figura 6:</b> Porcentaje de empresas que subcontratan y porcentajes de empresas que utilizan trabajo subministrado por región dónde se ubica la casa matriz de la empresa. ....	40
<b>Figura 7:</b> Distribución de empresas de diez o más trabajadores según existencia actual y pasada de sindicato de trabajadores.....	41

## Introducción

Por diversos motivos el estudio de la protección social en la población joven ha sido escasamente desarrollado en Chile, esta población ha sido carente de conocimiento teórico y empírico que responda a las problemáticas relacionadas con la exclusión de la protección social en la población joven y de esta forma poder elaborar un panorama general que permita establecer las condiciones sociales, económicas y generacionales involucradas en el fenómeno. Ahora bien, si la información respecto a la protección social a modo general es escasa, de forma particular la protección social en salud es prácticamente inexistente, remitiéndose a la cantidad de personas adscritas a los diferentes tipos de previsión social en salud existentes (Fonasa, Isapre, Capredena) pertenecientes a la población joven entre 15 a 29 años de edad.

Con el fin de dar cumplimiento a este propósito se utilizó la metodología cualitativa, para recoger de mejor manera el conocimiento del sentido común de los jóvenes respecto a la protección social en salud, entendiendo que las experiencias individuales no están carentes de sentido, existiendo un componente simbólico necesario de comprender, pues son estas experiencias y acciones las que se generan en un contexto social que transfiere significación. Para lograr el nivel de análisis planteado, este estudio se desarrolla desde la disciplina sociológica, por lo que se hace un análisis de la realidad social desde las dimensiones individuales de los jóvenes profesionales respecto a la protección social en salud para poder construir interpretaciones que den respuesta a la forma en que se estructura este fenómeno social en el sujeto joven. El presente estudio es de carácter exploratorio – descriptivo, en el cual se utiliza como método de recolección de información la entrevista individual a jóvenes profesionales de la ciudad de Valparaíso para posteriormente realizar un análisis de discurso y con ello dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

Los principales hallazgos en el plano de la acción individual hacen referencia a que existe un desconocimiento por parte de los jóvenes del funcionamiento y acceso al sistema de salud chileno, lo cual se convierte en una limitante para ejercer plenamente el derecho a salud. Junto con ello, existe una limitante estructural que se relaciona con la precarización laboral, debido a que los jóvenes en los primeros años posterior a su titulación, no logran acceder a empleos protegidos que le den acceso a protección social. Estos hallazgos pueden ser utilizados posteriormente para desarrollar iniciativas que entreguen información a los jóvenes profesionales respecto a la protección social en salud como también exista una mayor regulación respecto al mercado laboral, en términos de condiciones laborales que permitan la inclusión de la población joven a la protección social en Chile.

## Capítulo I: Planteamiento del problema

### Antecedentes

La discusión en torno al rol del Estado en cada sociedad ha marcado el debate político, intelectual, empresarial y de opinión pública durante años, centrándose fundamentalmente en el rol de este en la economía y la protección social (Fazio, 2002). Hay diferencias de pensamiento e ideología que se han reflejado en los diversos cambios del rol del Estado chileno en medio de procesos históricos – políticos que han marcado el acontecer nacional, lo que ha provocado variaciones en las políticas públicas implementadas como también en transformaciones relacionadas con el modelo de desarrollo del país sobre todo durante el siglo XX. Algunos plantean que el Estado debe tener un rol subsidiario, limitando sus funciones a los rincones donde el sector privado no llega, entendiendo que la estabilidad económica conlleva un bienestar general de manera automática. Esta es la visión hegemónica dominante en el mundo occidental, especialmente en Chile desde 1980, donde se comenzó a desarrollar un modelo de acumulación centrado en el mercado (modelo capitalista), modelo que se mantiene en la actualidad. En contraposición, algunos sostienen que el Estado debe tener un rol activo, participando en el modelo económico/productivo, no sólo de observador, sino que más bien desarrollar un rol protagónico en la protección social, haciéndose cargo de la seguridad social, a través de políticas universales, solidarias, obligatorias, participativas, y sustentables; esto se denomina Estado Social o de Bienestar en las sociedades capitalistas modernas europeas fundamentalmente.

Al realizar una revisión histórica, podemos establecer que en Europa y en América Latina las diferentes transformaciones del modelo de desarrollo y por ende el rol que ha cumplido el Estado en estas sociedades ha afectado positiva o negativamente a los modelos de integración social, es decir a la vinculación entre los individuos dentro del sistema social. En el caso particular del capitalismo, la llegada del modelo económico/productivo basado en la acumulación, ha traído como consecuencia una crisis en la integración social, instalándose el problema de la exclusión social, tal como lo plantea Sarmientos “La integración social fue sacrificada a favor de la integración sistémica; es decir, se priorizaron los requerimientos funcionales de la acumulación capitalista en detrimento de la cohesión social” (Sarmientos, 1998, pág. 58).



Entendiendo lo anterior, es fundamental realizar una revisión histórica de las políticas sociales según el rol del Estado en los diferentes períodos de la historia chilena.

El primer proyecto chileno de modelo de desarrollo centrado en un progreso industrializador nace a inicios del siglo XX, dónde existió un consenso por parte de la dirigencia política, donde el Estado fuese el eje principal del desarrollo para la modernización. Fue durante el gobierno de Alessandri Palma (1924) donde se realizaron reformas a la protección social, promulgando leyes para la mejora de las condiciones de vida de la clase obrera emergente (Schkolnik & Bonnefoy, 1994, pág. 11) financiadas por medio de impuestos a la renta, inaugurando de esta forma la seguridad social en Chile, a través de la creación del Seguro Obrero Obligatorio, con ello surgió la necesidad de la creación de nuevas instituciones y recursos humanos enfocados en estas reformas, de este modo aumentó el gasto social (Arellano, 1985). Todas estas transformaciones se consolidaron en la constitución de 1925 la cual sostiene en su Artículo nº 10 lo siguiente:

“La protección al trabajo, a la industria, y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. La ley regulará esta organización”. (MIDEPLAN, 2005, pág. 88).

A diferencia de las sociedades europeas que ya en 1900 comenzaron a desarrollar la idea de seguridad social, Chile recién lo realiza en el año 1925, a pesar de ser una regulación básica en términos de seguridad social, si es el puntapié inicial para el desarrollo de la protección social en el país.

Posteriormente, en el año 1929 se desencadena la “Gran Depresión” mundial que provocó una crisis económica importante en Chile y en el resto del orbe, situación que se sumó al invento del salitre sintético que sustituyó por completo al salitre natural que Chile exportaba y en el cual sustentaba gran parte de su economía, al ser un país mono exportador. Esta situación trajo como consecuencia el abandono del modelo de desarrollo hacia afuera, es decir, se abandona la idea de que el motor de crecimiento económico sea la exportación de los bienes de producción, llevando a la implementación entre 1938 – 1952 por los gobiernos del frente popular o radicales, un modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (modelo ISI). Este modelo consistía en una política proteccionista de la producción nacional, donde existió un aumento del precio de los productos

extranjeros como una forma de estimular la industria local, junto con la creación de diferentes empresas estatales para potenciar el desarrollo industrial nacional.

En el ámbito educativo, aumentó la cobertura de educación pública gratuita y se crearon universidades técnicas como la Universidad Técnica Federico Santa María (UTFSM) y Universidad Técnica del Estado (UTE), con el objetivo de fortalecer el nuevo modelo de desarrollo. En el área de previsión social se instauraron diferentes beneficios de seguridad social (cesantía, maternidad, asignación familiar). En cuanto al área de salud, en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) que permitió aumentar la cobertura de atención médica y de la prevención de la enfermedad, por lo que se logra reducir la mortalidad infantil, mortalidad materna y la desnutrición infantil, problemáticas importantes en la época. Junto con ello se crearon las administradoras de prestaciones sociales (cajas de previsión públicas), encargadas de las pensiones y beneficios sociales de trabajadores y jubilados.

Todas estas transformaciones estructurales del Estado chileno, fueron beneficios que significaron un aumento del gasto estatal, esto se traduce a una idea de Estado Social centralizado que otorga de forma gratuita y solidaria los derechos fundamentales. Lo que trajo consigo una mayor integración social entre los individuos, esto quiere decir que existía un aumento de mecanismos sistémicos por parte del Estado que facilitaban y posibilitaban el desarrollo de acciones colectivas que permitían mantener los vínculos sociales y por ende articulaban al conjunto de la sociedad.

Con el gobierno de Frei Montalva (1964 – 1970) se consolidan las políticas de seguridad social implementadas por los gobiernos anteriores, existiendo un Estado Benefactor, agregando al proyecto la redistribución de ingreso como meta principal (equidad), lo que permitió aumentar el gasto público prácticamente al doble. Uno de los principales proyectos del gobierno fue la reforma agraria y la “chilenización” del cobre, proyecto que se concretó en su totalidad en el gobierno de Salvador Allende, quien en base a su ideología marxista profundizó las políticas redistributivas, donde el Estado tiene un rol principal en acoger las demandas sociales. Sin embargo, debido al boicot realizado por los empresarios chilenos con ayuda del gobierno de Estados Unidos, comienza un descalabro económico teniendo como consecuencias principales una inflación altísima y el desabastecimiento de productos básicos. Todo esto llevó a que se gestara un golpe de Estado, el cual se concretó el 11 de septiembre de 1973, encabezado por el Comandante en Jefe del Ejército Augusto Pinochet, convirtiéndose en una dictadura

cívico - militar. (Arellano J. P., 1985).

## **Trasformación de sistema de salud chileno**

Con el arribo del régimen militar, comenzaron reformas estructurales y cambios significativos que afectaron a todo el tejido social chileno. En términos macroeconómicos las políticas implementadas consistían básicamente en conceder un papel más predominante al sector privado y retirar en forma definitiva al Estado de la actividad productiva. Junto con lo anterior, disminuir en un 30% el gasto fiscal, de esta forma se inició un desmantelamiento de las políticas sociales afectando fuertemente a sectores como educación, vivienda, sistemas previsionales, y salud, entre otras. Todas estas reformas respondían a una ideología económica reconocida posteriormente como neoliberal, la cual fue liderada por el grupo de economistas jóvenes conocidos como los “chicago boys” seguidores de las ideas de Milton Friedman. Esta crisis de los Estados nacionales no sólo se dio en Chile, sino que paralelamente ocurrió en prácticamente toda América Latina.

En el ámbito de la salud en Chile estas reformas fueron lideradas por un grupo de militares apoyados por economistas neoliberales. Las reformas principales fueron las siguientes: 1) desintegración del Servicio Nacional de Salud (SNS) repartiendo sus funciones en otras tres instituciones Ministerio de salud (función normativa), Servicios de Salud (función ejecutiva) y FONASA (función financiera) 2) creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) a partir del SERMENA que era el sistema liberal de atención médica de los empleados públicos y particulares, institución encargada de la recaudación de cotizaciones previsionales de los afiliados al que posteriormente sería conocido como seguro público de salud 3) se municipalizó la atención primaria, lo que conllevó un deterioro en los recursos económicos destinados a este servicio, ya que dependían de los ingresos económicos de cada municipio 4) en 1981 se implementó un sistema de seguro privado de salud con fines de lucro, por medio de la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)<sup>1</sup>.

A modo de síntesis, estas reformas provocaron en Chile una estratificación social por ingreso económico de la atención y no como era otrora por categoría ocupacional. En definitiva, entre quienes tenían mayores rentas, debiesen optar por

---

<sup>1</sup> El Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 3, que fue publicado el 19 de mayo de 1981, se considera la norma jurídica que funda el sistema privado en el país, a través de la creación de las aseguradoras privadas. Es la primera normativa que se refiere a “contratos de salud”. Estableció como ente fiscalizador al FONASA, atribución que posteriormente fue depositada en la Superintendencia de Isapre, y actualmente en la Superintendencia de Salud. El documento en extenso se encuentra disponible en el portal web de la Biblioteca Nacional: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>

planes en el mercado de las ISAPRE; los sectores medios, que pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección del FONASA con copagos variables de acuerdo al nivel profesional; y los sectores con los sueldos más bajos, que son atendidos en los servicios estatales gratuitamente cuando se acredita la condición de pobreza. Se reprodujo así la idea conservadora de que sólo estos últimos debían recibir el sustento estatal (Labra, 2002), es decir un rol subsidiario del Estado. Estas transformaciones estructurales y las pocas reformas reales por parte de los gobiernos de la Nueva Mayoría (ex – Concertación) tienen como resultado un sistema de salud altamente fragmentado, segmentado y desintegrado, e inequitativo teniendo una crisis estructural importante del sistema de salud chileno.

### **Los jóvenes y su relación con la institucionalidad**

Con la irrupción del régimen militar en Chile, no sólo se vieron afectados los ámbitos de la protección social como se señalaba en el apartado anterior, sino que el tejido social como lo conocíamos también cambió; produciéndose la destrucción de la organización social construida desde los movimientos populares, arremetiendo contra los partidos políticos, federaciones de estudiantes, sindicatos de trabajadores, juntas vecinales, entre otros.

Esta situación repercute hasta el día de hoy, disminuyendo la participación ciudadana en la esfera pública, incrementándose la abstención electoral, aumentando el desinterés hacia los mecanismos de representación o la falta de intervención colectiva en problemas que afectan a toda la población.

Esto no responde sólo a la herencia de la dictadura, sino que también a los actos por parte de la elite política que ha desencantado a la ciudadanía, principalmente a los jóvenes que más que demostrar un interés en la esfera política, han puesto su interés a la solidaridad social. Son muchos jóvenes que participan en movimientos animalistas, ecologistas, voluntariado social, entre otros, sin embargo, sigue existiendo un escepticismo en las instituciones y en la política en general.

Este fenómeno ha sido ampliamente debatido estos últimos años, evidenciándose en el año 2006 un cambio de paradigma en el análisis de las políticas públicas destinadas para los jóvenes. Se dejó de escribir sobre la descripción y la comprensión de la diversidad juvenil, y comenzaron a realizar un análisis de los desafíos y características que debe resolver y alcanzar la política pública orientada al segmento juvenil, para que así esta población se acerque a las instituciones y participe de las políticas públicas diseñadas para ellos, este fenómeno traspasa la institucionalidad orientada a los jóvenes afectando a diferentes ámbitos de la vida social, incluyendo lo relacionado con salud.

## **Delimitación del problema de investigación**

Particularmente a los 24 años de edad todos los jóvenes que están estudiando dejan de ser carga legal de sus padres, por lo que deben optar a un seguro de salud que se adapte a sus necesidades en base a su situación laboral. Sin embargo, en las sociedades actuales existe una prolongación de la juventud en el sentido que cada día se logra más tarde la independencia económica y la emancipación familiar que son los hitos que marcarían el paso a la adultez.

Existen datos que el promedio de edad de titulación de los jóvenes en Chile es de 28,8 años (Informe del Ministerio de Educación, 2015), es decir están ingresando 4,8 años más tarde al mercado laboral, provocando una información confusa para las estadísticas nacionales, debido a que en ese período pueden seguir siendo cargas de sus padres (sólo en ISAPRES), tener trabajos temporales (con contrato) o no ingresar a ningunos de los sistemas existentes. Siguiendo esta lógica también existe un alto número de jóvenes que ni trabajan ni estudian llamados jóvenes "NINI", según datos de la CASEN 2013 existen en nuestro país 580 mil jóvenes nini, de ellos el mayor porcentaje son mujeres y el 35% del total se encuentra en el tramo etario de 25 a 29 años (Casen, 2015), situación que demuestra la exclusión social en términos de protección social que vive la población joven al no ingresar al mercado laboral. Además, cabe agregar que existe una precarización laboral en Chile, esta se relaciona con las condiciones laborales, un trabajo con contrato ya sea de tipo plazo fijo o indefinido, permite acceder a la previsión social como un derecho del trabajador y deber del empleador, a diferencia del contrato a honorarios que deja a criterio del trabajador el acceso a la previsión social. En el caso particular de los jóvenes, el primer semestre del año 2017 el 11,9 % de la población entre 25 y 29 años se encuentra cesante, siendo prácticamente el doble que el desempleo a nivel nacional que alcanza un 6,6%. Según datos de la Casen 2015 el 77,9% de los jóvenes entre 25 y 34 años de edad cotiza en el sistema provisional, dejando un 22,1 % de la población juvenil desprotegida.

En resumen, podemos establecer que hace más de dos décadas tanto en América Latina como en Chile, ha existido una transformación respecto a los modelos de desarrollo enfocándose en un primer momento en la protección social de los asalariados a tener como objetivo la reducción de la pobreza, y por ende en este contexto de modelo económico de libre mercado, la idea dominante que para producir bienestar social deben existir economías nacionales competitivas con altas tasas de crecimiento, las cuales generarían oportunidades laborales y de ingresos extensas a toda la población, limitando el rol del Estado en términos de distribución de bienestar social a los más pobres para que puedan beneficiarse de las

oportunidades que entrega el propio sistema. Siguiendo con esta idea, los gobiernos han impulsado una serie de medidas de desregulación y flexibilización de los mercados laborales, precarización de las negociaciones colectivas, sindicatos y reducción de los costos salariales y junto con ellos los datos de crecimiento económico, reducción de la pobreza, aumento de empleos, entre otros no muestran una mejoría significativa, siendo la población más afectada los jóvenes que recién ingresan al mercado laboral. Por lo que, se desconoce a nivel nacional y local, cual es la visión de los jóvenes respecto a esta problemática y como esta se relaciona con el desconocimiento por parte de los mismos referentes al funcionamiento de la protección social en Chile y la precarización laboral que viven actualmente.

Bajo este contexto es que la pregunta principal de la presente investigación es:

**¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la protección social de salud: Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso?**

## **Objetivo General**

Analizar las representaciones sociales sobre la protección social en salud: Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso.

## **Objetivos Específicos**

- Describir en términos cognitivos las representaciones sociales sobre Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso.
- Describir en términos afectivos las representaciones sociales sobre Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso.
- Describir en términos simbólicos las representaciones sociales Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso.

## **Relevancias**

La temática de la exclusión social en los jóvenes ha sido mayormente desarrollada en términos de políticas públicas destinadas a ellos como segmento de la población o participación política y ciudadana, sin embargo, una de las áreas donde existe una fuerte exclusión hacia la población joven, es en el mundo laboral, a pesar de estar capacitados técnicamente, la poca experiencia al momento de terminar sus estudios es un limitante para conseguir buenas oportunidades laborales. Esta situación no sólo significa pocas oportunidades laborales, sino que significa ser excluidos de los sistemas de previsión social existentes en el país. Es por ello, que se hace necesario indagar en las representaciones sociales, es decir indagar en el sentido común de los jóvenes respecto a la previsión social en salud, para conocer cuáles son las limitantes tanto individuales como estructurales que este segmento de la población tiene para poder acceder a la previsión social en salud.

Al ser un estudio exploratorio, se hace pertinente una metodología de tipo cualitativa para tener un primer acercamiento y obtener información rica en elementos que nos permitan utilizarlo en investigaciones futuras.

En términos prácticos, esta investigación entrega información para poder desarrollar iniciativas, programas y/o políticas públicas que disminuyan o eliminen las limitantes que afectan negativamente al acceso de la población joven a la protección social en salud, mejoran de esta forma el funcionamiento del sistema de salud chileno.



## Capítulo II: La cuestión social y el Estado de Bienestar

En este acápite se contextualiza desde una perspectiva histórica los orígenes de la protección social en Chile y como el desarrollo de la misma ha estado relacionada con el rol del Estado en la vida social, respondiendo a cuestiones ideológicas e históricas.

### La cuestión social

A comienzo del siglo XX, años posteriores a la guerra del pacífico Chile vivía su auge salitrero, situación que le permitió vivir años de prosperidad económica que se tradujeron en progreso y modernidad, principalmente en términos de obras públicas ejemplo de esta situación es la extensión del ferrocarril, comenzando en el norte por Pisagua y terminando en el sur en Puerto Montt. La oligarquía chilena recibía todos los beneficios que la industria salitrera generaba, lo que provocó un gran malestar social en las clases populares, quienes trabajaban en malas condiciones y no recibían grandes beneficios, es así como se comenzó a gestar la organización obrera con el objetivo marcar presencia en diferentes ciudades del país. Las primeras manifestaciones surgen al alero de ciudades puerto y centros mineros, donde artesanos y obreros por medio de la creación de mutuales o sociedades de socorros mutuos logran demostrar su malestar con las condiciones laborales. Posteriormente, las mutuales se transforman en mancomunales acompañadas por dirigentes sindicales que permitió la creación de partidos políticos obreros, otorgándole un carácter ideológico al reciente movimiento obrero.

Un desorganizado proceso de urbanización caracterizado por la migración del campo a la ciudad provocada por la búsqueda de trabajo junto con el descontento social de la población, quienes no veían los frutos del progreso en su vida cotidiana, fueron los antecedentes para el surgimiento de lo que conocemos como la cuestión social.

“Se denomina en la época a la expansión del proletariado obrero y las reivindicaciones que grupos organizados de trabajadores realizan en pos de lograr derechos laborales y mejores condiciones de vida. Los sectores más radicales sitúan la lucha reivindicativa en la perspectiva de suplantar el sistema capitalista por otro de carácter socialista, o por la supresión del Estado, en el caso del movimiento anarquista. En este período la cuestión social es ubicua, puesto que está en las páginas de la prensa, en los debates parlamentarios y en las conversaciones cotidianas” (Larragaña, 2010, pág. 12)

Este concepto tiene sus orígenes en la revolución industrial europea la cual permitió el nacimiento de la burguesía y del proletariado, en Chile se caracterizó por una fuerte organización obrera incluso surgieron sociedades de resistencia con una marcada ideología anarquista, quienes organizaban huelgas.

### **Transformación a un sistema de Economía Capitalista**

Bajo este contexto, Chile se encontraba en un proceso complejo, dónde convivían dos realidades opuestas. En consecuencia, a la migración campo ciudad, las ciudades económicas más importantes de la época como Valparaíso, Santiago, Lota y todo el norte grande se convirtieron en lugares de organización capitalista, no obstante, la mayoría del país tenía carácter campesino teniendo una organización más acorde con el feudalismo. Esta situación demográfica, contribuyó al surgimiento de sectores al interior de las ciudades particularmente pobres.

En este marco comienzan las primeras manifestaciones sociales, en el año 1890 se convoca a la primera huelga general en Chile, siendo la respuesta de la clase dirigente y el Estado a las diversas manifestaciones, la represión teniendo su momento más álgido en 1907 dónde ocurre la matanza de la Escuela de Santa María en Iquique, donde cientos de trabajadores mueren en manos del ejército chileno, convirtiéndose en uno de los hitos más tristes del movimiento obrero chileno. En este tiempo, surge el Partido Obrero Socialista (1912) de la mano del líder Luis Emilio Recabarren, el cual posteriormente en 1922 se convertiría en el Partido Comunista y más tarde en 1933 la creación del Partido Socialista, los diferentes partidos permitieron dar notoriedad y organización a las demandas sociales planteadas por los trabajadores, obligando al Estado y a la elite de la época a tomar una decisión.

La situación de pobreza, hacinamiento, malas condiciones de higiene, salubridad y laborales eran inquietudes de los sectores populares que encontró eco en intelectuales de la época quienes entendían la desprotección en términos de enfermedades, accidentes y vejez, jornadas laborales extensas (mayor a 12 horas), imposibilidad de ir al baño, trabajo infantil y mujeres embarazadas, entre otros. En un primer momento esta situación se intentó remediar con la promulgación de nuevas leyes como la “Ley de la Silla estableciendo el derecho a descanso para los trabajadores del sector comercial (1914); Ley de Accidentes del Trabajo (1916) y Ley de Salas Cunas y la de Descanso Dominical (1917). No obstante, no es hasta 1920 en el gobierno de Alessandri Palma que las políticas gubernamentales se reorientan a entregar importancia a las temáticas sociales, creándose una serie de leyes en la idea desarrollista de un Estado de Bienestar, como la Ley de Contrato

de Trabajo; Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez; Ley sobre Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo; Ley relativa a Tribunales de Conciliación y Arbitraje; Ley sobre Sindicatos Industriales y la Ley sobre Empleados Particulares, leyes que posteriormente se complementarían con la creación del Código del Trabajo en 1931.

### **El Estado de Bienestar en Chile**

Por medio de políticas públicas e instituciones el Estado chileno se hizo responsable de la provisión de bienestar material, es decir de la seguridad social de la población. Este proceso fue ampliamente abordado por Osvaldo Larrañaga, quien distingue 5 etapas de este desarrollo:

(I) Entre 1900 y 1925, comenzó la formación del Estado de Bienestar con las primeras leyes sociales y laborales como respuesta de la clase dirigente a las demandas de los movimientos populares en la cuestión social.

(II) Entre 1925 y 1952 ocurre la fase corporativa, donde los beneficios sociales se extienden en base a la capacidad de presión de los diferentes grupos de trabajadores.

(III) Entre 1952 y 1973 ocurre la crisis del Estado de Bienestar, debido a que las demandas sociales exceden a la capacidad de respuesta del sistema económico y político.

(IV) Entre 1973 y 1989, se instala un “Estado de Bienestar” residual o liberal en concordancia con la dictadura militar.

(V) La etapa de los gobiernos de la concertación, iniciada con el pago de la deuda social y que culmina con la introducción de políticas de protección social que reducen la vulnerabilidad de la población frente a los riesgos sociales (Larrañaga, 2010, pág. 2).

Las diferentes etapas de desarrollo no están determinadas de manera incorregibles, sino que responden a los autores que las conciben, sin embargo, es posible establecer características propias a cada período histórico.

A comienzos de la década del 20', el Estado junto a la clase política chilena concibió la idea de un proyecto de desarrollo que potenciaba el progreso y modernización industrial y social. Para posteriormente en 1924, con la llegada a la

presidencia de Arturo Alessandri Palma promover por primera vez una serie de leyes sociales que tenían como objetivo mejorar las condiciones de vida y trabajo, debido a la presión ejercida por los movimientos obreros emergentes, siendo los primeros avances en materia de protección social, para poder costear las nuevas leyes fue necesario establecer impuesto a la renta y un impuesto global complementario y para la organización y entrega de los beneficios se crearon nuevas instituciones, que incrementaron el gasto fiscal en el área de seguridad social. En 1925, las reformas se consolidan en la nueva Constitución Política del Estado con el sello de un Estado de Bienestar (Palma González, 2004).

La gran depresión de 1929, crisis económica internacional devastó a la gran mayoría de las economías del mundo, la economía chilena no fue la excepción, la cual tenía un alto nivel de fragilidad al ser monoexportadora y concentrar sus activos sólo en la exportación del salitre a lo cual se le suma en 1913 la creación del salitre sintético por parte de los alemanes, el cual era más barato y por ende conveniente para los compradores. Toda esta situación desencadenó en una nueva estrategia de desarrollo, el llamado modelo ISI “Industrialización por Sustitución de Importaciones” con un marcado carácter proteccionista, el cual buscaba potenciar la producción nacional por medio de aumento de precio de los productos extranjeros, aumentando de esta forma la demanda de productos nacionales lo que se traduciría en crecimiento de la industria nacional y aumento de fuentes laborales. En este período nacieron empresas estatales en los rubros más importantes como la Empresa Nacional de Electricidad (ENDESA), la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP), la Compañía de Acero del Pacífico (CAP), la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL) y la Industria Azucarera Nacional (IANSA).

En términos de políticas sociales, el Estado toma un rol de protección de los trabajadores asalariados, pero amplía esta protección a la clase media, quienes eran el principal estímulo del mercado interno nacional, debido a la capacidad de consumo que esta clase tenía.

Con respecto al apoyo material por parte del Estado, la previsión social aumentó sus montos de ayuda y se crearon nuevos beneficios como son la asignación familiar; subsidio de cesantía; subsidio de maternidad; pensiones por antigüedad, invalidez y muerte para empleados particulares. En el caso particular del área de previsión social en salud se amplió la cobertura médica a las familias de los trabajadores que permitió una reducción de la mortalidad infantil y por ende, crecimiento de la población.

Surgen las administradoras de prestaciones sociales, en base al sector en el cual el

empleado trabajaba (servicio de seguro social, caja de empleados particulares, caja de empleados públicos).

En el gobierno de Eduardo Frei Montalva, las políticas de protección social se incrementaron, teniendo el Estado un rol importante en el desarrollo de estas políticas:

“En la década de los sesenta las políticas de superación de la pobreza se dan bajo un enfoque tradicional que se ocupa de áreas como la previsión social, la educación, la salud y la vivienda con un fuerte énfasis en la provisión centralizada y en la entrega gratuita y general de los beneficios. El aumento del gasto estatal en servicios y prestaciones sociales generó toda una institucionalidad encargada de gestionar la política social a través de ministerios y servicios públicos como forma de enfrentar la problemática social”. (Olmos & Silva, 2010, pág. 5)

Estas políticas sociales y económicas llegaron a su máximo desarrollo en el gobierno de Salvador Allende (1970), el cual profundizó el Estado de Bienestar por medio de políticas como la nacionalización del cobre, profundización de la reforma agraria, programa de suplementos alimenticios, entre otras.

Entre 1964 y 1973:

“(…) el Estado fue el responsable de generar la oferta de los bienes y servicios básicos como educación, servicios sanitarios, sistema de salud y construcción de viviendas, y a la vez, incentivó la demanda de estos bienes y servicios mediante la concientización de la población acerca de la importancia social de extender los bienes y servicios básicos a las clases populares y sobre el derecho de la ciudadanía a demandar al Estado por su provisión. El Estado juega un rol integrador, que acoge las demandas sociales. Si bien no logra superar totalmente la pobreza ni las desigualdades, instaló nociones de solidaridad, compromisos colectivos y proyectos compartidos, todo ello en el marco de un clima y sentimiento de amparo estatal” (Olmos & Silva, 2010, pág. 5).

A pesar de los logros que presentó el país en términos de cobertura y desarrollo de políticas sociales, disminución de la tasa de analfabetismo, desnutrición infantil y mortalidad infantil, mayor cobertura de la educación primaria, el modelo ISI comenzó a entrar en crisis, sumado a la intervención de Estados Unidos debido a la elección democrática de un gobierno socialista provocó una fuerte inflación que alcanzó el 293% en 1973, consecuencia del aumento del gasto

social y boicot por parte del gobierno de Estados Unidos.

Es así que se comenzó a gestar la idea por parte de la derecha chilena, un golpe de Estado para de esta forma instaurar una economía que responda al paradigma neoliberal, es así como el 11 de septiembre de 1973 se lleva a cabo un golpe de Estado por parte de los grupos oligárquicos, las fuerzas armadas y la CIA liderado por el Comandante en Jefe del Ejército, el General Augusto Pinochet, quién en 1980 comienza una serie de políticas de privatización propias de la ideología neoliberal hegemónica, estas políticas fueron diseñadas en el consenso de Washington con la idea de ser aplicadas en todo América Latina, que proponía principalmente la reducción del rol del Estado, liberalización financiera, desregulación de los mercados, privatización de empresas estatales, esta serie de medidas que tenían como objetivo alcanzar el desarrollo fueron aplicadas al pie de la letra en Chile, transformando de manera radical la relación entre el Estado y la sociedad, otorgándole un rol más importante al mercado, debido a que existió un desmantelamiento de las políticas de bienestar social que hasta ese momento se habían instaurado, quitándole incluso participación en áreas tradicionales como es el sistema de salud y sistema de pensiones con la creación de ISAPRES y AFP respectivamente.

Desde una perspectiva socio-histórica a lo largo de la construcción del Estado chileno en el siglo XX, es posible identificar distintos modelos de desarrollo y visiones del rol del Estado en el ámbito económico/productivo y social, donde se evidencia la amplitud y repliegue de las funciones del Estado en el funcionamiento del mercado, en la forma de proteger y otorgar derechos y garantías de los ciudadanos y por ende del bienestar social.

Hay que precisar que Chile fue uno de los primeros países en desarrollar normas de seguridad social, ya desde 1906 y hasta 1924 se dictaron más de quince leyes sociales, incluyendo a la salud previsional (Palma González, 2004, pág. 348)

## **Capítulo III: Protección Social**

### **El concepto de Protección Social**

La seguridad social o protección social ha surgido en décadas recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más inclusivas, integradas y equitativas, garantizando niveles mínimos de calidad de vida para todos los miembros de una sociedad. La protección social puede ocuparse de necesidades específicas para un grupo particular de población cómo puede ser el caso de la población indígena, sin embargo, siempre debe ser pensada y orientada a la población en su conjunto, bajo el concepto de bien común.

La seguridad social vino a reemplazar la caridad pública, la ayuda parroquial y el ahorro voluntario, sustentada en una serie de principios, en base a los cuales el legislador organiza los beneficios sociales para lograr una cobertura eficaz en la población, aquellos eran: universalidad, equidad, solidaridad, oportunidad, atención integral, eficacia, eficiencia, calidad, integración, complementariedad (subsidiaridad), atención descentralizada, participación y control social (Moreno & Vergara, 2013, pág. 32)

Por consiguiente, la protección social está directamente relacionada con los derechos sociales y económicos de las personas, entendiendo que la protección social es un dispositivo que contribuye al ejercicio de los derechos por parte de la ciudadanía. Según indica Humeres, la protección social es “la rama de la política socio- económica de un país, por la cual la comunidad protege a sus miembros asegurándoles condiciones de vida, salud y trabajo socialmente suficientes, a fin de lograr mejor productividad, más progreso y mayor bienestar comunes” (Humeres Magnan, 1968, pág. 10).

Cabe agregar que la protección social se encuentra íntimamente ligada con los modelos de desarrollo social, los cuales vienen acompañados de objetivos de desarrollo, permitiendo de esta forma una universalidad para la medición y comparación entre países, como es en el caso de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), quienes plantean una serie de niveles mínimos de seguridad social. En el informe de la Comisión de Reforma de Seguridad Social estos objetivos de desarrollo fueron planteados tal como lo dice Humeres:

“1. Pretende fundamentalmente mantener condiciones de vida mínimas suficientes a todos los sectores de la población, misión que realiza a través de los sistemas de medicina social, pensiones, asignaciones familiares, crédito social, etc.; 2. Debe atender los estados de necesidad de los miembros de la comunidad; 3. Debe servir de instrumento de redistribución de rentas, que se realiza esencialmente a través del sistema de los fondos comunes, para los que se eroga en proporción a las rentas y el producto se distribuye en forma igualitaria o en proporción a las necesidades”(Ibid)

Las diversas metas y objetivos relacionados con los derechos de seguridad social, laboral, calidad de vida, entre otros es una temática a debatir constantemente en las diferentes cumbres, reuniones, seminarios de los jefes de Estado de las diferentes partes del mundo, con el fin de progresar en establecer un piso mínimo en cuanto a derechos fundamentales se trata en beneficio de la ciudadanía, en la búsqueda del anhelado bien común, disminuyendo los riesgos sociales asociados a la exclusión social, en este sentido avanzar en la inclusión social permitiendo una mayor cohesión o integración social.

En este contexto, que diferentes autores debaten sobre ¿cuáles son los derechos fundamentales? ¿cuáles son los derechos que deben estar mínimamente garantizados para toda la población? Para Filgueira los niveles mínimos de seguridad social “deben estar basados en un conjunto de prestaciones y transferencias de carácter universal que procuran sostener niveles de acceso y consumo adecuados en materia de alimentación, educación, salud y cuidados” (Filgueira, 2006). Estos debates tienen una carga ideológica importante ¿cómo se financia los niveles mínimos de protección social? ¿quiénes pueden acceder “gratuitamente” a estos derechos? ¿cuál es la calidad de la seguridad social mínima entregada? ¿qué grado de solidaridad está contemplado en la seguridad social? Todas preguntas son respondidas desde un cariz ideológico.

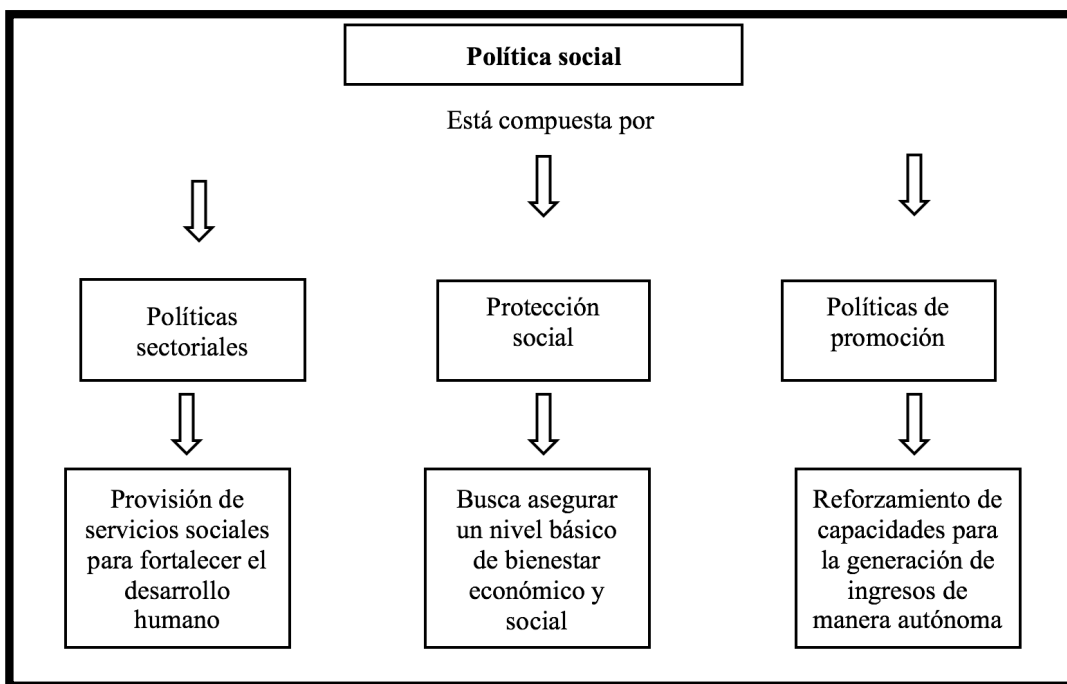
En nuestro país estas preguntas han sido respondidas desde 1980 hasta la actualidad desde el punto de vista de una ideología de mercado, dónde la acumulación es el eje fundamental de la economía, teniendo el Estado un rol subsidiario que entrega protección social a una mínima parte de la población, dejando el acceso a los derechos fundamentales en base al gasto de bolsillo. En 1980, la seguridad social presenta un modelo renovado, modelo que es difundido por medio de un documento conocido como “Estatuto Fundamental de Principios y Bases del Nuevo Sistema de Seguridad Social” básicamente este documento sentaba las líneas de un sistema en que el Estado tiene obligación de ofrecer protección social integral a la población en base a la necesidad de alcanzar tasas



de crecimiento económico altas y buenos niveles de empleos. En este contexto, es que el Estado en materia social cambia su grado de acción y sólo se enfoca en los sectores más desprotegidos de la población entregando a privados la mayor parte de las funciones que anteriormente cumplía, bajo la idea que los privados puede ejecutar de forma eficiente estas funciones. La protección social ya no es considerada como herramienta de redistribución de ingresos, el sistema tributario se transforma privilegiando la inversión y sobre todo la inversión extranjera, de esta forma el aparato estatal comienza a trabajar en función del mercado, dejándose afectar por las fluctuaciones propias de los mercados neoliberales. Bajo este marco ideológico en noviembre de 1980 se comienza a producir reformas importantes en dos ámbitos tradicionalmente estatales que son las pensiones y salud, mediante el decreto de ley No 3500 se crea un nuevo sistema de pensiones fundamentado en la capitalización individual regulado por las leyes del mercado, surgiendo las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

El debate respecto a cuales son las mejores formas de otorgar previsión social a la población es una discusión que aún sigue abierta, varios países de América Latina, han optado por nuevas ideas diferenciadas por su historia y etapa de desarrollo para establecer garantías mínimas a sus ciudadanos, principalmente se han enfocado en la cobertura, tiempo y extensión de programas de salud, pensión y educación, intentando de proteger a la mayor cantidad de población posible, sin poner en riesgo la economía.

La política social tiene como eje principal la protección social, como también la política social es fundamental en los Estados de bienestar, es decir la protección social es parte de la política social, junto con políticas sectoriales como vivienda, educación, salud, entre otras y políticas de promoción social como capacitación, intermediación laboral, apoyo al emprendimiento, financiamiento sobre todo enfocadas en micro y pequeñas empresas.



**Figura 1** ¿Cómo se compone la política social? Fuente: Elaboración propia.

Entonces para esta investigación entenderemos como protección o seguridad social lo siguiente, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

### **Protección social en Chile en los últimos años**

La protección social en Chile en su devenir histórico ha sufrido una serie de transformaciones en base al modelo de desarrollo implementado en cada período histórico, existiendo diferentes momentos claramente definidos. Anterior al gobierno de Alessandri Palma, es decir anterior al año 1920, la seguridad social en Chile era prácticamente nula, lo que dejaba a los obreros y familias chilenas en una situación de precariedad mayúscula, posteriormente en 1924 nace el Seguro Obrero Obligatorio inaugurándose de esta forma la protección social en Chile. Con la llegada de los gobiernos radicales en el año 1938, la protección social amplió sus límites, no sólo beneficiando a la clase obrera, sino que abarcando otras áreas como educación, salud, maternidad, pensiones, esta situación se traduce en un Estado centralizado con una visión universalista de los derechos sociales. Posterior a ello, con el Gobierno de Frei Montalva (1964 – 1970) se profundizan las reformas lo que viene a fortalecer la idea de Estado benefactor, proyecto que se debía concretar en su totalidad bajo el gobierno de Salvador Allende, el cual fue interrumpido por el

golpe militar de 1973, fracturando el rol del Estado benefactor que había sido implementada en los gobiernos anteriores.

Como se ha planteado anteriormente, la protección social en Chile se concibe desde ese momento hasta la actualidad desde un punto de vista de asistencia y subsidio para fomentar el empleo, salud, educación, vivienda en la población más pobre de nuestro país bajo los paradigmas de la ideología neoliberal.

Con el regreso de la democracia, los diferentes gobiernos han puesto en marcha diferentes reformas y/o innovaciones en términos de protección social, sin embargo, no se han realizado cambios estructurales al sistema. Estas innovaciones principalmente se han basado en el aumento de la cobertura de las diferentes prestaciones utilizadas en los diferentes ciclos vitales.

Estas pequeñas transformaciones se comenzaron a generar en el gobierno del presidente Lagos (2000) con la creación de programas destinados para la población más vulnerable del país como es el caso del Programa Puente, Chile Crece Contigo, pilar solidario en el caso de los pensionados, seguro de cesantía (AFC), entre otros.

Considerando los componentes de la política social mencionados anteriormente, la política social chilena se sustenta en una red de programas sociales inmersos en una lógica de política sectorial, más que en una protección social fuerte.

### **Protección social en salud**

Una de las disciplinas importantes involucradas en la previsión social en salud, es la medicina social, la cual es una concepción más amplia que salubridad o salud pública, debido a que considera el elemento económico de la salud en la población, esto quiere decir que considera los efectos que produce una enfermedad en la economía individual y colectiva, desde un punto de vista más funcionalista. Por lo tanto, definiremos la medicina social como “la rama de seguridad social que se ocupa de las condiciones de salud – incluyendo su componente económico- de los miembros de la colectividad” (Ahumada Pacheco, 1972, pág. 51)

Siguiendo a este autor, la medicina social concede tres clases de prestaciones: 1. De servicio, es decir, atención médica y dental otorgados por el profesional que corresponde; 2. De especie, esto refiere a los bienes dados a la comunidad, que los necesita como consecuencia de un acto médico – social; 3. De dinero, el cual corresponde a subsidios por enfermedad y pensión de invalidez (ibid).

En materias de avances en previsión social en salud, uno de los hitos más importantes fue la promulgación de la ley de medicina preventiva en el año 1938, esta obligaba a las cajas de previsión y a los empleadores realizar exámenes de

salud y revisión de las personas de forma regular con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades. Los derechos otorgados por esta ley consistían en 1. Tratamiento gratuito de enfermedades crónicas señaladas 2. Examen de salud obligatorio 3. Reposo preventivo parcial o total según sea el caso 4. Subsidio de reposo consistente en la cantidad de dinero que se abona al imponente durante el tiempo que permanece en reposo preventivo, parcial o total, y equivale, en el primer caso, a la mitad de la suma sobre la cual el imponente cotiza en la Caja o Servicio respectivo y en el segundo, en la totalidad de dicha suma. Para acceder a este subsidio deben tener las imposiciones al día, estar a lo menos seis meses afiliado y un mínimo de trece semanas de imposiciones en los últimos seis meses calendario 5. Derecho a conservar la propiedad del cargo. (6174, 1938)

Esta ley aún se encuentra vigente, pero sólo pueden acceder a ellas las personas que se encuentren en un trabajo asalariado con contrato, por lo que las personas que se encuentran en otra modalidad de contrato como es boleta de honorarios, no acceden a estos beneficios, situación en la se encuentran la gran mayoría de los jóvenes al iniciarse en el mercado laboral.

### **Sistema de salud chileno**

A nivel macro social podemos establecer que el modelo del sistema de salud chileno se ha esculpido en las diferentes transformaciones institucionales sanitarias, para poder entenderlo de mejor manera es necesario esclarecer como línea teórica lo planteado por Tentelboin. Su análisis se centra en la transformación neoliberal del sistema de salud chileno durante la dictadura, durante este período, advierte la conformación de un campo de prácticas sociales, en el cual las leyes, técnicas y procesos políticos que establecen los agentes en torno a la temática médica, conviven con la determinación histórica y se encuadran en las características estructurales de la sociedad (Tetelboin, 1984).

Hasta comienzo del año 2000, el sistema de salud chileno mantenía prácticamente toda su estructura construida en la dictadura militar, su funcionamiento se basaba en dos sistemas a los cuales las personas podían acceder, uno público liderado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y uno privado liderado por Instituto de Salud Previsional (ISAPRE), dando cuenta de una brecha marcada entre la población más rica y más pobre del país, siendo reflejo de la desigualdad social presente en Chile, sus diferencias hacían referencia al financiamiento, oportunidad/acceso y calidad de los servicios de atención ofrecido.

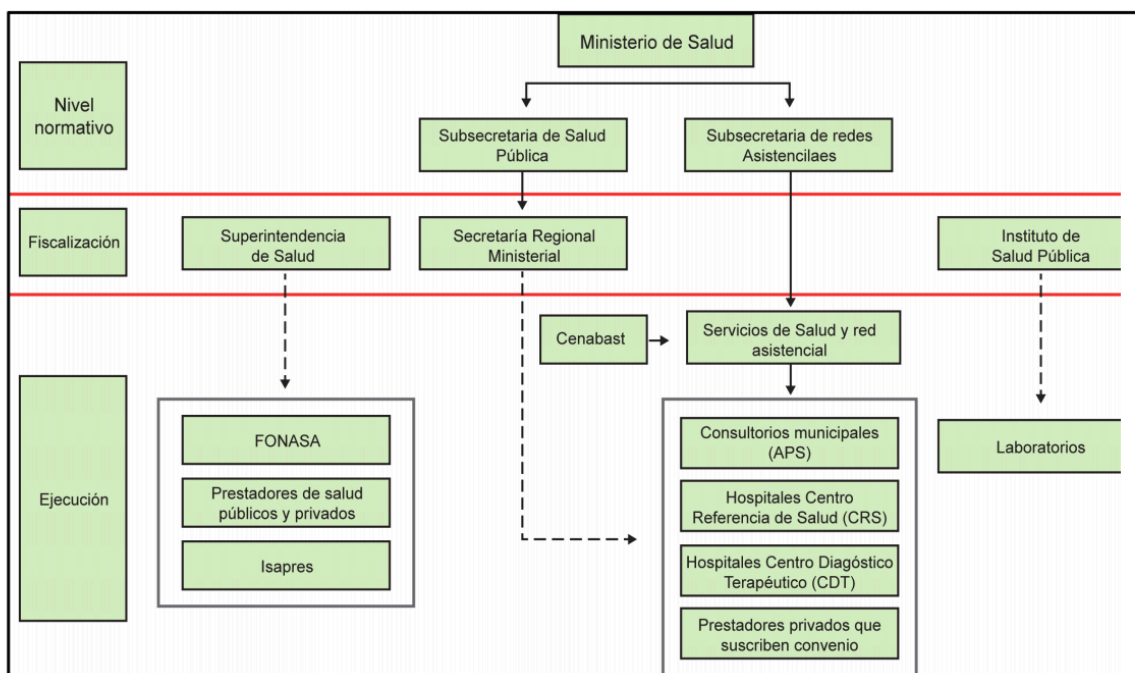
La organización del sistema público comprendía, básicamente, un primer nivel de regulación político-normativa a cargo del Ministerio de Salud y las

secretarías regionales, y un segundo nivel en el que convergían, hasta 2004, tanto las responsabilidades de autoridad sanitaria como de provisión de servicios y administración establecimientos de diversa complejidad, a cargo de los Servicios de Salud. Éstos últimos estaban encargados de la red pública de hospitales, consultorios y centros de salud familiar. Junto a esta estructura, figuran las municipalidades como encargadas de administrar los establecimientos de salud primaria (consultorios municipales parte de la red de Atención Primaria de la Salud), producto del traspaso de responsabilidades ocurrida en los años ochenta. Además de los establecimientos de la red pública y privada, el sistema se integra por mutuales de seguridad que administran sus propias clínicas para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, así como establecimientos hospitalarios de dependencia de las fuerzas armadas. La organización del sistema privado permanecía autónoma, contando con sus propios hospitales y clínicas, y habiéndose establecido un sistema de acceso y aseguramiento privado para acceder a estos establecimientos: ISAPRE, también tiene la Superintendencia de ISAPRE para un mejor control y cumpliendo una función fiscalizadora la Superintendencia de ISAPRE, encargada de fiscalizar el correcto funcionamiento en el marco normativo de las ISAPRES.

Como organismo central de provisión, gestión y administración de medicamentos e insumos para el sistema tenemos la Central de Abastecimientos (CENABAST) junto con el Instituto de Salud Pública (ISP), el cuál es el encargado del control y autorización de los diversos insumos y laboratorios en funcionamiento en el país.

Como tercer sistema, tenemos el sistema cerrado de las Fuerzas Armadas CAPREDENA, a la cual sólo pueden acceder miembros y familia de las fuerzas armadas, rigiéndose institucional y normativamente de forma diferente.

Figura 2 Institucionalidad del sistema de Salud chileno



Fuente: Velasco 2014 (CEP)

Siguiendo con la lógica de la inequidad entre ambos sistemas público y privado, existe una diferencia enorme en la cantidad de personas que atiende cada sistema, el sistema privado atiende prácticamente al 19% de la población chilena, en tanto que el sistema público, es decir FONASA alberga al 75% de la población restante, existiendo una diferencia significativa entre la cobertura de ambos sistemas.

Figura 3: Beneficiarios por sistema de salud previsional año 2016

SISTEMA PÚBLICO (FONASA)	SISTEMA PRIVADO (ISAPRES)	OTROS	TOTAL
13.598.639	3.431.555	1.161.690	<b>18.191.884</b>
74,8%	18,9%	6,3%	<b>100%</b>

Otros: Particulares y FF.AA.

FUENTE: INE y FONASA

Quienes pertenecen a los quintiles más altos de ingreso, están mayoritariamente inscritos en seguros de salud privado, mientras que quienes se ubican en los quintiles más bajos, son beneficiarios en su gran mayoría de FONASA.

Con respecto al financiamiento de la salud, cada trabajador activo y jubilado ha estado obligado a pagar un 7% de su ingreso para ser considerado, junto a su cónyuge, en el sistema público o privado de salud, es decir, incluido e inserto en el sistema de seguridad social de salud chileno. A su vez, tanto el sistema público, como el privado, reciben aportes fiscales derivados de los impuestos. Además, en el caso de la atención primaria en salud (APS), junto al aporte variable que entregan las municipalidades, el cuál depende de los ingresos económicos de cada municipalidad, se incluye una asignación per cápita llamada 'pago por persona a cargo', mecanismo que financia un conjunto de prestaciones básicas por inscrito en cada establecimiento promoviendo de cierta forma la medicina preventiva. Esta asignación toma en cuenta para su cálculo datos de ruralidad, pobreza y accesibilidad a la atención en salud. Finalmente, dentro del financiamiento del sistema debe también considerarse el gasto de bolsillo que realizan quienes se atienden en el sistema público y privado, este gasto es uno de los más importante y sólo están exentos de él la población más pobre y vulnerable del país, quienes pertenecen tramo A y B de FONASA, este copago 0 o gratuidad sólo se considera en los servicios públicos de salud. Para quienes se atienden dentro del servicio, la modalidad de atención quedó establecida en torno a dos opciones: quienes no cuentan con recursos acceden a una modalidad predefinida (Modalidad de Atención Institucional) en la que se atienden en establecimientos del sistema público, mientras que quienes son cotizantes (y sus cargas), pueden optar entre una red de prestadores privados que forman parte de FONASA (Modalidad de Libre Elección). La distribución de los tramos a cuál pertenecen las personas se realiza en base al ingreso mensual, categorizando según los recursos económicos del cotizante.

## **Capítulo IV: Mercado laboral chileno**

En el transcurso de la presente investigación, hemos relacionado las diferentes transformaciones normativas/institucionales con el período histórico y el modelo de desarrollo económico correspondiente, en el caso del mercado laboral este no es la excepción, ya que también vivió transformaciones profundas en tiempos de dictadura, que cambiaron la forma de relacionarnos con el trabajo.

### **El trabajo y su relación con la cohesión social**

La sociedad chilena en las últimas décadas ha sufrido un conjunto de cambios relacionados con el modelo económico, tal como se detalló en los apartados anteriores, pero estos cambios no sólo se limitan al ámbito económico, sino que han permeado varias esferas de la vida social, modificando valores consensuados por la sociedad y la forman en que los individuos articulan su vida social. Estos cambios se deben a que el mercado se ha convertido en la columna vertebral de nuestra sociedad, asumiendo el rol de generador de puestos de trabajo, cohesión de los trabajadores e incluso influyendo en la integración de oportunidades de desarrollo para los individuos.

La pregunta es ¿hasta qué punto la economía de mercado ha permitido el acceso a la ciudadanía social de los trabajadores utilizando como vía la protección social? ¿cómo las nuevas formas de flexibilización laboral han impactado en la generación de vínculos/relaciones sociales al interior del trabajo? ¿Qué características tienen estas nuevas formas de relacionarse?

Toda esta situación obedece a un fenómeno de individualización de la vida social, influenciada por una sociedad de mercado, siendo la población joven la más afectada, debido a que ha crecido bajo las reglas de este sistema económico y social. Esta sociedad ha promovido los valores de competencia, emprendimiento y esfuerzo individual, lo que ha permitido valorar la movilidad social como un objetivo a alcanzar, de esta situación da cuenta la encuesta Eco-social la cual sostiene que el 70% de la población chilena cree que ascenderá socialmente en los próximos 10 años, por lo que observamos una sociedad chilena que valora enormemente el esfuerzo individual por sobre el esfuerzo colectivo, pero que a la vez manifiesta su malestar con la desigualdad social.

Entonces, ¿cuáles son los patrones de la cohesión social en la sociedad chilena? La cohesión social es un fenómeno complejo que tiene presente variadas aristas y que supera el rol que tiene el trabajo en ella, sin embargo, el trabajo cumple un papel fundamental en fortalecer o debilitar la cohesión social en una sociedad en base a la organización y valoración del trabajo.



La cohesión social apela a dimensiones simbólicas, vivenciales, y políticas en los espacios donde los individuos desarrollan su vida social, de manera sencilla podemos definir la cohesión social como “la fuerza que mantiene unidos a los individuos a una sociedad de la que se sienten parte” (Tironi, 2008) Valenzuela en tanto plantea dos dimensiones fundamentales : una de equidad social que apela a la capacidad de la sociedad para producir una distribución equitativa del poder y del bienestar mediante arreglos institucionales específicamente diseñados para ellos y, la otra, relacionada con el fortalecimiento de la sociedad civil y que refiere a la capacidad que ella tiene para generar redes de cooperación y vínculos entre extraños (Valenzuela, 2008)

El trabajo en la sociedad moderna ha sido considerado una piedra angular en el desarrollo de la vida social de los seres humanos, esto se debe a que ha sido un espacio de privilegio para el acceso a la protección social e integración en la ciudadanía social, por el medio de desarrollos de vínculos, he ahí su relación con la cohesión social, por lo que la importancia del trabajo radica en:

“El trabajo, como las propias necesidades, puede tener un substrato objetivo, pero es también construcción social; el trabajo como actividad es, por lo tanto, objetivo y subjetivo, como en Marx, para quien el proceso de producción es proceso de valorización y proceso de trabajo. Este último no se reduce a las actividades físicas, ni siquiera a las mentales que desempeña el trabajador, porque es una relación social; como tal, es interacción inmediata o mediata con otros hombres que ponen en juego relaciones de poder, dominación, cultura, discursos, estética y formas de razonamiento. Es decir, se trata de la función caleidoscópica del trabajo que ya adivinaba Gramsci” (Garza, 2000, pág. 13)

Entonces, ¿Cómo formamos vínculos al interior del trabajo? Para dar respuesta a esta pregunta entren en juego dos conceptos, el primer de ellos es la sociabilidad y se relaciona con la simple conversación cotidiana hasta la generación de vínculos de afectividad entre compañeros de trabajo (Kim, 2009). Esto convierte al mundo laboral en un espacio que genera bienestar y compromiso debido a las relaciones sociales que en allí se generan, para fomentar la sociabilidad en los trabajos es fundamental generar experiencias comunes y relaciones de co-presencialidad ya que esto permite identificarse como parte de un todo común, tener un lenguaje común y vivir experiencias en conjunto (Hodson, 2004)

El segundo concepto presente en la formación de vínculos al interior del trabajo es el de asociatividad que está íntimamente relacionado con la práctica sindical, componente que gracias al modelo neoliberal cada vez se encuentra menos presente en el ámbito de trabajo, la asociatividad responde al principio de solidaridad entre iguales como telón de fondo a la identidad común entre compañeros que comparten la experiencia laboral, este principio se ha visto destruido por los valores de competencia, por lo que nuestros compañeros de trabajos se han convertido en un rival a vencer.

En este sentido, el despliegue de la sociedad de mercado no sólo es portador de una nueva experiencia de contacto y vínculo con otros, sino de nuevas formas de valoración social que afectan la cohesión social. Mirado desde la experiencia de vínculo social con otros, la centralidad del mercado genera una mercantilización y monetarización de las relaciones sociales, una creciente diferenciación de las oportunidades de trabajo y bienestar social, y una segmentación en el acceso a estas últimas conforme a la capacidad de pago de cada cual, lo que tiende a debilitar el contacto entre actores de diferente condición social (Trebilcock, 2015).

Por lo tanto, sabemos que el trabajo no ha perdido centralidad en la vida social sigue siendo importante en la formación de vínculos sociales y creación de identidad, sólo que la forma en que los construye y la intensidad de los mismo es lo que ha cambiado.

### **Flexibilidad laboral una forma de precarización**

La flexibilidad laboral es un fenómeno propio de las sociedades capitalistas modernas, que ha venido a transformar la estructura laboral, permutando los patrones de relaciones sociales y de producción clásicos ligados a lo laboral. Junto con ello, el desarrollo tecnológico ha significado recursos para las empresas, las cuales han modificado los puestos laborales en base a este desarrollo. Una de las características del fenómeno neoliberal, es la introducción de una política laboral de flexibilización que busca liberalizar la estructura laboral. Así como Chile es uno de los países con un sistema neoliberal más extremo, es también uno de los países con un mayor avance en la flexibilización laboral (Velásquez, 2009). Es importante entender que la flexibilización laboral es una de los numerosos factores que influyen en la estructura laboral y que han modificado las relaciones sociales en el ámbito laboral.

Las reformas relacionadas con la flexibilización laboral en Chile comenzaron

en igual período que las grandes reformas relacionadas con la protección social, finales de los años 70' y principios de los años 80', como todas las reformas realizadas en ese período fueron pensadas y llevadas a la práctica, desde el punto de vista económico, sin comprender que los diferentes fenómenos están insertos en un contexto cultural, social e histórico.

El fenómeno de la flexibilización laboral no puede ser abordado sólo desde el punto de vista de la rentabilidad o cuantitativamente referidos al número de empleos, es un fenómeno más complejo por lo que para su estudio se debe considerar de igual forma las transformaciones en las condiciones de empleo y las consecuencias que ha traído los procesos de modernización en términos productivos, para lograr este objetivo se estudiará desde la mirada de la Sociología del Trabajo.

En el mercado laboral chileno se han implementado medidas de apertura laboral como es la externalización de servicios o diferentes modalidades de contratos eso se ha traducido en empleos precarios, generando debates con respecto a los aspectos positivos y negativos de la flexibilidad laboral, como práctica común en las empresas.

Desde el punto de vista empresarial y de una lógica de mercado, la flexibilidad y apertura laboral generan dinamismo del mercado favoreciendo la rotación y contratación en las empresas, principalmente a mujeres y jóvenes que se encuentran fuera del mercado laboral, a su vez al externalizar ciertas funciones que no se relacionan de forma directa con el rubro de la compañía, obliga a esta un mayor grado de especialización, por lo que hace a la empresa más competitiva en el mercado, reduce los costos y genera mayor cantidad de empleos. El cuadro siguiente muestra las posibilidades de acción que otorga la flexibilidad laboral a las empresas de acuerdo a necesidades productivas, la incorporación de nuevas tecnologías o un afianzamiento en una red con otras empresas:

**Figura 4:** Posibilidades de acción que otorga la flexibilidad laboral a las empresas

	Condiciones de empleo	Condiciones de trabajo
Defensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducción en planilla de trabajadores y de remuneraciones</li> <li>- Jornadas laborales reducidas e intermitentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de polivalencia de tareas en los trabajadores dentro de la empresa</li> <li>- Externalización de labores de capacidades primarias</li> </ul>
Ofensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo en la remuneración para aumentar productividad</li> <li>- Productividad continua por jornada laboral fuera del espacio de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporación de tecnologías para mejorar calidad productiva</li> <li>- Desarrollo de capacitaciones que fomenten una polivalencia de calificaciones</li> </ul>

Fuente: (Ulloa, 2015)

Sin embargo, al generarse nuevos tipos de empleos a causa de la flexibilización laboral también genera mayor desprotección para los trabajadores, ya que no existe una regulación tan específica para este nuevo escenario. En este contexto, es que muchos autores plantean que en Chile más que vivir un proceso de flexibilización laboral como lo acontecido en Europa, la *“que, junto con permitir un mejor funcionamiento del mercado laboral en un contexto de ajuste, favorecen las vinculaciones virtuosas entre trabajo, educación y equidad”* (Aguilar, 2001, pág. 2), se ha desarrollado un proceso de desregulación del mercado laboral que ha terminado en la precarización del empleo. Tal como lo plantea Cruces y Ham *“muchos trabajadores sufren una precarización de sus condiciones laborales, precisamente por una mayor inestabilidad en sus empleos e ingresos y una presión a la baja de los beneficios sociales”* (Cruces, 2010) en este sentido la flexibilización laboral para los trabajadores de Chile y América Latina ha traído consecuencias negativas, ya que ha generado empleos inestables, desprotegidos y de bajos ingresos, traspasando costos que anteriormente eran asumidos por las empresas, ahora son asumidos por los trabajadores.

Por sobre las opiniones disidentes respecto a la flexibilidad laboral, este fenómeno se expresa en las relaciones económicas y sociales de los trabajadores, evidenciando sus consecuencias en la realidad cotidiana de los diferentes segmentos de la población, y no sólo afectando el ámbito estrictamente laboral.

## **Tipos de flexibilidad laboral**

En términos prácticos, la gran mayoría de los autores que abordan la temática de flexibilidad laboral la clasifican en dos tipos de flexibilidad laboral, la primera de ellas relacionada con la flexibilidad horaria y la siguiente es la flexibilidad contractual y subcontratación.

### Trabajos a jornada parcial o por horas

Esta modalidad de empleo es uno de los tipos de flexibilidad laboral más utilizado por las empresas tanto en Chile como en el mundo, debido a la tendencia internacional de disminuir las horas de trabajo, según datos de Rau, se constata un crecimiento sostenido del trabajo a tiempo parcial en Chile entre los años 2000 y 2006, desde un 11,4% a un 16% de los ocupados (Rau, 2008).

En términos legales, el trabajo parcial en Chile fue regulado el año 2001, gracias a la reforma laboral implementada ese mismo año, para posteriormente el año 2005 con la promulgación de la ley 19.759 disminuir la jornada laboral a 45 horas semanales para trabajos a tiempo completo y en el caso de empleos con tiempo parcial un máximo de 30 horas semanales. De esta manera, el trabajo por horas o jornada parcial es una forma de complementar estudios, vida familiar y social con el trabajo, permitiéndole la entrada al mundo laboral principalmente a mujeres y a jóvenes, de esta forma se cumpliría el objetivo de generar una mayor cantidad de empleos y darle la oportunidad a segmentos de la población que antes estaban imposibilitados de trabajar. Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que los empleos a tiempo parcial son requerido por personas que se encuentran desempleadas, convirtiéndose en una forma de subempleo o desempleo parcial.

Según datos entregados por la Fundación Sol, un 56% de los ocupados en jornada parcial no estarían cumpliendo con los objetivos originales de la conformación de estos empleos (Fundación Sol, 2012) esto quiere decir que no cumplirían los objetivos de complementar la vida laboral con la vida personal, sino que más bien es una alternativa de empleo ante la no opción de un empleo a tiempo completo.

### Flexibilización contractual y subcontratación

De acuerdo a las investigaciones sobre empleo, la flexibilización contractual se produce en tanto los empleadores disponen de menores restricciones al desplazamiento de la población ocupada; en términos numéricos, cuando implica la entrada y salida de los ocupados de los puestos de trabajo, como en su dimensión funcional, en tanto se introduce un tercer agente a la relación laboral para cubrir

aspectos de la producción misma, mediante formatos como la subcontratación (Vallesteros, 2013).

La flexibilidad contractual hace referencia a nuevas modalidades contractuales como forma alternativa al contrato indefinido, estas alternativas son contrato a plazo fijo, por faena, a honorario, subcontratación, suministro de empleados, entre otros.

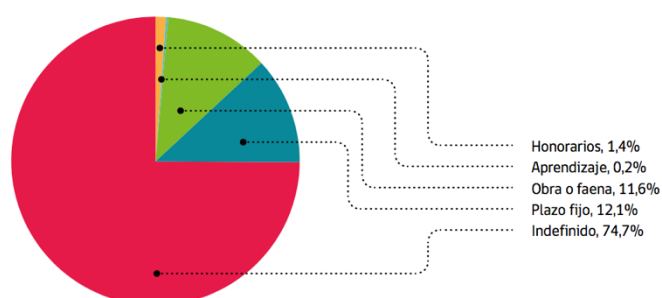
En términos funcionales una forma de flexibilización laboral es la subcontratación, esta corresponde a la prestación de servicios, producción de bienes o traspaso de trabajadores, es una forma para que la empresa disminuya los gastos traspasándoles a otras compañías los riesgos asociados a esas funciones. En Chile, la Ley 20.123 que regula la subcontratación y el suministro de trabajadores transitorios comenzó a regir el año 2007 con el propósito de legalizar la actividad de las empresas de servicios transitorios y las relaciones que establecen con sus trabajadores y con las empresas clientes, además de fortalecer el marco jurídico de la subcontratación (ENCLA, 2008).

### **Situación de precarización laboral en Chile**

Los cambios en el modelo productivo a contar de los años 70' trajeron como consecuencia un conjunto de transformaciones y ajustes en la organización del trabajo, una de ellas es la precarización laboral, tal como lo abordamos anteriormente. En este apartado se entregarán los datos estadísticos entregados por la Encuesta Laboral el año 2014 que sustentan lo planteado previamente.

“El contrato de trabajo es la expresión jurídica de la configuración de una relación de trabajo entre un empleador y un trabajador, la cual se basa en la existencia, entre ambos agentes laborales, de una relación de dependencia y de una relación de subordinación” (ENCLA, 2014), por lo que se convierte en un indicador de la calidad del empleo. En Chile existen diferentes tipos de contrato: contrato indefinido, contrato a plazo fijo, contrato por obra y contrato a honorarios.

**Figura 5:** Distribución de trabajadores según tipo de contrato **Fuente:** Encla 2014, Empleadores (cuestionario autoaplicado)

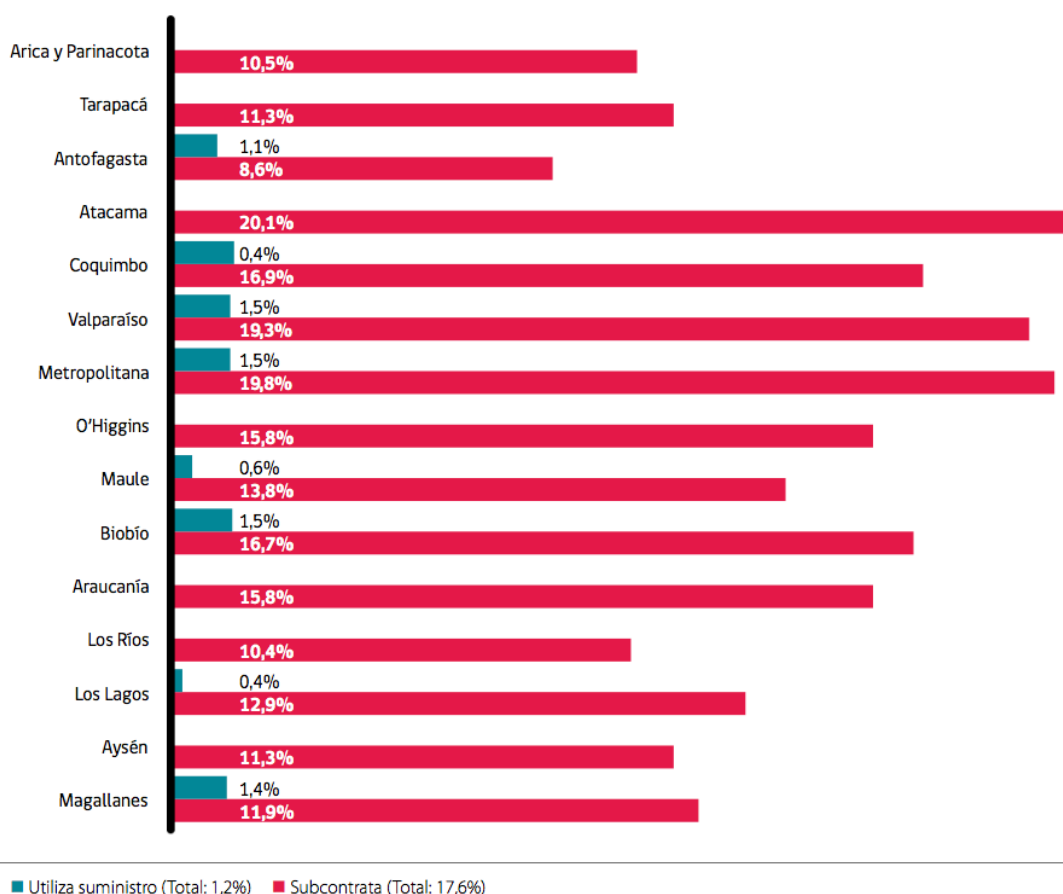


Este gráfico evidencia que el 25.1% de los trabajadores tiene un empleo de baja calidad al no poder acceder a un contrato de tipo indefinido, viendo limitados su acceso a beneficios laborales y de protección social.

En el caso particular de la subcontratación la ENCLA sólo nos entrega la información de la cantidad de trabajadores que se encuentran bajo esta modalidad, sin entregarnos el porcentaje que esta población representa. En la encuesta laboral dividen la subcontratación en tres modalidades subcontratados para la actividad principal que alcanzan los 307.456 trabajadores; los subcontratados para actividades secundarias que son 169.858 trabajadores y por último los suministrados por terceros que lo desempeñan 152.014 trabajadores.

En cuanto a la subcontratación en la región de Valparaíso presenta el tercer porcentaje más alto a nivel nacional, con una subcontratación que alcanza el 19.3 % y un trabajo suministrado de 1.5%, porcentaje más alto a nivel nacional. Tal como se puede ver en el gráfico

**Figura 6:** Porcentaje de empresas que subcontratan y porcentajes de empresas que utilizan trabajo subministrado por región dónde se ubica la casa matriz de la empresa.



■ Utiliza suministro (Total: 1,2%) ■ Subcontrata (Total: 17,6%)

Notas:

(1) Los empleadores declaran que en los últimos 12 meses han subcontratado actividades a otras empresas o a terceros

(2) Los empresarios declaran que al mes de junio de 2014 hubo trabajadores suministrados por terceros laborando en la empresa

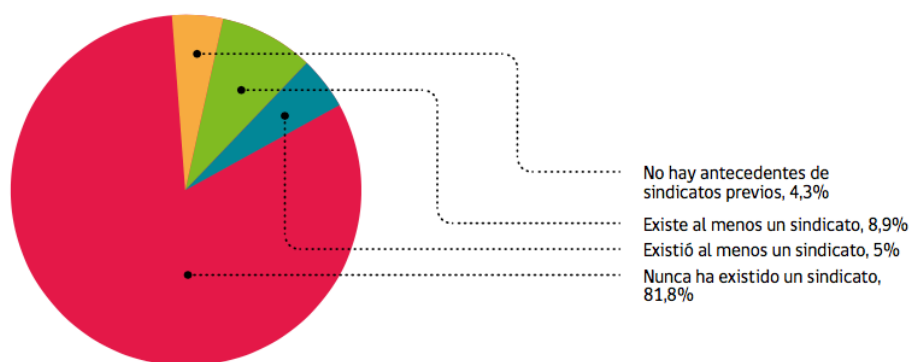
(3) No se entregan datos de empresas con trabajo suministrado para las regiones I, III, VI, IX, XI, XIV y XV, pues no existen suficientes observaciones como para realizar una estimación

Fuente: Encla 2014, Empleadores, Cuestionario Autoaplicado

Una de las transformaciones más importantes relacionada es la disminución cuantitativa de los sindicatos, situación que se ve reflejada en el alto porcentaje de trabajadores que no tiene acceso a uno alcanzando un 81,8%, esto se traduce en la pérdida del principio de asociatividad, el cual es fundamental para el desarrollo de la cohesión social, la cual anteriormente se generaba principalmente en el trabajo. Esto es una prueba empírica de las transformaciones ocurridas en la dinámica de las relaciones laborales, como consecuencia de una economía de mercado.



**Figura 7:** Distribución de empresas de diez o más trabajadores según existencia actual y pasada de sindicato de trabajadores



Nota:

(1) Unión de casos entre la base trabajadores (empresas sin sindicatos) y la base de dirigentes sindicales  
Fuente: Encla 2014, Trabajadores, Dirigentes sindicales

### **Precarización laboral una forma de exclusión social**

El concepto de exclusión social es relativamente nuevo en términos teóricos fue utilizado por primera vez el año 1957, sin embargo, no es hasta 1974 que Renoir Lenoir asocia el concepto de exclusión social a la postergación o alejamiento de beneficios sociales y/o mercado de trabajo. Tal como lo hemos desarrollado a lo largo de esta investigación el aparato estatal y por ende sus modelos de desarrollo, más la fuerza de trabajo son fundamentales en la vida social, en base al recorrido histórico en Chile ha existido un cambio de políticas sociales universalistas a políticas sociales focalizadas en ciertos grupos de población, en este sentido las nuevas políticas sociales focalizadas han permitido una mayor exclusión social en términos de seguridad social, a pesar de que las los grupos excluidos no se encuentran completamente fuera del sistema social, si están limitados en términos de acceso. En el caso particular de la precarización laboral, al no poder acceder a un contrato de trabajo indefinido, deja en manos del individuo el poder acceder a seguridad social, entendiendo a esta como una opción y no un derecho. Tal como lo plantea Chuaqui 2016, la exclusión social es un proceso dinámico multicausal, relativo y estructural, ya que debemos entender que, debido a la complejidad social, las características de la exclusión responden a una situación, tiempo y contexto específico y particular y sus causas generales podemos encontrar su origen en la estructura económico/política de una sociedad,

La Exclusión social se vincula por ende al concepto de ciudadanía y los derechos ciudadanos que debería garantizar el Estado de Bienestar, situación que en Chile está muy lejana a concretarse. Podemos entender entonces a la exclusión social como una relación social que impide u obstaculiza el logro de una mejor posición social, superar una situación o un derecho a que se debiera tener acceso (Chuaqui, 2016)

## Capítulo V: Representaciones Sociales

### Devenir Histórico

Al inicio de la década de los años 60', el psicólogo francés Serge Moscovici emprendió una línea de investigación que rompió con el paradigma positivista dominante en los estudios de las ciencias sociales de la época, integrando la dimensión social a los estudios sobre conocimiento y sentido común. En 1961, Moscovici publica su tesis doctoral "La Psychanalyse, son image et son public" primer trabajo donde desarrolla su teoría de representaciones sociales (Umaña, 2002). Esta teoría tiene tres corrientes intelectuales que influyen en su construcción: la etnopsicología de Wundt, este psicólogo social realza el papel del lenguaje como catalizador de la relación del sujeto con su entorno, teniendo como producto la cultura; El interaccionismo simbólico de Mead, quien aborda la comunicación como una interacción, donde existe un espacio interactivo y social percibido desde las significaciones y los símbolos, por último el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, quien entiende que lo colectivo no se puede reducir a lo individual, por lo tanto existe una conciencia colectiva que mantiene la unidad en una sociedad, esta "consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad e irreductible a la conciencia de los individuos" (Martín-Baró, 1983, pág. 33).

Posteriormente, Moscovici retoma estas ideas y desarrolló su teoría de representaciones sociales, en el cual profundiza las ideas de la diversidad social, los procesos de interacción y de comunicación y sobre todo el carácter constructivo del pensamiento social, es así como delimita un nuevo objeto de estudio en la psicología social (conocimiento del sentido común) y una nueva forma de comprender los procesos psicosociales teniendo en consideración sus elementos históricos, culturales y macrosociales.

### ¿Qué entenderemos por Representaciones Sociales?

Para comprender las representaciones sociales es necesario tener en cuenta sus características básicas, estas se constituyen de un material cultural y se realizan por medio de una interacción social, en un primer momento se seleccionan aspectos del entorno que luego se retiran de contexto y posteriormente se reorganiza para finalmente reintegrarlo a la cultura a través de las prácticas sociales aceptadas por el grupo de referencia, esto permite en definitiva reducir la complejidad del medio, por tanto las representaciones sociales constituyen un modelo interpretativo y evaluativo de la realidad social. Dicho esto, es que Serge Moscovici define a la representación social como:

"La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación" (Moscovici, 1979)

En este sentido, los sujetos conocen la realidad por medio de las explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento colectivo, las representaciones sociales logran sintetizar estas explicaciones, haciendo referencia al conocimiento del sentido común, este es un conocimiento socialmente elaborado el cuál consta de elementos cognitivos, afectivos y simbólicos, a modo resumen podemos establecer que las representaciones sociales hacen referencia a un conocimiento colectivamente elaborado y ampliamente distribuido en la sociedad. Este conocimiento se sitúa en el sentido común y permite que el individuo pueda orientar sus acciones.

## **Procesos de Representaciones Sociales**

El individuo y los procesos psicológicos que este experimenta se construyen dentro de una estructura social, la posición del individuo en esta estructura interviene en la exposición selectiva de los contenidos comunicacionales con los otros individuos, pero también tiene una influencia importante en la experiencia personal de ese individuo con el objeto de la representación, por lo tanto en las representaciones está presente un componente psicológico pero también las condiciones sociales de los individuos. Para Moscovici existen dos procesos que logran explicar cómo lo social se transforma en un conocimiento colectivo y por ende como este conocimiento a su vez va a modificar lo social estos son la Objetivación y el Anclaje.

### **Objetivación**

La objetivación básicamente consiste en transformar categorías abstractas en algo concreto, es decir, lleva a hacer real un esquema conceptual, al duplicar una imagen con una contrapartida material (Moya, 2002), este proceso implica tres fases (Jodelet, 1984): *construcción selectiva*, hace referencia a que los elementos de una realidad social son sacados de contexto para posteriormente ser reproducidos en estructuras conocidas por los individuos; *esquema figurativo*, básicamente los elementos seleccionados anteriormente se organizan un esquema estructurante, las ideas abstractas se convierten en imágenes estructuradas, a lo que Moscovici llamo núcleo figurativo, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar (Moscovici, 1979), por último se da la *naturalización*, en esta etapa el esquema figurativo es naturalizado se convierte en real no se le cuestiona y por ende se integra en el sentido común, pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma (Umaña, 2002, pág. 36), a modo resumen en el proceso de objetivación a partir de un entidad abstracta se adquiere un esquema concreto.

## **Anclaje**

El proceso de anclaje consiste básicamente en un proceso de categorización, en otros términos, a través del proceso de anclaje, la sociedad cambia al objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes (Moscovici, 1979, pág. 121). En este proceso de anclaje por medio del sistema de interpretación se atribuye un valor de utilidad social a los contenidos de la realidad, se les jerarquiza para luego pasar a una etapa de significación, donde el conjunto de elementos de la realidad es producido, evaluado y aceptado socialmente para finalizar con la integración, donde la representación social se inserta en el sistema de pensamiento.

Para sintetizar podemos decir que tanto el anclaje como la objetivación permiten guiar los comportamientos de los individuos, por ende, las representaciones sociales tienen un carácter normativo, debido a que interpreta, orienta y justifica los comportamientos humanos, tal como lo expresa Moscovici la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje lo delimita en el hacer (Moscovici, 1979, pág. 121)

## **Funciones de las Representaciones Sociales**

Dicho esto, es que podemos sostener que las representaciones sociales son un conocimiento creado socialmente enmarcado en una dinámica de comunicación e interacción social que al incorporarse en el pensamiento colectivo se van naturalizando, construyendo el sentido común que guía la comunicación, el comportamiento y las relaciones sociales, por lo tanto, las funciones de las representaciones sociales en la realidad social son diversas han sido desarrollados por un sinnúmero de autores, sin embargo para el desarrollo de este estudio se utilizará la sistematización realizada por (Abric, 2001):

*Función Cognitiva:* Permiten comprender y explicar la realidad de una forma más sencilla para que los individuos puedan asimilarla, en conexión con su sistema de valores, siendo una condición necesaria para el desarrollo de la comunicación social.

*Función Identitaria:* El compartir representaciones sociales es esencial para la identidad social, tanto intragrupal o intergrupala, ya que permite definir la manera de relacionarse con los otros, por medio de la comparación social, existiendo un control social debido a que los individuos deben comportarse en base al sistema de valores acordado por el grupo e interiorizado por el proceso de socialización.

*Función de orientación:* Las representaciones sociales al integrarse al sistema de pensamiento referencial guían las prácticas sociales.

*Función justificadora:* Las representaciones sociales permiten justificar una conducta, explicar un comportamiento asumido por los individuos en una situación determinada.

## **Dimensiones de las Representaciones Sociales**

Una vez comprendida lo fundamental de la teoría de representaciones sociales de Serge Moscovici podemos abordar el tema de estudio de la presente investigación, que son las representaciones sociales de los jóvenes en torno a la seguridad social, las representaciones se construyen a partir de conocimientos, creencias y valores socialmente compartidos por medio de la práctica social por lo tanto para comprender el fenómeno de desinterés por parte de los jóvenes a lo relacionado con la institucionalidad, en particular su relación con la institucionalidad en salud, las representaciones sociales son teórica y metodológicamente el mejor camino para cumplir los objetivos de la investigación. Las representaciones sociales son un tipo de conocimiento que conlleva un proceso y un contenido. En tanto a proceso las representaciones sociales refieren a una forma particular de conocimiento, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: actitud, información y campo de representación (Moscovici, 1979). Estas dimensiones están directamente relacionadas con los objetivos específicos de este estudio, ya que la actitud se relaciona con lo afectivo, la información con lo cognitivo y por último el campo de representación con lo simbólico, siendo esta última dimensión la más compleja en abordar, estas dimensiones serán estudiadas en las tres categorías de análisis salud, Estado e institucionalidad. A continuación, se detallará a que se refiere cada uno de estas dimensiones.

### **Actitud**

Consiste en una disposición positiva/negativa, favorable/desfavorable de una representación, siendo el componente afectivo de la representación social, no obstante, las actitudes están compuestas por tres dimensiones: cognoscitiva, afectiva y conductual.

### **Información**

Esta dimensión hace referencia a los conocimientos que tiene los individuos de la realidad social, por lo que aparecen los estereotipos, prejuicios y la riqueza de los datos que los individuos poseen, por lo que es importante al realizar el análisis tomar en consideración el origen de la información en base a las condicionantes sociales de los entrevistados.

### **Campo de Representación**

Esta dimensión es la más compleja y completa de las representaciones sociales, debido a que se organiza en base a el núcleo figurativo, por lo tanto, consiste en el orden y la jerarquía que los individuos construyen de todo el contenido de la misma representación, esto quiere decir actitudes, valores, imágenes, creencias, opiniones, entre otros.

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud) (Umaña, 2002, pág. 41)

## **Capítulo VI: Marco Metodológico**

En el presente capítulo se presentarán los aspectos relacionados al proceso metodológico, describiendo las etapas, criterios y justificaciones de las diferentes decisiones que se tomaron durante el desarrollo de la investigación con el objetivo de poder responder la pregunta de investigación planteada por este estudio.

### **Descripción General del Estudio**

En consideración con la pregunta de investigación y los objetivos, este estudio se inscribe en el paradigma interpretativo, debido a que centra su interés en los procesos y significados del grupo estudiado, por lo tanto, el diseño del estudio es cualitativo y el tipo de estudio es exploratorio/descriptivo.

La elección de este tipo de estudio y alcance de la investigación se justifica porque me permite acceder a la realidad a través de los discursos y su dimensión simbólica, entendiendo que la realidad es compleja y que por lo tanto, se necesita concentrar los esfuerzos en el análisis de un objeto singular. La investigación cualitativa es una buena forma para poder acercarse a entender el conocimiento compartido, el sentido común construido por las personas “pues se rescata lo que los propios sujetos, en sus propias expresiones, identifican y señalan como sustancial a las experiencias que se investigan” (Saavedra, 2007, pág. 66), siendo la metodología que permitirá rescatar de mejor manera las representaciones que tienen los jóvenes con respecto a la protección social en salud.

### **Enfoque Teórico**

Esta investigación se enmarca en términos teóricos/metodológicos en la corriente filosófica de la *fenomenología*, debido a que se centra en la experiencia personal de cada individuo, y no aborda el estudio de las interacciones grupales, aunque se entiende que las representaciones sociales son producto de una construcción social, la fenomenología nos permite profundizar de mejor manera en la experiencia de los entrevistados.

## **Tipo de Estudio**

La investigación tuvo un carácter *descriptivo*, debido a que recoge información con respecto a las representaciones de los jóvenes respecto a salud, Estado e institucionalidad para conocer finalmente las representaciones sociales de los jóvenes en torno a la seguridad social en salud, especificando las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1997, pág. 80).

A su vez, podemos señalar que la problemática de la investigación aún no ha sido desarrollada por otros investigadores en Chile. Por lo cual la investigación también es de carácter *exploratorio*, debido a que ha permitido “familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas” (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, Metodología de la Investigación, 1997, pág. 79).

## **Tipo de Diseño**

La Sociología como disciplina se ha caracterizado desde sus inicios por contraponer dos paradigmas que surgen tanto de caracteres epistemológicos y ontológicos diferentes. Estos a su vez desarrollan dos métodos de investigación social, hablamos de los paradigmas positivista e interpretativo, los cuales usan la metodología cuantitativa y la metodología cualitativa respectivamente. La primera enfatiza el estudio de la sociedad en torno a las estructuras y el mundo objetivo; y el segundo, en la acción de los sujetos y su aspecto simbólico y subjetivo (Parada Lezcano, 2013, pág. 344).

En este contexto, la presente investigación ha sido llevada a cabo mediante un *diseño cualitativo*, debido a que privilegia el discurso y las valoraciones de los jóvenes con respecto a la protección social en salud, en función de la construcción de representaciones sociales. Con respecto a la temática, utilizaré como base teórica los aportes de George Mead (interaccionismo simbólico) y Serge Moscovici (representaciones sociales).

En coherencia con el diseño cualitativo de la investigación, la estrategia metodológica de este estudio consideró un “diseño flexible” con la finalidad de profundizar en cada uno de los aspectos emergentes del proceso de indagación. En

esta tipología existe una “estructura” subyacente de los componentes (categorías de análisis preliminares) del estudio que facilita la posibilidad de incluir cambios sobre aspectos de la temática que al inicio del proyecto no fueron advertidos (categorías de análisis emergentes) (Mendizábal, 2006).

Junto con las características anteriores, el estudio fue no experimental, ya que no existe la necesidad de la manipulación de las variables, debido a que lo que hacemos “en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, Metodología de la Investigación, 1997, pág. 149). Así es como las representaciones sociales han sido descritas sin manipulación alguna, pudiendo analizar la construcción de conocimiento sobre la seguridad social en los jóvenes de forma natural.

Además, debido a que la recolección de datos se ha desarrollado en un solo momento del tiempo y durante el transcurso de la investigación no existió seguimiento de los sujetos estudiados, es un estudio de tipo transversal. “Lo que distingue a esta variedad de diseño es que la recogida de información se lleva a cabo de una sola vez, aunque se incluyan circunstancias temporales o contextos ambientales diferentes.” (Cea D'Ancona, 1996, pág. 102).

### **Unidad de Análisis**

De acuerdo a los objetivos de investigación y al diseño metodológico, la unidad de análisis del presente estudio son los jóvenes profesionales entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso. Los factores que justifican esta elección son las siguientes:

- I. Es la población joven la que presenta mayor distancia con la institucionalidad (Ernesto, 2011) en específico con las instituciones que se encargan de la protección social en salud, siendo una de las población que presenta mayor grado de exclusión en este ámbito. Esta situación hace necesario el estudio desde la visión de los jóvenes con respecto al derecho a la salud y los seguros de salud como reflejo de ello para poder vislumbrar oportunidad (es) de cambio en la participación de ellos en las diversas instituciones.



- II. Los jóvenes a la edad de 24 años dejan de ser carga legal de sus padres, por lo que deben optar por el tipo de protección social en salud pública o privada: FONASA o ISAPRE. El límite de los 29 años se justifica debido a que es el límite de edad utilizado por el Instituto Nacional de la juventud (INJUV).
  
- III. Los jóvenes profesionales de la ciudad de Valparaíso, debido a que en el escenario local es una de las ciudades que reúne una fuerte presencia de estudiantes de educación superior. Junto con ello, de acuerdo al Servicio de Información de la Educación Superior (SIES) es la que presenta mayor cantidad de planteles de educación superior (44 planteles), sólo siendo superada por la región Metropolitana.

### **Universo y Muestra**

El universo de la presente investigación son los jóvenes entre 24 a 29 años que residen en la ciudad de Valparaíso, esta población alcanzaría los 31.217 habitantes de los cuales 16.638 son hombres (53.3%), y 14.579 de mujeres (46.7%) (proyecciones de población INE, 2016).

El estudio se realizará en base a una muestra del universo definido, ya que la presente investigación requiere “una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificada previamente en el planteamiento del problema” (Hernández Sampieri & P, 1991, pág. 231). La muestra en este contexto, ha sido de Sujetos-tipo, ajustándose a un perfil previo de casos que previamente se han definido. En este sentido, el objetivo fundamental es la riqueza, profundidad y la calidad de la información, y no la cantidad de información.

El tipo de muestreo utilizado fue bola de nieve, el cual se basa en la idea de red social y consiste en ampliar progresivamente los sujetos de nuestro campo partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos (Salamanca Castro & Martín-Crespo Blanco, 2007).

Además, se ha considerado el criterio de heterogeneidad y accesibilidad (Valles, 2003), asegurándolo por medio de la elección de participantes de diferentes universidades, áreas de estudio y sexo.

El tamaño de muestra se estableció preliminarmente en 1 entrevista por cada perfil definido, por el principio de saturación.

De esta forma, la muestra está compuesta por a lo menos 8 entrevistas como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 1:** Composición de los perfiles de investigación

<b>Área de estudio</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de entrevistas</b>	<b>Perfiles</b>
Ciencias de la Educación	Hombre	1	1
	Mujer	1	2
Salud	Hombre	1	3
	Mujer	1	4
Ciencias Sociales, Humanidades y Arte	Hombre	1	5
	Mujer	1	6
Ingeniería, Industria y Construcción	Hombre	1	7
	Mujer	1	8

8 perfiles con 1 entrevistas como mínimo por perfil entonces total 8 entrevistas

Para la construcción de los perfiles se utilizó como categoría las áreas de estudios más tradicionales e importantes, las cuáles tienen una mayor cantidad de profesionales.

## **Técnica de producción de información**

La técnica de producción de información a utilizar en este estudio, será una entrevista semiestructurada individual, ya que es una técnica mixta que permite tener una pauta de los temas a tratar, sin embargo, existe flexibilidad debido a que el orden de los temas va cambiando en función del desarrollo de la entrevista y surgen nuevas preguntas en base de lo que dice el entrevistado. “Se puede definir como una “conversación amistosa” entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan” (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela- Ruiz, 2013, pág. 164).

Se utiliza esta técnica para indagar en los discursos de los entrevistados, es decir, para evidenciar sus formas de pensar, sentir y actuar. Principalmente, debido a que las representaciones sociales hacen referencia al sentido común, el cual es un conocimiento socialmente elaborado. En este sentido, la entrevista semiestructurada individual permite indagar en las representaciones sociales de los jóvenes en torno a la protección social en salud.

Las entrevistas han sido conducidas mediante un guion o pauta de entrevista (ANEXO N° 1). Es por este motivo que han sido semi-estructurada considerando que este tipo de entrevistas nos entrega un grado de flexibilidad y libertad que facilita la espontaneidad de la relación que se establece entre el investigador y el entrevistado (Flores, 2009).

El guion ha sido elaborado en función de las categorías de análisis preliminares y las tres dimensiones de las representaciones sociales (actitud, información y campo de representación).

### **Definición de variables:**

**Salud:** imagen que tienen los jóvenes con respecto a la salud y al sistema de salud chileno, pudiendo establecer sus creencias, valores y actitudes.

**Estado:** visión que tienen los jóvenes con respecto al rol del Estado en la protección social de salud pudiendo establecer sus creencias, valores y actitudes.

**Precarización laboral:** La visión de los jóvenes con respecto al mercado laboral, en cuanto a oportunidades y posibilidades de acceder a la protección social en salud para de esta forma establecer el conocimiento que poseen respecto al sistema, sus creencias, valores y actitudes.

Cada una de las categorías planteadas se dividen en 3 subcategorías de análisis, bajo la lógica teórica del análisis de representaciones sociales para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el estudio. Las dimensiones son las siguientes:

- 1. Dimensión cognitiva:** Refiere al conocimiento que tienen los jóvenes respecto a las categorías planteadas anteriormente, es decir al funcionamiento del sistema de salud chileno, el rol del Estado con respecto a la protección social y la precarización laboral.
- 2. Dimensión afectiva:** Refiere al sentir que tienen los jóvenes respecto a las categorías planteadas anteriormente, es decir al funcionamiento del sistema de salud chileno, el rol del Estado con respecto a la protección social y la precarización laboral.
- 3. Dimensión simbólica:** Refiere a toda la clase de información que asume un significado que tienen los jóvenes respecto a las categorías planteadas anteriormente, es decir al funcionamiento del sistema de salud chileno, el rol del Estado con respecto a la protección social y la precarización laboral.

### **Técnica de análisis de datos**

La técnica que mejor se adapta a los objetivos de este estudio es el análisis de discurso, esta es una técnica de interpretación de textos, los cuales son una fuente importante para obtener y construir el conocimiento de diferentes fenómenos de la vida social. El análisis de discurso permite analizar la forma y el contenido de la comunicación, ya que “los significados y las ideas subyacentes se revelan a través del análisis de patrones en elementos del texto, tales como palabras o frases” (Yang, 2008, pág. 689). Esta técnica permite entender al discurso como una línea de declaración simbólica la cual se expresa desde una posición social determinada. Los discursos se presentan enmarcados en cogniciones sociales compartidas que reproducen prácticas sociales, todas estas consideraciones tomadas en cuenta por la técnica de análisis de contenido permitirá un acercamiento y profundización del conocimiento con respecto a las representaciones sociales de los jóvenes sobre la seguridad social en salud.

## Calidad del diseño

La calidad del diseño emerge de la concepción de los debates epistemológicos de la validez de la técnica cualitativa como método de investigación científica, ésta implica observación y la medición de la realidad (Álvarez-Gayou J, 2003). El presente diseño de investigación consideró los criterios de confiabilidad de Guba y Lincoln, por ende, existe credibilidad, donde el acopio de la información escrita, registro de cuadernos de campo y diarios de la investigación estarán disponibles a quien lo requiera, se contará información con respecto al desarrollo de la investigación y las dificultades que se presentaron junto con ello se reconoce los sesgos que presento como investigadora, conjuntamente, está presente el criterio de transferibilidad, ya que se describe de manera exhaustiva los sujetos y situaciones que se investigaron, con el fin de controlar el tipo de representatividad elegida. La presente investigación también tiene dependencia/consistencia para lograr estabilidad y replicabilidad de los datos por ello se encuentra descrito y especificado las técnicas de recolección y análisis de datos como también la toma de decisiones en el desarrollo de la investigación

Por último, está presente el criterio de confiabilidad debido a que todos los registros utilizados en este estudio fueron registros concretos, transcripciones textuales y citas directas, existiendo el registro grabado de cada una de las entrevistas. Todos estos criterios sostienen la calidad de diseño del presente estudio (Guba & Lincoln, 1985).

## Plan de trabajo

Tareas / Fechas	Septiembre a noviembre 2017	Noviembre a diciembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018
Formulación del proyecto / diseño de investigación				
Correcciones al proyecto/ Elaboración instrumentos				
Trabajo de Campo y Análisis de datos				
Elaboración de conclusiones y documentos finales				

## Consideraciones éticas

En lo que respecta a la realización de las entrevistas y al contacto con los jóvenes entrevistados es necesario tomar algunas consideraciones éticas que favorezcan la confianza con ellos y que reduzcan los factores que afecten la credibilidad y verosimilitud de la información recogida.

La primera consideración ética guarda relación con el anonimato de los entrevistados. Cuando se quiere lograr que el entrevistado entre en confianza y comience a contar aspectos privados de su vida se hace necesario y fundamental asegurar que la entrevista será anónima, a modo que pueda expresarse, incluso, en aspectos que le parezcan privados o complicados de contar a una persona desconocida.

Una segunda consideración ética considerada es la entrega de un consentimiento informado (ANEXO 2) a todos los participantes de la investigación. Por medio de él, se han expuesto los objetivos y propósitos de la investigación y se ha establecido la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Por último, en caso, que algún entrevistado así lo requiera, los resultados de la investigación estarán disponibles para entrega o lectura por parte de cualquier de los entrevistados, a modo de transparencia.

## Capítulo VII: Análisis de discurso

Con la información recogida en las entrevistas y mediante la metodología antes descrita, podemos elaborar un análisis de los discursos emitidos por los jóvenes en relación a como describen, caracterizan o valoran la protección social en salud. Para el desarrollo de este análisis y el cumplimiento de los objetivos planteados se buscó el “conocimiento de sentido común” que tienen los jóvenes respecto a la protección social en salud.

A modo de hacer más entendible el análisis, los temas serán revisados en capítulos y dentro de éstos se irán haciendo los análisis respectivos, para poder establecer un orden y poder dar respuestas a los objetivos planteados en el estudio.

El presente análisis de discurso se estructuró en base a las dimensiones de las representaciones sociales presentada por Moscovici, estas son actitud, información y campo de representación (Capítulo V), las cuales se utilizaron como categoría de análisis para cada una de las variables establecidas previamente Salud, Estado y Precarización laboral para poder dar cumplimiento a los objetivos planteados en estudio.

La posterior transcripción y codificación del texto produjo la siguiente Matriz de ocurrencia de dimensiones y/o códigos siguiendo la argumentación analítica de las categorías planteadas anteriormente salud, Estado y precarización laboral. En la parte baja de la matriz se encuentran también “otras dimensiones” surgidas durante codificación, las que aportan al análisis de las representaciones sociales respecto a la protección social en salud por parte de los jóvenes, pero que no encuentran lugar en la lógica anteriormente planteada.

**Tabla 2:** Matriz de codificación resultado (Atlas.ti) jóvenes profesionales entre 24 a 29 años de edad

<b>Dimensión</b>	<b>Categoría de análisis</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Salud</b>	1.3 Falta de información sobre el acceso al sistema	25
	1.5 Diferencias entre sistema público y privado	20
	1.1 Conocimiento sobre el sistema de salud	17
	1.8 Evaluación del sistema de salud	15
	1.4 Salud como valor	13
	1.2 Experiencias de uso del sistema	13
	1.6 Falta de recursos	12
	1.9 Calidad de los profesionales de la salud	10
	1.7 Comparación con otros países	5
<b>Estado</b>	2.2 Responsabilidad del Estado	20
	2.1 Conocimiento sobre las funciones del Estado	20
	2.4 Salud como un derecho fundamental	15
	2.3 Evaluación del funcionamiento estatal	14
	2.5 Lo estatal como valor	8
<b>Precarización laboral</b>	3.1 Acceso a protección social	23
	3.3 Modalidad de contrato de trabajo	19
	3.2 Experiencias laborales	18
	3.4 Beneficios laborales	18
	3.5 Incapacidad para independizarse	15
	3.6 Sueldos bajos	14
<b>Otros</b>	4.1 Imágenes construidas por los MMC	12
	4.2 Endeudamiento por estudios	10

Fuente: Elaboración propia

Los resultados se analizarán según la propuesta del Análisis del discurso modo categorial. Se asumirá especial dedicación a la precarización laboral, de modo particular y transversal en los datos analizados, pues se intentará realizar una aproximación a las consideraciones del análisis crítico del discurso, las cuales que se centra en aquellas propiedades de las situaciones sociales, y en sus efectos sobre los modelos del discurso contextual usados para el control del pensamiento social (Van Dijk T. , 1999). En este sentido, se subentiende que los actores sociales implicados en el discurso, es decir los jóvenes profesionales no usan exclusivamente sus experiencias y estrategias individuales para referirse a la protección social en salud, sino que se apoyan fundamentalmente en marcos colectivos (sociales) de percepción a los que definimos como representaciones sociales.



## **Representaciones sociales de la salud**

La primera variable a analizar es la referida a salud, la cual se relaciona con el conocimiento, sentir, valoración, evaluación, entre otras respecto al sistema de salud chileno.

Este análisis se realizará de acuerdo a las 3 dimensiones presentes en las representaciones sociales (actitud, información y campo de representación)

### **Actitud positiva de los jóvenes a la salud como objeto de representación**

El concepto de actitud se define como una disposición positiva o negativa respecto a algo, este se compone por tres dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. Esta dimensión hace referencia al componente afectivo de la representación social, en el transcurso del análisis se dio cuenta de disposición positiva de los jóvenes respecto a la salud como elemento importante en sus vidas, pero aun así existe una despreocupación por parte de los mismos para interiorizarse respecto a cómo ejercer el propio derecho de salud.

### **La salud como un valor**

Desde una dimensión afectiva los jóvenes entregan valor a la salud entendida como "(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946), consideran que es de vital importancia en el desarrollo del ser humano, al momento de jerarquizar los derechos humanos fundamentales (salud, vivienda, educación, identidad, libertad, entre otros) según el nivel de importancia que cada uno le entrega, el derecho a salud mayoritariamente se ubicaba en los primeros lugares.

Ante la pregunta ¿por qué consideras que el derecho a salud es fundamental en la vida de las personas?

"Es que lo es todo, si no tenemos salud no podemos vivir, necesitamos estar bien para poder hacer algo, cuando uno está enfermo o un familiar lo está y sobre todo enfermedades graves anda todo mal" (entrevistado 5)

### **Poco desarrollo de buenas prácticas en salud**

No obstante, esta valoración positiva de la salud en la vida de las personas planteadas en el discurso de los jóvenes no se ve reflejada en las acciones

individuales que estos realizan en su vida diaria, justificando este comportamiento a la juventud y su relación con una buena salud.

Ante la pregunta ¿Consideras que te preocupas por tu salud?

“Con respecto al cuidado de mi salud no me preocupo mayormente de mi salud, asisto al médico cuando ya el problema es mayor o cuando algún familiar cercano me dice oye anda al médico o me dice ya yo te acompaño al médico, pero siendo bien sincero por mi propia cuenta... ehh no tiene que ser como lo decía una dolencia muy fuerte un problema muy grave de salud para yo asistir”. (Entrevistado 1)

A pesar de no existir prácticas relacionadas con la prevención o control de la salud por parte de los entrevistados, una de las prácticas que es altamente valorada de manera transversal es la medicina preventiva. Sin embargo, el conocimiento que tienen los jóvenes respecto al acceso que tienen a chequeos preventivos según su previsión de salud, cambia, ya que los jóvenes que tienen Isapre tienen conocimiento referido a estas prestaciones por parte de la entidad privada, aunque no accedan a ellas por decisión propia, a diferencia de los jóvenes que pertenecen a Fonasa quienes tienen un mayor desconocimiento de prestaciones preventivas por parte del servicio.

“A mí me gustaría hacerme más exámenes preventivos, de hecho, ocupo los que da mi Isapre, pero tienen restricciones por el ejemplo el PAP es cada 3 años gratis cuando se supone que hay que hacérselo todos los años. Entonces, debería haber más derecho a exámenes es más barato prevenir que curar” (Entrevistado 1)

“En mi Isapre sé que tengo derecho a cosas gratis, pero no sé a cuáles ni que tengo que hacer nunca lo he querido ocupado” (Entrevistado 4)

Considerando la última frase del entrevistado, efectivamente prevenir es más económico que curar enfermedades. Nuestro país está al debe en materias de prevención, debido a que se enfoca en una medicina curativa, siendo su causa principal los recursos limitados que tienen la red pública de salud en Chile. En el caso del sistema de salud privado, como funciona bajo la lógica de mercado mayor obtención de ganancias con la menor cantidad de recursos, la medicina preventiva sólo se limita a lo que obliga la ley o exámenes de muy bajo costo, por lo que tampoco se logra el objetivo de una medicina preventiva.

Junto con las problemáticas estructurales, existe falta de información de los jóvenes respecto a los beneficios que tienen en la previsión social de salud a la cual pertenecen, ante la pregunta ¿Conoces algunos beneficios relacionados con la medicina preventiva en tu sistema de salud (Fonasa o Isapre)?

“No, no tengo idea igual yo soy Fonasa no creo que tenga beneficios preventivos”  
(Entrevistado 5)

### **Actitud negativa de los jóvenes al sistema de salud chileno**

En referencia al sistema de salud chileno, los jóvenes tienen una actitud negativa hacia el mismo que se condice con un conocimiento precario sobre su funcionamiento, sentimientos negativos y poca experiencia como usuario.

### **Conocimiento del sistema de salud chileno**

Si buscamos indagar sobre las representaciones sociales que tienen los jóvenes respecto a la protección social en salud, debemos indagar sobre el conocimiento que tienen con respecto al funcionamiento del sistema de salud chileno y cuáles son las fuentes de información de este conocimiento.

La mayoría de los jóvenes entrevistados tiene un conocimiento general del funcionamiento del sistema de salud chileno, logran establecer el carácter mixto que este tiene, reconociendo rápidamente la existencia de un sistema público y un sistema privado de salud, tal como se evidencia a continuación:

“A grandes rasgos lo que yo sé es que existe un sistema público y un sistema privado mmm... En cual el sistema público está organizado administrado por FONASA quien es la entidad del sector público y en el sector privado es por ... ¿por las ISAPRE? (entrevistado 7)

### **Falta de información respecto al acceso al sistema de salud**

Uno de las problemáticas que podemos encontrar al momento de realizar el análisis es que la mayoría de los jóvenes demuestra una falta de información respecto al acceso al sistema de salud, por medio de estas dos alternativas pública y privada. A los 24 años los jóvenes en Chile dejan ser carga legal de sus padres, por lo que deben adscribirse a cualquiera de los dos tipos de previsión en salud disponibles en Chile Fonasa o Isapre<sup>2</sup>, en el caso de las Isapres pueden seguir

---

<sup>2</sup> Existe un tercer tipo de previsión social en salud, que es CAPREDENA (Caja de Previsión de la Defensa Nacional) previsión que es exclusiva para funcionarios y familia de las fuerzas armadas y DIPRECA (Dirección de Previsión de Carabinero de Chile) exclusiva para funcionarios y familia de Carabineros de

siendo beneficiarios, mientras se pague el plan pactado, sin embargo, la mayoría de los jóvenes entrevistados desconoce esta situación.

“cuando entre a trabajar me pidieron un certificado de afiliación creo que se llama, yo no tenía idea que era así que les pregunte a mis viejos, ellos me dijeron que fuera al Fonasa y ahí fui y me lo entregaron y listo” (entrevistado 2)

La desinformación es un problema que cruzará toda la línea de análisis, ya que en las diferentes dimensiones se hace presente. En este caso, hay entrevistados que desconocen a que sistema de previsión pertenecen, por lo que la situación no deja de ser compleja.

“Parece que estoy en Fonasa, es que no gano mucho así que parece que ahí estoy” (Entrevistado 7)

Ante la pregunta si sabe ¿qué deberes y derechos significa estar afiliado a FONASA? La respuesta es la siguiente:

“No tengo idea, o sea he sacado como 2 bonos desde que estoy trabajando y cacho que me sale más barato el doctor, pero más que eso no tengo idea” (Entrevistado 2)

Junto con el desconocimiento de los deberes y derechos que cada ciudadano tiene por pertenecer a cualquiera de las dos entidades de previsión social en salud, existe la creencia que el tipo de previsión social en salud va de acuerdo al poder adquisitivo, al sueldo que cada uno gana, de forma automática. Esto quiere decir, que si mi sueldo es alto estoy obligado a adscribirme alguna Isapre, ya que Fonasa es para las personas de situación económica más vulnerable. A continuación, se detallan las citas textuales:

“Si gano bien tengo que estar en isapre, bueno si no es mucho lo que gano tengo que estar en Fonasa. Yo ahora gano bien y estoy en una isapre, cuando empecé a ganar bien un amigo me dijo que me metiera, porque era mejor” (Entrevistado 1)

---

Chile. Según datos de la Casen este tipo de previsión sólo la tiene un 2.7% de la población, por lo que no fue considerada en la investigación.

“yo respecto a esto y por lo que tengo entendido cuando uno trabaja de acuerdo al nivel de ingresos que uno tiene eh.. va ser a qué tipo de salud se puede optar si al sector público o a va ser al sector privado” (entrevistado 5)

Esta situación descrita afecta principalmente a la entidad pública de salud que es FONASA, ya que, al funcionar en base a pilares de solidaridad, el no tener personas con sueldos altos al interior del organismo, merma más la cantidad de recursos disponibles, desequilibrando el principio de solidaridad que este mismo tiene.

A modo de análisis, podemos establecer que existe una autoexclusión por parte de los jóvenes en relación ejercicio del derecho a protección social en salud, por desconocimiento del funcionamiento del propio sistema de salud chileno. En la actualidad son varios los autores que sostienen que la cantidad de información a la cual tenemos acceso no tienen parangón a ningún período de la historia, tal como lo señala Castells vivimos en la era de la información, sin embargo, a pesar de que el flujo de información es considerable, no significa que los individuos estén más informados respecto a la realidad en que viven. Esta problemática fue considerada en octubre del 2016 por la Dirección Zonal Centro Norte de Fonasa, la cual realizó un convenio con la Universidad Federico Santa María para informar a los jóvenes de pregrado por medio de monitores sobre sus derechos y deberes respecto a la temática de seguridad social en salud<sup>3</sup>. En base a estos datos, es de suma importancia lograr una mayor difusión del funcionamiento del sistema de salud chileno para con los jóvenes y de estar forma incluirlos en el sistema, y no dejarlos fuera por desconocimiento, amplificar el radio de cobertura de esta iniciativa.

### **Opiniones sobre el sistema de salud chileno desde el prejuicio**

La representación sobre el sistema de salud chileno y su funcionamiento es planteado desde los prejuicios o estereotipos ampliamente difundidos en la sociedad chilena, por lo que podemos evidenciar un proceso de reproducción de discursos, más que un discurso construido desde la experiencia.

---

<sup>3</sup> Noticia convenio entre Fonasa y universidades de la región de Valparaíso con el objetivo de fortalecer la participación ciudadana de los jóvenes en temáticas de protección social [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/10/13/firma\\_de\\_convenio\\_con\\_universidad\\_v\\_region.html?from=beneficiarios](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/10/13/firma_de_convenio_con_universidad_v_region.html?from=beneficiarios)

## **Relación dinero – calidad**

Una de las representaciones más evidentes y que responde a como el sistema económico neoliberal ha permeado el pensamiento social, es creer que el valor monetario está asociado a la calidad del servicio que se entrega, la única forma para poder acceder a un buen servicio es pagando, idea que se refleja en los discursos de los jóvenes que se detallan a continuación.

“me hice un examen hace un tiempo y me la tipa me atendió pésimo me dio lata, porque yo estoy pagando, no fui gratis, entonces ¿por qué te tratan mal?”  
(entrevistado 7)

“Cuando he ido acompañar a mi mamá a Fonasa siempre está lleno hay que hacer cola, cuando he ido a mi isapre con suerte hay una persona antes que yo”.(entrevistado 5)

Para poder realizar una completa descripción de las representaciones sociales que tienen los jóvenes respecto a la seguridad social en salud, es importante considerar la dimensión del Estado referido a su rol y funciones en cuestiones de protección social. Este aspecto se relaciona de forma directa con visiones ideológicas que tienen los jóvenes en relación al desarrollo de la sociedad. Esta temática ha sido poco abordada en estudios anteriores, ya que principalmente se sabe la opinión de los jóvenes frente a temáticas específicas como es aborto, legalización de la marihuana, educación, matrimonio igualitario, entre otros. Sin embargo, no conocemos la opinión de los jóvenes respecto al rol del Estado en la construcción de modelos de desarrollo ¿Qué es para los jóvenes el desarrollo? ¿Qué rol debería jugar el Estado en la protección del derecho a salud? Son algunas de las preguntas que se recogen en este estudio.

## **Diferencias entre el sistema público y sistema privado**

Una de las categorías de análisis fue la diferencias entre el sistema público y privado de salud, en base a las experiencias que tenían los jóvenes respecto a estas realidades.

Al analizar los discursos de los jóvenes profesionales podemos establecer dicotomías negativo – positivo, bueno - malo, eficiente – ineficiente entre lo público y lo privado, siendo lo público evaluado negativamente repitiéndose conceptos de mala atención, largos tiempos de espera, malos diagnósticos, profesionales no lo suficientemente capacitados, entre otros.

Ante la pregunta si yo te digo FONASA ¿qué imágenes se configuran en tu cabeza?

“Filas largas, mala atención, empleados tomado tecito” (entrevistado 2)

Siguiendo con esta línea de análisis ante la pregunta si yo te digo servicio de salud público ¿qué imágenes se configuran en tu cabeza?

“las primeras imágenes que se me vienen son consultorios colapsados, filas interminables, faltas de especialistas, en el área de medicina principalmente muchas problemáticas sin resolver. Considero que aún es deficiente la atención de salud en el sector público no así en el sector privado que la atención de salud es otra” (Entrevistado 5).

### **El sentido otorgado por los jóvenes al sistema de salud chileno**

La significación es un proceso cognoscitivo de atribución, a experiencias o a acontecimientos o a conocimientos personales, de un sentido suplementario, de un significado particular, que se vuelve preponderante en el vivir subjetivo del sujeto. Es decir, dar sentido es un proceso mediante el cual los jóvenes profesionales articulan los elementos sociales para introducirlos en su discurso respecto a la previsión social en salud, logrando que los viejos elementos sociales sean recreados con una lógica reconocida como propia personal.

### **Evaluación del sistema de salud chileno**

Las diferencias que los jóvenes establecen entre el servicio y previsión de salud hacen referencia a la calidad del servicio, siendo lo público asociado a elementos negativos y lo privado con elementos positivos en este ámbito. Por lo que la evaluación al servicio público es deficiente, siendo los puntos más críticos los tiempos de espera y la capacidad técnica de los profesionales y funcionarios que entregan el servicio.

Situación que en el caso de los profesionales de la salud es sumamente preocupante, ya que es sabido que la gran mayoría de estos profesionales se desempeñan en ambos sistemas público y privado, sin embargo, los jóvenes tienen la percepción que la atención del mismo profesional cambia según el sector donde se está desempeñando.

“Yo creo que existe una diferencia que entregan ya que partimos de la bases que no es lo mismo que te atiendan en un consultorio en donde está colapsado hay una

fila de pacientes esperando por lo tanto el médico debe realizar su atención de forma rápida en 15 máximo 20 minutos por lo tanto la calidad de servicio no es la misma versus un profesional de la salud que te atiende en una consulta privada donde hay horarios establecidos donde no hay filas y por lo tanto la calidad de servicio es mucho mejor se tiene un servicio de 45 minutos donde se le explica lo que se le va hacer y se da el tiempo necesario para dar una buena atención al usuario”.(entrevistado 6)

Con respecto a la diferencia en la valoración que le dan los jóvenes a lo público y a lo privado, como ya lo hemos revisado, existe una mayor valoración hacia lo privado, sobre todo en términos materiales, ya que sostienen que existe mayor y mejor infraestructura, mayor cantidad de recursos humanos y mejor capacidad profesional.

“Si pudiese elegir, optaría por el sistema privado, que lo privado es mejor más rápido más eficiente más limpio” (Entrevistado 8)

No obstante, un grupo menor de los entrevistados logran visibilizar la importancia de lo público para el desarrollo del país y entender que la cantidad de recursos es menor en proporción a la cantidad de población que debe ser atendida en la red pública de salud.

“Bueno, al final en los hospitales se hace lo que se puede nomás si cuanta gente atienden no tienen remedios, no tienen camillas ¿cómo van a poder hacer las cosas bien?” (Entrevistado 7)

A través de los discursos los jóvenes junto con evaluar negativamente lo referido a lo público en salud, logran identificar brechas y desigualdades socioeconómicas con respecto al ejercicio del derecho a salud y protección social, las cuales generan sentimientos de malestar, resignación frente a la realidad. En la construcción de los discursos, logran identificar exclusión social de los grupos más vulnerables de la población, y apuntan a que las iniciativas estatales y propuestas de gobierno apunten en esa dirección disminuir la brecha entre los más pobres y los más ricos, no sólo en el ámbito de salud, sino que en diferentes terrenos de la vida social.



“creo que estamos a años luz de tener una buena atención de salud en el sector público, por lo tanto, lo que yo apuntaría que la calidad de atención fuera más equitativa más equilibrada y no exista esta brecha tan impresionante que existe en el país entre el sector privado y el sector público” (entrevistado 3)

“por lo tanto que la persona como yo lo mencionaba desde un aspecto básico tenga una salud digna una salud de calidad, pero sin embargo hay que partir, aunque no lo queramos está ligado a un tema socioeconómico, por lo tanto, hay que apuntar a que no exista una diferencia mayor en términos socioeconómicos, porque estas diferencias se ven reflejadas en la salud”. (Entrevistado 3)

“En este país si eres pobre, te mueres esperando atención así de simple, los que tienen plata se salvan” (Entrevistado 8)

### **Experiencias sobre el sistema de salud chileno**

Uno de los aspectos interesantes de analizar es que al preguntarles a los jóvenes por las experiencias que han tenido en los diferentes centros de atención tanto públicos como privados, las experiencias con el discurso no muestran una concordancia con las dicotomías y evaluaciones anteriormente planteadas, ya que no existen diferencias evidentes entre un sistema y otro, más bien logran identificar las mismas problemáticas.

“Bueno, yo he ido como una vez al SAPU es que no me enfermo nunca, y estuve esperando como 2 horas para que me atendieran, me dieron los medicamentos y me mandaron para la casa, estuve como 10 minutos adentro, me dio rabia” (entrevistado 3)

Al comparar la experiencia de atención con los establecimientos de salud privada, las diferencias que anteriormente eran fácilmente identificadas por los jóvenes se difuminan, mostrando problemáticas comunes a ambos servicios tanto público como privado.

“Imagínate el otro día fui a la clínica, estuve esperando 3 horas en urgencias porque como te preguntan antes los síntomas y según la gravedad te dan cupo, y la cuestión es que entre me revisaron me dieron una receta y para la casa, y más encima me salió súper caro y eso que tengo isapre” (entrevistado 1)

### **Imágenes construidas por los medios de comunicación**

Esta situación de inconsistencia en el discurso se explicaría por las imágenes y discursos construidos por los medios de comunicación, ya que son varios jóvenes

los que aseguran haber visto esta situación en la televisión como también alimentan su discurso en base a las experiencias de otros, ya que dicen haber escuchado estas situaciones negativas en familiares o amigos. Este escenario responde a que los medios de comunicación crean realidad por medio de imágenes y discursos que permean las creencias, valores, sentires de la población, al estar inmersos en una economía de mercado tan enraizada, los medios de comunicación han ido generando y construyendo un discurso negativo hacia lo público, hacia lo estatal, relacionándolos con conceptos como ineficiencia, construyendo la representación que la participación del privado en ámbitos tradicionalmente estatales como educación, vivienda, salud es indudablemente necesaria, debido a que el Estado no tiene la capacidad para lograr un buen trabajo.

“como te comentaba muchas cosas negativas que es lo que uno ve día a día en noticias principalmente en televisión pienso en las filas interminables que existen día a día en los CESFAM en los consultorios en hospitales públicos pienso en lista de espera ehh... para trasplantes por ejemplo generalmente uno lo asocia a cosas negativas en este caso yo lo asocio a más cosas negativas que acontecimientos positivos en cuanto a salud” (Entrevistado 3)

“así como un hecho puntual la verdad es que no recuerdo, pero sin embargo me vienen a la mente muchas ocasiones personas cercanas por ejemplo han acudido a un hospital o al consultorio local en donde sea cual sea la molestia o la lesión de carácter menor por lo general en la gran mayoría de los casos en el hospital te dan un medicamento un analgésico o te inyectan y la verdad es que te mandan a la casa”. (Entrevistado 6)

### **Conocimiento de las funciones del Estado**

En referencia al conocimiento sobre las funciones que ocupa el Estado en materias de protección social específicamente en salud, en su mayoría los entrevistados presentan un vago conocimiento, a excepción de los entrevistados con títulos del área de ciencias sociales y humanistas, los cuales tienen una mayor cantidad de información a causa de la formación académica que tienen. Uno de las principales dificultades es que los entrevistados tienden a confundir los conceptos de Gobierno y Estado, no pudiendo definir claramente a cada uno de ellos.

“Para mi Estado y gobierno son prácticamente lo mismo, es una organización la cual está a cargo de un país intenta administrar las diversas aristas y recursos para que un país pueda funcionar, esa es mi percepción” (Entrevistado 1).

## Responsabilidad del Estado

A pesar de no poder definir claramente los conceptos de Gobierno y Estado, los entrevistados entregan información relevante sobre la responsabilidad que le cabe al Estado en las diferentes esferas de la vida social, discurso que responde a una postura ideológica, para efectos del análisis entenderemos por ideología lo siguiente “es el fundamento de las representaciones sociales compartidas por un grupo social. Dependiendo de la perspectiva propia, del hecho pertenecer a un grupo o de la ética, estas ideas de grupo pueden ser valoradas "positiva", "negativamente" o no ser valoradas en absoluto” (Van Dijk T. A., 2005).

En este sentido, los jóvenes elaboran un discurso común alimentando la idea que el Estado debe estar más presente en los ámbitos relacionados con los derechos fundamentales vivienda, salud, educación, seguridad fundamentalmente, exigiendo un Estado participativo y activo en la vida social, idea que es transversal a las diferentes áreas de desempeño laboral.

“Yo creo como lo mencione anteriormente tiene un rol fundamental en la salud no sólo en Chile, sino que, en todos los países, ya que es la entidad que regula y dirige ciertos lineamientos de estas entidades de salud para entregar una óptima calidad de servicio por lo tanto dar una calidad de vida excelente a la sociedad chilena” (Entrevistado 3)

“El Estado se tiene que hacer cargo, no puede ser que por ser pobre no tengamos los mismos derechos que la gente que tiene plata... el Estado debe entregar los recursos en los hospitales, a los consultorios” (Entrevistado 2)

Junto con la construcción de discursos a favor de la participación estatal, también surgieron comparaciones con otros países que tienen un Estado más fuerte.

“En Europa las personas tienen acceso a una salud digna, y nosotros como economía no estamos tan mal ¿por qué allá funciona y acá no? Acá para todo se necesita plata” (Entrevistado 4)

## **Evaluación de la función estatal**

A modo de análisis, podemos establecer que los jóvenes si consideran necesaria un rol del Estado más protagónico en las diferentes esferas de la vida social, sobre todo en las relacionadas con los derechos fundamentales, sin embargo, la evaluación de la función estatal no es positiva.

“Hay mucha burocracia en los organismos estatales, todo se demora mucho, mucho papel” (Entrevistado 3)

“Uno va al FONASA y trámites que se pueden hacer por un computador la gente los hace directo en la sucursal, porque no sabe” (Entrevistado 5)

Uno de los aspectos que surgen, a través de estas dos citas es la necesidad y apelación de modernización de las instituciones, tema que en los últimos años ha sido ampliamente debatida en el campo de lo público, sin perjuicio de eso FONASA se encuentra en un plan de modernización nacional, permitiendo trámites y compra de bono sólo de forma online. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos uno de los aspectos que más se ha repetido a lo largo de este análisis es la falta de información ¿cómo las instituciones de protección social en salud entregan la información a los ciudadanos? Si efectivamente la población joven es el segmento de la población que más tiene acceso a información en plataformas digitales ¿por qué desconoce información importante para el ejercicio de uno de sus derechos fundamentales como es salud? Por lo tanto, la tarea para las instituciones públicas, específicamente el FONASA es la ampliación, difusión y entrega de información respecto a los beneficios, trámites y deberes que tienen los usuarios del servicio.

De esta forma, poder integrar a la población joven en el servicio, entendiendo que son ellos la nueva población económicamente activa, la cual inyecta recursos al sistema, por lo que esta inclusión de la población joven tiene como utilidad la mantención del sistema.

Con respecto a la evaluación de la función estatal en el ámbito de la salud, varios de los jóvenes sostienen que la falta de recursos en el sector público es una dificultad, difícil de sortear para los profesionales de la salud, quienes no pueden realizar su trabajo de mejor manera, debido a las condiciones que se encuentran trabajando. Por lo que sugieren, mayor inyección de recursos económicos al sector público para que pueda existir una mejor atención.

“Los doctores no pueden hacer mucho, porque no tienen materiales no hay algodón o tienen que hospitalizar a alguien y no tienen cama, terminan atendiendo en los pasillos, en cambio cuando esos mismos doctores atienden en una clínica tienen de todo, como todo lo cobran, mientras uno pague tiene” (Entrevistado 6)

### **Lo estatal como valor**

La valorización de lo estatal por sobre lo privado, responde a creencias sociales de tipo ideológicas. Tal como se ha detallado anteriormente, Chile es un país enmarcado dentro de una economía neoliberal que ha permeado los diferentes ámbitos de la vida y la convivencia social, es por ello que la valoración positiva del Estado como ente que regula los aspectos más importantes de la sociedad es sorprendente. En los apartados anteriores, se evidenció evaluaciones negativas a la función del Estado y lo público, sin embargo, en los discursos posteriores vimos una valoración de lo estatal, en el sentido del bien común, y la necesidad de promover la equidad y disminuir la desigualdad social.

Estas tareas o funciones son vistas por los jóvenes como propias del Estado, esto se debe a que para ellos la lógica del mercado no permite disminuir la brecha, sino que más bien las aumenta y las profundiza.

“Yo creo que los derechos no pueden ser como comprar una coca cola, no debe existir ganancia, nadie se puede hacer rico a nombre de los derechos ¿se entiende? (Entrevistado 5)

“El mercado sirve para el consumo y la economía, tampoco es la idea ser como Venezuela, pero la gente pobre por los menos deberían tener salud gratis y digna, sin quitar la posibilidad de elegir una clínica si lo queremos” (Entrevistado 1)

### **La salud como derecho fundamental**

Con la valoración del Estado en los ámbitos relacionados con los derechos fundamentales, los jóvenes entrevistados consideran la salud como un derecho fundamental, el cual debe ser provisto por una seguridad social basada en principios de universalidad, equidad y solidaridad conjuntamente con parámetros de calidad, de eficacia y eficiencia para poder tener como país un sistema de salud sólido y sustentable en el tiempo. Para los jóvenes el sistema de salud privado debe estar presente, pero sólo como una alternativa para las personas que, si pueden y quieren

acceder a él, y no como una necesidad tal como lo ven hoy en día.

Para los jóvenes entrevistados el sistema privado les entrega condiciones de calidad que hoy el sistema público no les entrega, por lo que sugieren mayor presencia estatal, pero bajo los principios anteriormente mencionados.

“considero la salud un derecho, porque tenemos valga la redundancia el derecho de estar en la capacidades físicas y mentales óptimas para desenvolvernos en una sociedad sea del estrato económico que sea la persona” (Entrevistado 4)

“ahora la clínica es una necesidad, porque como los hospitales funcionan mal uno va a una clínica para tener mejor atención nomás no es una opción, sino que una obligación si quieres mejorarte” (Entrevistado 1)

### **Precarización laboral**

Una de las dimensiones estudiada en el desarrollo de la investigación, es la precarización laboral, puesto que para acceder a la protección social en salud el individuo debe contar con un trabajo asalariado, siendo el trabajo una puerta de entrada para la seguridad social. Pero, no es cualquier tipo de trabajo, sino que debe cumplir con las condiciones de un empleo seguro, es decir, el individuo debe tener un contrato de trabajo. Sin embargo, los datos estadísticos establecen que un 30% de la población joven no tiene acceso a ese tipo de modalidad laboral, quedando fuera del sistema y desprotegidos en términos de previsión social quedando en una situación de exclusión social.

Al preguntarles a los entrevistados por su experiencia laboral en cuanto a características contractuales, el discurso es transversal la gran mayoría de los entrevistados, el primer año de trabajo no pudo acceder a un empleo con contrato indefinido. Lograron acceder al mercado laboral por medio de contratos a honorarios o por temporadas.

“El primer año trabaje por honorarios, tenía que dar boleta y todo eso, ganaba bien, pero no me podía enfermar y pedir permiso era por la buena onda del jefe nomás” (Entrevistado 2)

En el caso de los contratos a honorarios, el trabajador no está obligado a cotizar previsión de salud ni previsión social, dejando a criterio de cada uno la posibilidad de obtener protección social. Esta situación deja en una situación de desprotección en términos de seguridad social a los jóvenes, quienes desconocen

esta información, junto a los sueldos bajos que perciben, debido a su mínima o nula experiencia laboral, los deja en una situación de exclusión social en materias de salud, pensiones, desempleo.

“En mi primer trabajo me paso que me enferme, algo súper simple resfrío, pero de todas formas me dieron reposo, la cuestión es que no pude tomarme los días de reposo, porque no tenía derecho, pero no tenía idea ahí me entere” (Entrevistado 1)

“El otro día un amigo me dijo que yo podía ir a cualquier isapre y pagar el plan y listo, averigüe, pero es muy caro como soy mujer me consideran plan maternal o algo así, es muy caro” (Entrevistado 7)

Varios de los entrevistados sostienen que el primer año una vez terminadas sus carreras es difícil encontrar un buen trabajo, con esto se refieren a un sueldo competitivo, con beneficios laborales y contrato indefinido, principalmente por la poca experiencia que tienen, por lo que optan a las oportunidades que le ofrecen para obtener experiencia y posteriormente mejorar sus condiciones laborales. Esta situación les provoca sentimientos de frustración, ya que no pueden independizarse tan rápido como quisieran y se deben quedar uno o dos años más en la casa de sus padres.

### **Deudas por estudio**

Uno de los temas que surgió espontáneamente al momento de realizar las entrevistas, fue la desventaja que se encuentran al momento de terminar sus carreras universitarias, ya que varios de ellos optaron por un crédito para poder financiar su carrera, por lo que al momento de ingresar a trabajar deben comenzar a pagar, situación que les dificultad más el poder acceder a una estabilidad económica.

“Yo estoy pagando el CAE y de verdad que son lucas que se van en eso, sé que debo pagarlo, pero de verdad afecta a los sueños de independizarse y salir adelante” (Entrevistado 2)

Con respecto a esta dimensión, uno de los hallazgos más importantes es que a pesar de tener condiciones estructurales negativas para el acceso a la protección

social en salud, los jóvenes no lo consideran preocupante, ni se encuentran muy interesados en encontrar posibles soluciones a esas limitaciones. Es aquí donde encontramos representaciones propias de la población joven, respecto a situaciones complejas que ponen en riesgo su salud, la frase “a mí no me va a pasar” se apropia de los discursos de los jóvenes entrevistados.

“Mira ahora necesito lucas, nunca me enfermo sé que cuando este más viejo si va ser importante, pero por ahora estoy bien” (Entrevistado 8)

“Soy sana como un yogurt (risas) sé que la salud es importante cuando uno quiere ser mamá, yo aún no quiero eso, por lo que no me complica tanto” (Entrevistado 7)



## **Conclusiones**

Pensar la protección social es un proceso complejo, múltiple y dinámico que pone en juego un conjunto de instituciones, prácticas e individuos para su funcionamiento. En América Latina y particularmente en Chile los estudios referidos a jóvenes se han enmarcado en temas definidos o establecidos, relacionados principalmente con la pertinencia de políticas públicas destinadas a ese segmento de la población, las cuales se han enfocado fundamentalmente en temas referidos a sexualidad, drogadicción y educación, dejando de lado los temas relacionados que involucra a la población adulto joven como el trabajo y la protección social.

La protección o seguridad social en cualquier sociedad es fundamental para el desarrollo social, debido a que se basa en principios de solidaridad, equidad y bien común, principios que hoy cada vez están más difuminados en la sociedad chilena, producto de la influencia y efecto de la sociedad capitalista en que estamos inmersos, donde los principios de competencia, individualismo y triunfalismo han mermado el tejido social que anteriormente existía. La población joven es quien más se vio afectada por esta transformación social, ya que desconoce otro escenario posible, siendo una de las posibles causas del desinterés de participación joven en temas relacionados con la política y la organización social.

Los principales hallazgos de esta investigación para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada *¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la protección social de salud: Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso?* son detallados a continuación:

### **La salud es considerada un derecho fundamental**

La salud es un elemento primordial en el desarrollo de la vida de cualquier ser humano, para los jóvenes no es la excepción ellos valoran la salud, desde su etapa vital, en el discurso logran plasmar la importancia que esta tiene, pero sus prácticas de salud preventiva no reflejan dicho pensamiento, se debe fundamentalmente a que la salud no es un tema en sus vidas, debido a que la enfermedad es una excepción en su vida cotidiana. Sin embargo, consideran la salud como un derecho fundamental, el cual no debe quedar bajo los vaivenes del mercado, para los jóvenes, el Estado chileno debe resguardar el derecho a salud, esto es un elemento importante, considerando el contexto sociocultural de la economía de libre mercado en la cual estamos inmersos. Existe un consenso en que lo privado en el ámbito de la salud no tiene que desaparecer, pero si quedarse

como una alternativa de libre elección por parte de los usuarios y no como una “obligación”. Los jóvenes ven al sistema de salud privado como la opción que tienen para poder acceder a una atención de calidad, debido a que la red pública de salud no cuenta con los recursos suficientes para otorgar un buen servicio, esta creencia por parte de los jóvenes se sustenta básicamente por las experiencias contadas por otros o lo visto en los medios de comunicación masiva, más que una experiencia propia, debido a que no han tenido mucha experiencia relacionadas al ámbito de la salud.

Una de las conclusiones que se puede llegar al terminar este estudio, es que los jóvenes creen en un Estado fuerte, presente en los ámbitos relacionados con derechos fundamentales de la sociedad, en convivencia con el mercado, resguardando los derechos de los ciudadanos, en particular en la temática de salud. Para los jóvenes existen deficiencias importantes referidas a la calidad de los servicios, disponibilidad de materiales e infraestructura que hacen de la red pública una mala alternativa.

### **Falta de información una de las principales limitaciones de acceso a la protección social en salud**

Uno de los hallazgos más importantes en relación al acceso de la protección social en salud por parte de los jóvenes es la poca cantidad de información que manejan respecto a temas de seguridad social, a pesar de vivir en la Era de la Información, donde los flujos de información son enormes, ellos no tienen información suficiente sobre los derechos, deberes y pasos a seguir en relación a la protección social. La gran mayoría de ellos obtuvo algo de información al momento de ingresar al mercado laboral, debido a la solicitud de los empleadores de los documentos relacionados con la previsión social. Para obtener información acudieron fundamentalmente a redes de apoyo padres, empleadores o amigos, muy pocos de ellos consultaron en la web o en los sitios de cada servicio (FONASA – ISAPRES), por lo que no se puede establecer si los sitios de internet de cada servicio tienen la información suficiente y específica para ayudar a los jóvenes. Esta falta de información la considera una forma de autoexclusión por parte de los jóvenes con respecto a la protección social, ya que no responde a limitaciones de tipo estructural, sino más bien de naturaleza individual que se puede resolver por sus propios medios, pese a ello no podemos desconocer que existe una precarización laboral que dificulta el ingreso a la protección social en los primeros años de vida laboral de los jóvenes chilenos.

## **La precarización laboral una dificultad para acceder a la protección social en salud**

Una de las transformaciones más importantes ocurridas con la irrupción de una economía de mercado y la globalización es la precarización laboral, cada día es más común encontrar servicios externalizados o disminución de personal, en el caso de los jóvenes esta situación no es la excepción de hecho les afecta en mayor medida, debido a la poca experiencia laboral al momento de terminar sus estudios universitarios, no pueden acceder a trabajos que sean beneficiosos en términos económicos y de estabilidad, principalmente los primeros años, una vez ingresados al mercado laboral obtienen trabajo bajo la modalidad de contrato a honorarios o contrato por temporada, lo que significa que no pueden acceder a beneficios laborales y de protección social. No tienen derecho a feriados legales, licencias médicas, seguro de cesantía o convenios de negociación colectiva, existiendo para la población un mayor riesgo social. Esta situación a la cual se enfrentan los jóvenes profesionales es una situación de exclusión social, debido a que no tienen acceso a la protección social en salud, a la cual todo trabajador tiene derecho, existiendo diferentes tipos de trabajadores con mayor o menor riesgo social, debido a la situación contractual laboral.

La exclusión a la protección social en salud, no es un tema que afecta únicamente a la población joven, pero si es el segmento de la población que se ve mayormente afectado. Por dicha situación, se han creado iniciativas públicas para incentivar el ingreso al sistema de protección social como es el subsidio al empleo joven, que otorga dinero a los jóvenes trabajadores entre 18 y 25 años que coticen previsión y pertenezcan a la población vulnerable. Sin embargo, esta iniciativa no logra solucionar el problema de base, ya que los jóvenes no cotizan por una opción, sino a que los empleos a los cuales pueden optar son precarios y tampoco tienen la información suficiente para conocer los beneficios relacionados con la protección social.

Una de las iniciativas que se llevó a cabo en esta línea de posibles soluciones fue ejecutada por parte del servicio Fonasa en la Quinta Región, quien estableció convenios con algunas de las universidades de la ciudad de Valparaíso, para entregarle información a los estudiantes sobre la protección social en salud y los derechos y deberes de ellos como usuarios, esta iniciativa debiese ser replicada en todo el país con el fin de afianzar lazos entre la población joven y las instituciones, ya que la relación entre ambos actores ha sido compleja de llevar a cabo principalmente en materias de congregación a los jóvenes para participar en políticas

públicas.

A modo de síntesis, podemos evidenciar una valoración positiva de los jóvenes profesionales de la participación del Estado en la administración del derecho a salud de los chilenos, sin embargo, existe una valoración negativa respecto a la situación actual del sistema de salud chileno, pudiendo identificar escasos recursos y deficiencias en los recursos humanos involucrados en las diferentes instituciones de salud. La construcción de las diferentes representaciones sociales referidas a la previsión social en salud que se identifican en los discursos de los jóvenes profesionales de la ciudad de Valparaíso responden mayormente a construcciones sociales que experiencias personales, debido a que no existe una relación frecuente con las diferentes instituciones pertenecientes al sistema de salud chileno. Esta situación se refleja en la información precaria que tienen los jóvenes al funcionamiento del sistema de salud, lo que se traduce a la exclusión social de esta población.

En referencia a la precarización laboral, los jóvenes logran identificarla como un problema que los afecta, pero no logran establecer la relación con el acceso a la previsión social en salud, no obstante las condiciones laborales precarias presente en mercado laboral chileno, afectan al acceso de los jóvenes a la seguridad social, esta situación no sólo afecta a los jóvenes de manera individual, sino que también afecta al sistema de salud, debido a que una parte de los ingresos económicos que permiten el funcionamiento del sistema tiene como origen las cotizaciones realizadas por los trabajadores, por lo que afecta fundamentalmente al sistema público de salud ya que se este se rige por principios de solidaridad.

Para finalizar, esta investigación sienta las bases en estudios relacionados con la protección social y los jóvenes, dejando interrogantes para ser respondidas en futuras investigaciones ¿Cómo mejorar los mecanismos de comunicación entre instituciones y jóvenes para el ejercicio de la protección social? ¿Cómo incentivar a los jóvenes a cotizar en el sistema público de salud? ¿Cómo mejorar la relación de las instituciones públicas con la ciudadanía? Es importante poder replicar iniciativas como las del FONASA en la Quinta Región, generar alianzas estratégicas entre los diferentes actores de la sociedad para mejorar el funcionamiento de las instituciones públicas, entendiendo que están inmersas en una comunidad y prestan un servicio a la ciudadanía.

## Bibliografía

Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ciudad de México, México: Coyoacán.

Aguilar, O. (2001). "Apuntes y visiones sobre la crisis del trabajo" Documento 4. PREDES.

Ahumada Pacheco, H. (1972). *Manual de Seguridad Social*. Santiago: Andrés Bello.

Alvarez-Gayou J, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós Educador.

Arellano, J. P. (1985). "Políticas Sociales y Desarrollo 1924-1980". Cieplan.

Arellano, J. P. (1985). *Políticas sociales y Desarrollo: Chile, 1924-1984*. Santiago, Chile: CIEPLAN.

Casen, J. N. (17 de Marzo de 2015). Instituto Nacional de la Juventud. Recuperado el 10 de Septiembre de 2016, de INJUV: <http://www.injuv.gob.cl/portal/noticias/casen-ninis/>

Cea D'Ancona, M. d. (1996). *El análisis de la realidad social: Aproximaciones metodológicas*. En *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social* (pág. 44). Madrid: SINTESIS .

Chuaqui, J. (2016). El concepto de inclusión social. *Revista de Ciencias Sociales*(69), 157-188.

Cruces, G. &. (2010). *La flexibilidad laboral en América Latina: las reformas pasadas y las perspectivas futuras*. CEPAL , Colección Documentos de Proyecto, Santiago.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela- Ruiz, M. (13 de mayo de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Media* , 2(7), 162-167.

ENCLA. (2014). *Encuesta Laboral*. Dirección del Trabajo.

Ernesto, R. (2011). *Políticas de juventud y desarrollo social en América Latina: Base para la construcción de respuestas integradas*. Ciencias Sociales y Humanas . San Salvador : UNESCO.

Fazio, H. (2002). *La política en discusión*. Buenos Aires , Argentina : Manantial.

Filgueira, F. C. (2006). "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina".

Flores, R. (2009). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.

Fundación Sol. (2012). *Minuta de empleo N°25*", Unidad de Estadísticas del Trabajo. Recuperado el Noviembre de 2017, de <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2012/10/Minuta-Empleo- JJA-12-F.pdf>

Garza, E. (2000). "Introducción: El papel del concepto de trabajo en la teoría social del siglo XX". En E. Garza, *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.  
Hernández Sampieri, R., & P, B. L. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW - HILL.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hodson, R. (2004). Work life and social fulfillment: does social affiliation at work reflect a carrot or a stick? *Social Science Quarterly*, 85(2), 221 - 239.

Humeres Magnan, H. (1968). *Apuntes de derecho del trabajo*. Colección de apuntes de clases. Santiago: Jurídica.

Informe del Ministerio de Educación, 2. (21 de Octubre de 2015). *Economía y Negocios Online*. Obtenido de *Economía y Negocios Online*: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=193890>

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, Serge Moscovici (compilador) *Psicología Social II* (págs. 469-493). Barcelona: Paidós.

Kim, D.-O. (2009). Employees' perspective on non-union representation : a comparison with unions. *Economic and Industrial Democracy*, 129-151.

Labra, M. E. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1041-1052.

Larragaña, O. (2010). *El Estado Bienestar en Chile: 1910-2010*. Santiago, Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo .

Martín-Baró, I. (1983). *Acción e Ideología* . San Salvador : Universidad Centroamericana.

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En V. I., *Estrategias de investigación cualitativas* (págs. 65-103). Barcelona: Gedisa.

MIDEPLAN. (2005). *Componentes centrales de un Sistema de Protección Social Sustentable: El Nuevo Escenario Social en Chile* . Gobierno de Chile , De Estudios , Santiago.

Moreno, E., & Vergara, D. (2013). *La Seguridad Social en Chile. Período 1924-1980*. Universidad de Chile, Facultad de Derecho , Santiago.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

Moya, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social* (2), 78-102.

Olmos, C., & Silva, R. (2010). *El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar*. Santiago: Expansiva.

OMS. (1946). *Official Records of the World Health Organization*. Conferencia Sanitaria Internacional (pág. 100). Nueva York : Organización Mundial de la Salud.

Palma González, E. (2004). Historia del Derecho Chileno Contemporáneo (1925-2003) (Vol. 5). Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; Universidad Central.

Parada Lezcano, M. (2013). Metodología Cualitativa De Investigación Científica. En M. Bobenrieth Astete, Como investigar con éxito en ciencias de la salud (pág. 405). España : Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rau, T. (2008). Trabajo a tiempo parcial: Análisis del caso chileno. Santiago, Chile: Departamento de Economía Universidad de Chile.

Saavedra, E. &. (Junio de 2007). La Investigación Cualitativa, una discusión presente. LIBERABIT, 13, 63-69.

Salamanca Castro, A., & Martín-Crespo Blanco, C. (Abril de 2007). EL MUESTREO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Nure Investigación(27).

Sarmientos, J. (1998). Exclusión social y ciudadanía política. Perspectivas de las nuevas democracias latinoamericanas" . Última Década (8), 53-69.

Schkolnik, M., & Bonnefoy, J. (1994). Una propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile. Santiago, Chile: UNICEF.

Tetelboin, C. &. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. Estudios Sociológicos, 2(5), 351-385.

Tironi, M. (2008). Ciudad, cohesión y violencia : la experiencia europea y América Latina. En E. Tironi, Redes, Estado y mercado. Soportes de la cohesión social latinoamericana. Santiago, Chile: Uqbar.

Trebilcock, G. W. (2015). Trabajo y cohesión social en el ámbito urbano : tensiones y desafíos en la sociedad de mercado chilena . Idées d'Amériques. Recuperado el diciembre de 2017, de Journals open edition: <http://journals.openedition.org/ideas/982>

Ulloa, F. (2015). Flexibilidad Laboral en Chile: una aproximación a sus modalidades en condiciones de trabajo y empleo. Universidad de Chile , Ciencias Sociales, Santiago.

Umaña, S. (2002). Las Representaciones Sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Costa Rica: FLACSO.

Valenzuela, E. (2008). Desorganización, solidaridad y movilidad. En E. Valenzuela, Vínculos, creencias e ilusiones. La cohesión social de los latinoamericanos (Vol. Cieplan). Santiago, Chile: Uqbar.

Valles, M. (2003). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid : Síntesis .

Vallesteros, V. (2013). Consecuencias de la Flexibilización Laboral sobre la Estructura Social en Chile 2000- 2009. Universidad de Chile, Ciencias Sociales, Santiago.

Van Dijk, T. (septiembre - octubre de 1999). El análisis crítico del discurso. Anthropos(186), 23-36.

Van Dijk, T. A. (julio-diciembre de 2005). Política, ideología y discurso. QUÓRUM ACADÉMICO, 2, 15 - 47.

Velásquez, M. (2009). Flexibilidad, protección y políticas activas en Chile. En J. Weller, El nuevo escenario laboral latinoamericano. Santiago: Siglo XXI.

Yang, K. &. (2008). Handbook of research methods in public administration. New York, EEUU: M. Dekker.

6174, L. N. (1938). Ley Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=25309>



## Anexos

### Anexo 1

A continuación se detalla la pauta que se utilizará para el desarrollo de las entrevistas, pero como se especificó en el marco metodológico es una pauta flexible, siendo sólo una guía de los temas a tratar:

<b>Temáticas</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Preguntas orientadoras</b>
<b>Salud</b>	<b>Cognitivo</b>	¿Qué es para ti salud?  ¿cómo funciona el sistema de salud en Chile?  ¿Qué es Fonasa? ¿Qué es Isapre?  ¿Tienes información sobre los pasos a seguir al momento de empezar a trabajar para poder acceder a la seguridad social en salud? Conoces el término de carga familiar en salud?
	<b>Afectivos</b>	¿Qué opinión tienes sobre la salud en Chile?  ¿Consideras que existe desigualdad en salud en Chile?  ¿existe discriminación en Chile en los consultorios/ hospitales? ¿Por qué?
	<b>Simbólicos</b>	¿Qué imágenes vienen a tu cabeza si yo te digo salud?  ¿Cómo evalúas la salud en nuestro país?  ¿Qué aspectos mejorarías del sistema de salud chileno?

		<p>¿De quién es la tarea de mejorar la calidad en salud?</p> <p>¿Qué rol tiene el personal de salud (médicos, enfermeras, kinesiólogos, paramédicos) en la calidad de los servicios de salud?</p> <p>¿Estarías dispuesto a cotizar un poco más para poder obtener una mejor salud?</p> <p>¿Estarías dispuesto a pagar más impuestos para mejorar el sistema de salud en Chile? ¿crees en un sistema más solidario en salud?</p> <p>Si la elección sólo dependiera de ti ¿por qué previsión de salud optarías Fonasa o Isapre? ¿Por qué?</p>
<b>Estado</b>	<b>Cognitivo</b>	<p>¿Cuándo tú señalas Estado a qué te refieres?</p> <p>¿Cómo definirías Estado?</p> <p>¿Qué entiendes por seguridad social?</p>
	<b>Afectivos</b>	<p>Cuando los candidatos presidenciales presentan sus programas de gobierno ¿Qué aspectos consideras importantes?</p> <p>¿Consideras que el Estado es importante para el desarrollo social?</p>
	<b>Simbólicos</b>	<p>¿El estado tiene responsabilidad en otorgar salud?</p>

		<p>¿Qué rol tiene la política en el funcionamiento del sistema de salud?</p> <p>¿De qué forma el Estado es importante para el desarrollo social?</p> <p>¿Qué reformas o cambios propondrías en seguridad social (jubilación, cesantía y salud)?</p>
<b>Institucionalidad y derechos fundamentales</b>	<b>Cognitivo</b>	<p>¿Qué son los derechos?</p> <p>¿Quién es el principal responsable de garantizar el respeto al derecho de salud en Chile?</p> <p>¿Cómo evalúas el desempeño en la protección del derecho a salud en Chile?</p>
	<b>Afectivos</b>	<p>¿Cuáles son los derechos que consideras fundamentales?</p> <p>En Chile consideras ¿que estos derechos se respetan? ¿De qué forma podrías mejorar la situación?</p> <p>¿En qué medida en nuestro país se protege el derecho a la salud?</p> <p>¿Cuáles son los derechos menos protegidos o más vulnerados en nuestro país?</p> <p>¿Qué instituciones vulneran el derecho a la salud en Chile?</p>

	<b>Simbólicos</b>	<p>Cuando escuchas el término derechos fundamentales ¿Qué ideas se te vienen a la mente?</p> <p>¿consideras que tu derecho a salud ha sido pasado a llevar o vulnerado alguna vez? ¿De qué forma?</p> <p>¿existen grupos a quienes no se le respeta el derecho a salud? ¿a quienes y por qué?</p> <p>¿Qué piensas sobre el derecho a votar? ¿tú lo haces?</p> <p>Si yo te digo privado/público qué imágenes se configuran en tu cabeza? Cómo evalúas el desempeño de lo público/privado a modo general?</p>
--	-------------------	---

## Anexo 2

### Consentimiento Informado

**Investigadora:** Mónica Muñoz Parada

**Institución:** Carrera de Sociología – Universidad de Valparaíso

**Profesor guía:** Jorge Chuaqui Kettlun

**Nombre de la investigación:** Representaciones Sociales de los jóvenes en torno a la seguridad social en salud.

Mónica Muñoz Parada estudiante tesista de la carrera de Sociología perteneciente a la Facultad de Humanidades de la Universidad de Valparaíso lo invita a participar en la presente investigación que busca analizar las representaciones sociales sobre la seguridad social en salud: Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en jóvenes entre 24 a 29 años de la ciudad de Valparaíso.

Su colaboración en este estudio es de gran importancia para el mejoramiento continuo de las políticas públicas en salud. Su participación debe ser libre y voluntaria.

#### ¿De qué se trata este estudio?

Esta investigación, como su nombre lo señala, pretende indagar sobre las representaciones sociales de los jóvenes en torno a la seguridad social, es decir, qué piensan los jóvenes con respecto a esta temática.

#### ¿Cuál es el aporte de este estudio?

El desarrollo de este estudio permitirá documentar la relación entre los jóvenes y la institucionalidad encargada de los derechos sociales específicamente la seguridad social en salud, desde lo que representa (simbólico) para cada uno de ellos.

#### ¿Existen beneficios al participar de este estudio?

La participación en este estudio no reporta beneficio personal alguno y las entrevistas no son pagadas.

#### ¿Qué tengo que hacer para participar?

Si Usted desea colaborar en este estudio debe contestar algunas preguntas que se le realizarán. La conversación será grabada para poder tener el registro fiel. Una vez respondidas estas preguntas usted puede hacer comentarios si lo desea. La entrevista tiene una duración de máximo 45 minutos y usted puede acordar con el entrevistador el lugar de la ciudad de Valparaíso que más le acomode para realizarla. Si por alguna razón usted quiere o no puede terminar la entrevista puede hacerlo.

#### ¿Qué pasa con los datos personales y la información que entrego?

Sus respuestas serán conocidas **solo** por la investigadora del estudio y serán tratados de forma anónima, es decir, sin que los resultados se asocien a su nombre.

#### ¿A quién llamo si tengo preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio puede contactarse con la investigadora Mónica Muñoz Parada al teléfono 9 -92269480 de lunes a viernes entre las 10:00 hrs. y las 18:00 hrs. o vía correo electrónico [monica.mp2392@gmail.com](mailto:monica.mp2392@gmail.com). Así como también puede contactar al profesor a cargo de la investigación al correo [jorge.chuaqui@gmail.com](mailto:jorge.chuaqui@gmail.com).

**Declaración:**

He leído (o alguien me ha leído) la información de este consentimiento, y **acepto voluntariamente** participar de este estudio.

Nombre completo del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_