



Los Imaginarios Sociales de la Reforma de la Salud en Chile (1990-2003)

Karin Quiero Flory
Programa de Magíster en Psicología. Universidad de Concepción
karinquiero@yahoo.com

Resumen

La presente investigación transdisciplinaria, tiene como objetivo descubrir cuáles son los imaginarios sociales de la Reforma de la Salud en Chile, desde la mirada de tres sectores (Estado, Colegio Médico y Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud), en una trayectoria espacio-temporal de 13 años y su relación con la construcción de la realidad social en ese ámbito. Se utilizó metodología cualitativa, y el software ATLAS.ti 4.2 para el análisis crítico del discurso. Los resultados indican que se logra visualizar la dimensión simbólica de máximo consenso para los tres sectores o imaginario social institucionalizado y la dimensión simbólica de máximo disenso para los tres sectores o imaginarios permanentes no compartidos. Se describen conclusiones en términos teórico-metodológico-aplicados.

Palabras claves: imaginarios sociales, ideología, salud

Abstract

The present investigation tries to discover which is the social imaginary of the Health Reformation in Chile, from the perspective of three sectors (State, Medical Association and National Federation of University Professionals of the Health Services), in a 13 year-old space-temporary trajectory and its relationship with the construction of the social reality in that environment. Qualitative methodology and the software ATLAS.ti 4.2 was used for the speech critical analysis. The results indicate that it is possible to visualize the symbolic dimension of maximum consent for the three sectors or institutionalized social imaginary and the symbolic dimension of maximum disagreement for the three sectors or not shared permanent imaginary. Conclusions are described in theoretical, methodological and applied terms.

Key words: social imaginary, ideology, health

Introducción

La presente investigación se enmarca en un área disciplinaria frontera entre la psicología social cognitiva y la sociología del conocimiento; tiene como objetivo describir y analizar cuál es el Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud y cuáles son los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos en el ideario de la Reforma de la Salud, en los subsistemas sector ESTADO y sectores corporativos COLEGIO MÉDICO y Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS), en Chile, entre 1990-2003. El tema es de relevancia ya que a la fecha variados aspectos de la Reforma de la Salud se ven dificultados en el avance a raíz de la complejidad de los antecedentes involucrados y la multiplicidad de actores e intereses implicados, rescatándose como necesario el supuesto acerca de que a la base de los desentendimientos operativos entre sectores, circulan algunos esquemas socio-imaginarios no compatibles. En general el estudio de los imaginarios sociales plantea el lograr discernir cuáles son y cómo se despliegan los elementos, que dan origen a la construcción de significaciones socialmente compartidas, y que se traducen en discurso y praxis relacional humana. Además interesa revelar cómo estas formas de relación llegan a institucionalizarse, a visibilizarse, a

construir realidades y legitimaciones del orden social reinante e inclusive a tornarse metaconcientes en su operar.

Las restricciones que presenta el objetivismo en el entendimiento de los fenómenos sociales complejos, como reacción al desvanecimiento de la sustentación intelectual de constructos como las representaciones sociales (Baeza 2003; Moscovici 1993; Pérez-Agote 1989), y algunos espacios de la psicología y de la sociología profunda, aceptan el intento de reivindicación de lo imaginario, como plausibilidad de comprensión sistémica de las realidades psicosociales instituidas como tales.

Señala J. L. Pintos (2000) que no se dispone de una entidad etológica, filosófica, política, social, ni siquiera económica, que defina como única la realidad del entendimiento de los fenómenos psicosociales y su legitimación como tales, ni que tampoco dé un respaldo inteligible ni existencial a esa realidad como global y única, y que logre anexamente producir y definir en esa lógica el sentido necesario que demandan las diferentes realidades producidas. Se asiste entonces a un entramado de la sociedad de características policontexturales, en donde la pugna de poder, el establecimiento de un orden y por lo tanto de sentido, se disputa entre distintos sectores.

Los imaginarios sociales, por su parte, aluden a la racionalidad alternativa del conocimiento espontáneo, naturalizado como tal y compartido; una especie de inconsciente colectivo dado e incuestionable, resultando difícil pesquisar su origen o fuente a través de la horma de la metódica objetivista, de causa-efecto-consecuencia (Pintos 2000).

Uno de los precursores de la reivindicación de lo imaginario y su trascendencia social como objeto de estudio es Castoriadis (1975); su trabajo de orientación más teórica que aplicada, plantea que la realidad social no puede ser conceptualizada de forma objetiva, como un dato natural con una existencia preexistente, y que por el contrario, lo real es siempre el resultado de una determinada construcción social desde la cual esta realidad adquiere una peculiar significación para los sujetos, exponiendo a continuación como pregunta a responder: ¿por qué lo real es asumido como tal por los integrantes de una sociedad? Castoriadis (1998) defiende la cualidad radical de lo imaginario, y refiere que la particularidad central de la psique humana subjetiva es poseer la capacidad fundacional de crear un flujo creativo y transformacional constante de representaciones, deseos y afectos desde la nada, la cual es interrumpida debido a las demandas de la socialización. Castoriadis muestra que el concepto de lo imaginario contradice los esfuerzos dominantes dentro de la tradición intelectual occidental, articulados en torno a una ontología de la determinación, la cual falla consistentemente en el reconocimiento de la naturaleza de la sociedad y la historia en su esencia, promoviendo la visión de que *ser, es ser determinado*. Luego, desde el enfoque de la determinación, el origen y desarrollo de los mundos socio históricos es visto como el despliegue de una lógica inmanente o norma de gobierno del universo y de los esfuerzos humanos dentro de él. Castoriadis entonces expone una primera idea a considerar: *la ontología de la creación*, en donde explica la extinción del sujeto como sujeto determinado, rescatándose la riqueza de la subjetividad creativa y el reestablecimiento de la misma.

Castoriadis (1975), al defender su *ontología de la creación*, hace notar que la capacidad transformadora de un imaginario es una capacidad que se sustenta en el lenguaje y que cada sociedad deriva su unidad e identidad mediante la representación de sí misma en símbolos, mitos y leyendas a través del lenguaje, medio por el cual esas significaciones sociales imaginarias llegan a manifestarse y a hacer su trabajo constitutivo. Sin embargo, este lenguaje aludido es inclinado a generar significaciones excedentes, es inventivo y con carácter desobediente. Luego, la creación de un nuevo significado en el lenguaje expuesto a través de la metáfora puede servir como un modelo interpretativo para el entendimiento de cómo las significaciones imaginarias sociales surgen y rompen los códigos de la existencia social hacia la

revelación de un nuevo horizonte de significado, un nuevo orden de cosas y un nuevo mundo (Parameshwar Gaonkar 2002).

Una segunda consideración que defiende Castoriadis es la idea de que la *sociedad es auto creada*, una empresa autoinstituida a través de los dispositivos de la subjetividad del imaginario social de los sujetos (Parameshwar Gaonkar 2002). En este sentido, se subraya entonces la idea de que el imaginario social es un magma constitutivo de significados, la estructura matriz cuya ausencia podría marcar el caos y que además exhibe la cualidad de sistema vacante, potencialmente utilizable (por la ideología previa) y presente en el espacio simbólico humano, que al acoplarse a la corriente de pensamiento vigente, que pretende aprovecharlo, logra su condición de social, compartido e institucionalizado. Luego toda institucionalidad tendría un sustento original imaginario subjetivo co-construido y compartido, desde el cual, a través de un proceso de manipulación, se crearía o instalaría la necesidad, el cómo satisfacerla, descartarla o transformarla, dado el carácter nunca preexistente de la misma (Baeza 2003; Berger & Luckmann 1991; Carretero 2001).

Una tercera premisa que desarrolla Castoriadis (1975) indica que en las sociedades autónomas, el imaginario social puede ser hermenéuticamente reapropiado y que por el contrario en las sociedades heterónomas, las leyes, normas, valores, mitos y significados son posicionados como dados de una vez para todos y su status de irrefutable es derivado de una fuente de acción trascendente o extrasocial. Luego el logro de un nivel de autonomía societal requiere de la capacidad colectiva de cuestionamiento de la legitimidad del orden institucional y de las significaciones socio imaginarias enquistadas en él y señala por el contrario que la alienación o heteronomía social surge a partir del ocultamiento-invisibilización y desconocimiento por parte de la sociedad del origen autoinstituyente histórico temporal de su realidad.

Respecto del presente trabajo relativo a los fenómenos de institucionalización y no institucionalización de los imaginarios sociales en el espacio de la salud público-privada, y siguiendo la tesis de la heteronomía, se plantea que si se quiere fracturar la incapacidad de autocrítica y de autorreflexión de las instituciones de la salud público-privada chilena, es estimable intentar preguntas en torno a ¿cuáles serían las significaciones imaginarias en el ámbito de la institucionalidad de la salud público-privada que permanecen y sustentan una alienación autoexplicativa atemporal?

El tema de los imaginarios sociales es nutrido igualmente por los aportes de Maffesoli (1988), quien plantea una mirada intencionadamente ensayística al tema, en un intento de trascender la lógica de los discursos de las ciencias sociales tradicionales.

En su pensamiento, recupera la dimensión humana de lo social a través de la observación de lo microsocioal y asume como objeto de estudio la relación entre la cotidianidad microsocioal y lo imaginario. Se pretende entender lo social desde el conocimiento cercano, vivencial, ordinario, desde lo minusvalorado, que impregna el día a día, indicándose que es el *espacio de la visión quimérica compartida, es decir del mito* lo que permite el dinamismo de la vida social. Asimismo se arguye que la ideología, es un elemento consubstancial a la vida colectiva, avicinada en el plano vivencial en el cual revela su verdadera funcionalidad.

Maffesoli (1988), entonces, acerca su interés al entendimiento de nuevas formas flotantes de organización de la vida social, de la cultura y de la sociabilidad, en las sociedades occidentales, que dan cuenta del desmoronamiento de la lógica de la racionalidad productivista y de la identidad del sujeto como configuración única, utilitarista y estática, recuperando entonces para la comprensión de la experiencia social, el espacio de lo simbólico y de lo imaginario, que el racionalismo moderno excluye. Plantea una *concepción estructural pluralista del yo*, alentada por el fracaso de la sustentación de un proyecto de existencia de identidad estable, funcional, puramente racional e instrumentalizada, en la lógica del

objetivismo. Esta diversidad del yo, entendida como huida de lo institucionalizado y rebelión ante los poderes establecidos, se posibilita a través del proceso de *nomadismo existencial*, expresado en la adjudicación temporal de distintas facetas profesionales, afectivas, psicológicas, ideológicas, etc. Fórmula que encuentra su correlato social en la manifestación a su vez de un *neotribalismo* o modo de ser fragmentado de lo social, en donde las *múltiples modernidades* coexisten en un marco de articulación y predominio de las relaciones empáticas. Esta *proxemia* indica que la vida social localista y tribal se organiza relacionamente en la dupla territorio-mito, espacio-microhistoria, formismo-socialidad, en donde el componente de receptáculo se hace necesario, para la acogida de los elementos vivenciales-experienciales y de adhesión afectiva cotidiana, compartida, común desindividualizante, que finalmente se traducen en sentido. Es en las coordenadas de la participación comunitaria y la mística, donde los individuos que integran un grupo alcanzan su reconocimiento, pertenencia e identificación común, que da soporte al entramado comunitario, de maneras paralelas y compatibles, permitiendo la vitalización y el dinamismo macrosocial desde lo microsocio, en una variedad hacedora de sentidos abundante (Fukuyama 1999; Maffesoli 1988; Maffesoli 1997).

Es entonces en este binomio corporalidad-espiritual, o principio organizador materia-mito, donde la *encarnación de lo simbólico* moviliza y fusiona las conciencias individuales, dando cuenta de la *eficacia social* de la imagen, dado que siendo el mito el que otorga sentido, el que genera los sentimientos de comunidad compartidos, posibilita entonces una doble actividad paradójica con componentes de conservación y de transgresión; por una parte la provocación del *dominio social legitimado* y por otra la *transformación social*, que habilita un camino a la utopía, en razón del componente de vitalización y dinamismo facilitador de la emergencia de organizaciones sociales alternativas y tribus diversas, que van a constituirse precisamente en torno a territorios (efectivos o simbólicos) y a mitos comunes (Maffesoli 1997).

Sobre estos antecedentes es posible suponer que en el sistema de la salud público-privado, igualmente se presentan fenómenos de neotribalismo, que se traducen en nuevas y variadas formas de organización sectorial alrededor de micro-mitos comunes de sentido; heterogeneidad que impacta el lugar de lo compartido y consensuado concluyente, y por lo tanto de lo institucionalizado visible.

J. L. Pintos (2000), filósofo y sociólogo español, desde el paradigma constructivista sistémico, retoma la tarea de la reconstrucción tanto teórica como empírica en torno al concepto de los imaginarios sociales, al proponer una metodología de estudio de los mismos y desarrollar algunas investigaciones. Considera los imaginarios sociales como las redes de ideas, imágenes, sentimientos, carencias y proyectos que están disponibles entre los sujetos, en un ámbito cultural determinado, y que se constituyen en una matriz de conexiones consensuadas, es decir, en el imaginario que otorga sentido, construye orden, praxis y realidad social (Pintos 1994; 1995; 2000). En síntesis, los imaginarios sociales se encuentran constituidos por conjuntos de esquemas de representación de las cosas, ideas y procesos y cuya *función* primaria consiste en la producción y distribución generalizada de instrumentos de percepción de la realidad social erigida como ciertamente evidente, es decir, institucionalizada en un perímetro de tiempo-espacio determinado.

Sin embargo, esta afirmación requiere de precisión, pues también aparece como legítimo el interrogar desde las antípodas e inquirir si es qué y cómo se ha vinculado el orden social a determinados imaginarios sociales. Entonces, un punto importante de reflexión lo constituye el hecho de que la construcción de sentido, es decir, lo significativo de un esquema simbólico colectivo, adoptado y además visibilizado, puede originarse ya no precisamente desde la iniciativa de un conjunto de subjetividades compartidas en un espacio-tiempo, sino también desde una plataforma coactiva, dominante, pero legitimada como espontáneamente real y válida, por medio de la institucionalización objetivada (Durkheim 1987; Pintos 1995). El imaginario social entonces no tiene una especificidad objetiva, debido a la característica intrínseca de comportamiento dinámico que posee y que no permite anticipar con certeza el o los tipo/s de

ideología/s susceptibles de acoplarse al mismo, para construir orden social y sentido. Es decir, el imaginario social vendría a constituir una especie de silla vacía, disponible al acoplamiento con la ideología presente en el colectivo en un momento dado, o al acoplamiento con la ideología impuesta como natural desde el espacio de la dominación (Pintos 1995).

La orientación general de J. L. Pintos es indagar acerca de tres preguntas emblemáticas: ¿cuáles son los mecanismos mediante los que se construye la realidad social como tal?, ¿cómo hacer visible la invisibilidad social? y frente al orden establecido ¿se podría pensar en un orden alternativo?, proponiendo el estudio de los mecanismos por los que un determinado orden social llega a ser considerado por la gente como algo natural-real-dado y cómo, consiguientemente, se establece la dominación social como coacción legítima, hegemónica y aceptada. Para su propósito Pintos (1995) configura un modelo explicativo en superación, denominado *Modelo de Construcción Bifocal de la Realidad Social o Modelo Elíptico*, que explica cómo un imaginario social llega institucionalizarse y por lo tanto a visibilizarse y a constituir realidad. En este modelo los fenómenos sociales son entendidos como situaciones con trayectoria espacio-temporal continua, señalándose que *no concebimos que los fenómenos sociales se ubiquen en momentos temporales discontinuos, que se determinen cual objetos cuya existencia como "cosa" aparece o desaparece puntualmente, sino que lo que convierte determinados fenómenos de la experiencia en sociales es precisamente su permanencia, su duración* (Pintos 1995:15), a diferencia de la concepción de situación, en la posición dominante que intenta imponer el tratamiento manipulador y reduccionista del dato, en una única y simplificadora lectura de los hechos, fuera de toda crítica reflexiva y de análisis de la complejidad contextualizada, produciendo un efecto de realidad antojadiza, y dejando al sujeto a merced de una hegemonía discursiva perversa.

La metódica propuesta establece enfáticamente entonces que la realidad se construye a través de la diferencia y señala que la base de su capacidad de representación es siempre dual y consiste en comenzar definiendo, en cada problema propuesto a la investigación, cual es la diferencia sobre la que se construye, como realidad social correspondiente, es decir cuáles son los campos semánticos o de significado organizados como diferentes. Se debe entonces considerar que observar es, siempre, generar una diferencia con la ayuda de una distinción, que deja fuera de ella lo no distinguible (Maturana y Varela 1992; Maturana 2002), siendo las distinciones o códigos generales utilizados por Pintos (1995), los de *relevancia/opacidad, visibilidad/invisibilidad, ya sí institución/todavía no institución* (de un imaginario); luego la realidad de la sociedad sólo es posible de concebir a través de esa diferenciación de sistema y entorno y de las variaciones funcionales de la misma. Lo que es lo mismo que decir que los imaginarios sociales construyen las realidades sociales a través de las percepciones diferenciales, que los individuos asumen en el entorno de la sociedad como reales. Como en cualquier estudio de los fenómenos sociales, se consideran la existencia de dos referentes básicos, la dimensión del tiempo y la dimensión del espacio de los sistemas a investigar. Entonces, la ordenación de la significación de los distintos elementos significantes se realiza en dichas coordenadas para representar la duración del imaginario y el grado de institucionalización en el espacio que demuestra, a fin de caracterizarlo como una entidad visible o invisible socialmente.

Las interrogantes de investigación fluyen entonces desde ¿cómo se han construido los imaginarios sociales acerca de la salud en Chile, en los últimos veinte años?, ¿cómo se han construido los imaginarios sociales acerca de la Reforma de la Salud en Chile?, ¿es posible reconocer situaciones de coacción social sectoriales para asentar determinadas representaciones acerca de la salud en otro sector?, etc.

En el ámbito latinoamericano y local se reconocen los aportes, tanto conceptuales como de investigación, del antropólogo y sociólogo M. A. Baeza en relación a los procesos de pre-génesis, configuración, transfiguración y evolución de los imaginarios sociales. Resalta que los imaginarios sociales corresponden a *composiciones ya socializadas en el tramado mismo de las relaciones sociales, con el propósito de dar*

inteligibilidad al cosmos, al mundo y a la sociedad, al mundo y la naturaleza, a la vida desde sus orígenes y a la muerte (Baeza 2000:33). Su trabajo acerca de los imaginarios religiosos populares y el avance explicativo acerca de cómo influye lo socio imaginario en los espacios micro sociológicos de la cotidianidad chilena, aportan sustento empírico a sus teorizaciones (Baeza op. cit). Indica además que la noción de imaginario social está lejos de la idea de arquetipos fundantes y permanentes estáticos, pues señala que los imaginarios sociales aparecen con condicionantes históricas y culturales dinámicas con cierto nivel de plasticidad. Es decir por una parte señala que *los imaginarios sociales, son conexión asociativa por semejanza de sentido con figuras arquetípicas del inconsciente colectivo y que le sirven de inspiración, todo lo cual permite, por un lado, situar referencias de la experiencia humana remota para enfrentar situaciones inéditas y, por otro, facilitar la transformación de los productos individuales de la imaginación en productos de un imaginario colectivo o social* (Baeza 2003:39) y complementariamente indica a su vez que *los imaginarios sociales en tanto que gramáticas surgidas de una significancia práctica socialmente compartida, en tanto que esquemas instituyentes en distintos ámbitos, en situación de dominantes o de dominados, no escapan a los diferentes condicionamientos espacio temporales (y también de contingencia), en donde surgen. Dotados de historicidad al igual que toda "obra humana", los imaginarios sociales no pueden sino reconocer, en definitiva, sus propios contextos de elaboración, y de los cuales son parcial o totalmente tributarios* (Baeza 2003:36). El autor destaca, sin embargo, el carácter de potencial flexible y transformacional del imaginario, aún dentro de un marco de condicionantes experienciales e históricas desarrolladas.

Respecto de la pregunta acerca de cómo determinadas formas imaginarias se transforman en formas sociales, señala que la génesis de un imaginario se da como el resultado de dos procesos complementarios, el de *fusión* y el de *fisión*. Por una parte la *fase de fusión*, describe la conexión entre la praxis fenomenológica y los planos recónditos del inconsciente colectivo, sitio de los modelos arquetípicos-míticos originarios, jungnianos (Jung 1992 citado en Baeza 2003), que parecen organizar la imaginación. Es decir, el imaginario en un primer momento es recogido en forma de imágenes, por semejanza de sentido, por fusión de sentido y/o similitud interna pues la actividad del sujeto tiende a inspirarse y a refugiarse en referentes arcaicos compartidos-comunes de sentido, en el intento por responder a cada situación enigmática de la existencia. Por otra parte, cuando los imaginarios se transforman en cuerpos objetivos institucionalizados ocurre el *proceso de fisión de sentido* (Sánchez-Capdequí 1999 citado en Baeza 2003). En razón de este planteamiento teórico, lo anímico-psíquico-imaginario del colectivo logra desarrollarse a través de la ley de la descarga, que permite la externalización-materializada y sólo entonces, la presentación simbólica del sentido social encarnado (Sánchez-Capdequí 1999 citado en Baeza 2003).

Uno de los argumentos más interesantes del autor es el reconocimiento de que *los imaginarios sociales son ambivalentes con respecto a la sociedad: son y no son funcionales a ella, por el hecho de no contar jamás previamente con una "eficacia política" o decisional propia. No obstante, cuando un factor externo (por ejemplo, la ideología), les brinda dicha eficacia los imaginarios sociales pueden no solamente ser funcionales con respecto a la satisfacción de "necesidades" ya existentes, sino también generar ideacionalmente "necesidades", como nuevas construcciones sociales* (Baeza 2003:31). La no especificidad antecedente del imaginario social, señala que el imaginario social vendría a configurarse en un espacio vacante, susceptible de articularse a la ideología favorable. Por otra parte, los imaginarios sociales al ser entidades articulables, pueden tener roles simultáneamente ambivalentes, pues pueden enlazarse paralelamente a ideologías distintas, incluso opuestas y funcionar.

Adicionalmente Baeza (2003), rescatando elementos de la sociología fenomenológica, de la filosofía, y de la antropología, plantea un modelo de análisis bipolar de los imaginarios sociales.

El modelo parte del supuesto de que cada vez que se requiere de la construcción de una respuesta a un fenómeno, previamente surge un *enigma* y que esta construcción de soluciones es una actividad de la imaginación, la cual se organiza en torno a dos opciones elementales opuestas o de parejas en oposición. Por una parte, la construcción de respuesta se apoya en una opción principal llamada *valor central de respuesta (+)*, elemento primordial de organización del imaginario y por otra parte en una opción simultáneamente excluyente y opuesta de respuesta, llamada *no valor para respuesta (-)*, situadas en un contexto de espacio-tiempo socio histórico y cultural.

El enigma, acerca de qué decisión tomar, por cuál opción optar, debe lograr su respuesta, significado y sentido desde los campos semánticos que se encuentran en los discursos explorados. Es decir, a través de la superposición de los elementos *valor de respuesta central (+) vs. no valor para respuesta (-)* se permite dar cuenta de la globalidad de sentido.

Este modelo logra arrojar la reconstrucción de los imaginarios centrales y periféricos para cada objeto de estudio indagado.

Luego, tanto para el pensamiento de Castoriadis (1998), de Pintos (2000) y Baeza (2003), es importante entender la sociedad ya no desde las instituciones objetivables, sino desde las ciencias sociales profundas, desde la sociología profunda, es decir, desde la subjetividad más insondable del ser, que origina dichas instituciones, sustenta sus funciones y la modalidad de satisfacción de las necesidades a partir de ellas.

Los Antecedentes y Contexto de la Reforma de la Salud en Chile

El fenómeno de la Reforma de la Salud se enmarca dentro del contexto de derechos ratificados por Chile tanto en el plano internacional como nacional (Organización de las Naciones Unidas [ONU] 1948; 1966; 1979; 1989; Constitución Política de la República de Chile 1998), donde se reconoce a la salud como un derecho fundamental-social, universal y exigible y ya no como un derecho de libre elección, sujeto a la voluntad individual (Arrau 2002). Junto con ello las variables como el nivel de desarrollo económico y los avances tecnológico-médicos impactan los indicadores de salud en Chile, constatándose a la fecha importantes cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos de la población, lo cual repercute en el sistema de salud actual, no diseñado de manera óptima para responder a tales características (Albala, Vio, Kain & Uauy 2001; Cahmi, & Bejide 2004; Feres 2001; Instituto Nacional de Estadísticas [INE] 2000; 2004; World Health Organization [WHO] 2000; 2004).

Los objetivos generales de la Reforma de la Salud en Chile, se concentran en otorgar garantías a los derechos de salud de las personas, en mejorar los niveles de equidad en el acceso (Aguilera, Child, González, Guerrero & Georgi 2000) y en el financiamiento, en aumentar la eficacia y eficiencia de la gestión del sistema de salud (Crispi 2004) y en la creación de una cultura de participación social en donde la rendición de cuentas públicas de la gestión de los recursos globales del sistema, sea una práctica habitual (Celedón & Orellana 2003; Escobar, Fernández, Monsalves, Ochsenius & Valdés 2003; Red de Centros de Estudios de Salud [REDCESAL] 2002; Rodríguez & Tokman 2000), a fin de dar cumplimiento a los objetivos sanitarios definidos para el periodo 2000-2006 (Ministerio de Salud, [MINSAL] 2002; Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2000). La priorización se focaliza en el nivel primario de atención, fortaleciendo los equipos de salud familiar y comunitaria (OPS 2000). Para impulsar estos cambios el gobierno a partir del 2001 presenta a tramitación legislativa cinco proyectos de ley que constituyen la Reforma de la Salud, de los cuales a la fecha dos son leyes y tres permanecen en etapa de discusión en el parlamento (Cámara de Diputados 2002. *Establece el financiamiento del gasto fiscal representado por el plan AUGE y Chile solidario*; Cámara de Diputados, 2002. *Sobre los derechos y deberes de las personas en materia de salud*; Congreso Nacional, 2004. *Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud*; Congreso Nacional, 2004. *Ley 19.937. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la*

finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana; Senado, 2004. Modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud provisional). Dentro de estos instrumentos legales, el que ha generado mayor controversia dentro de todos los sectores, es el que corresponde a la ley 19.966 conocido como plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), debido fundamentalmente a la cobertura de patologías y prestaciones asociadas que demarca, a los sistemas de financiamiento y a los mecanismos de exigibilidad de los derechos que plantea. Este proceso con características de implementación parcial y progresiva, no encuentra consenso, a la fecha, ni entre las fracciones políticas del país ni entre los subsectores directamente involucrados (González 2002).

Se plantea entonces que la complejidad de los antecedentes y de las transformaciones que involucra la Reforma de la Salud, indica el carácter de proceso inconcluso de la misma, situación que posibilita con mayor intensidad la emergencia discursiva convergente o antagónica de múltiples actores-sectores y que en función de una empresa no concretada, no institucionalizada, no visibilizada, intenta posicionar elementos ideológicos de interés particular a través de múltiples discursos, sustentados en imaginarios de amplia y/o acotada influencia, operando en la construcción de la realidad social de la salud, en la sociedad. En la actualidad se identifica la existencia de un período de crisis y transición en el sistema de salud, en el cual cohabitan una heterogeneidad de esquemas innovadores y pretéritos, múltiples creencias, expectativas y universos valóricos sectoriales respecto del tema de la salud, en conjunción y/o en pugna manifiesta o invisible. Además la proporción de estudios que ligan el argumento de los imaginarios sociales y temáticas asociadas a la salud en Chile, es demostrativamente escasa, destacándose algunos esfuerzos locales de investigación (Echevarría, González, Sánchez & Toro 2002).

A partir de la totalidad de lo anteriormente descrito, surge entonces como problema de investigación *cuáles son y cómo se relacionan los Imaginarios Sociales acerca de la Reforma de la Salud, de algunos subsectores protagónicos en Chile y como pregunta de investigación ¿cuáles son los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos en el ideario de la Reforma de la Salud, en los subsistemas sector ESTADO y sectores corporativos COLEGIO MÉDICO y FENPRUSS, en Chile entre 1990-2003?*

Método

La metodología seleccionada fue de tipo cualitativa e incluyó la selección y análisis hermenéutico de documentos escogidos representativos de tres sectores, a fin de identificar los diferentes imaginarios sociales.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística, dirigida y disponible e incluyó un conjunto de treinta textos electrónicos de los sectores involucrados que abarcaron el periodo 1990-2003 y fueron escogidos para cumplir con el criterio de máxima diversificación y pluralidad dentro de los sectores, a fin de alcanzar el punto de saturación y la suficiencia de disponibilidad de los elementos representativos de los imaginarios sociales. Los documentos del sector ESTADO, fueron diez, e incluían *Documentos del Ministerio de Salud y Leyes de la República*; los documentos del sector COLEGIO MÉDICO fueron diez, e incluían *Declaraciones Públicas y Documentos de Trabajo* y los documentos del sector FENPRUSS fueron diez, e incluían *Declaraciones Públicas, Documentos de Trabajo y Acuerdos de Negociación*. En total fueron analizadas 852 páginas.

Los documentos incluían contenidos, acerca de la “Reforma de la Salud”, acerca de los subtemas “Accesibilidad”, “Financiamiento”, “Gestión” y/o “Relación Público-Privada” y sus equivalentes

sinónimos. Los documentos de análisis fueron rescatados, transversalmente, durante el 2003 y hacían alusión a fechas de redacción-emisión entre los años 1990-2003.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el software ATLAS.ti 4.2 para análisis crítico del discurso y el soporte interpretativo del investigador (Baeza 2002). El software ATLAS.ti 4.2 fue desarrollado en el marco de un proyecto interdisciplinario iniciado en el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica de Berlín, liderada por el Dr. Heiner Legewie entre 1989 y 1992, para alentar estudios de tipo cualitativo en el área de salud pública. En 1993 fue desarrollada la versión comercial del prototipo y en 1994 fue creada la versión para el ambiente Windows. Se trata de una herramienta que permite realizar análisis cualitativo de datos de amplia extensión, tipo textos, gráficos, datos de audio y video (Legewie 1992).

Adicionalmente se construyó un diagrama matriz relacional de clasificación y caracterización de los imaginarios sectoriales. Este instrumento permitió identificar los imaginarios sectoriales en distintas características y niveles, como institucionalizados, permanentes, no permanentes, compartidos y no compartidos, para tres sectores y aportó a la construcción de un modelo de análisis semántico multicomparativo a diferencia de los modelos de diferencial semántico o bipolares.

Procedimiento

Luego de la selección de treinta documentos, éstos se codificaron (con nombre, número y rango de tiempo de pertenencia), como treinta archivos separados y luego se subdividieron según su origen, en tres subconjuntos de diez archivos, es decir un subconjunto por cada sector de estudio (ESTADO; COLEGIO MÉDICO y FENPRUSS). Cada subconjunto de diez archivos, fue tratado por el software como un solo texto continuo, en formato txt. Así se obtuvo tres textos primarios o documentos primarios o unidades hermenéuticas cada una de las cuales representaba la unidad de análisis básica de la investigación. Cada unidad hermenéutica fue procesada en términos de la extracción de citas en bruto que representarían los cuatro criterios de búsqueda y sus equivalentes sinónimos (“Accesibilidad”, “Financiamiento”, “Gestión” y/o “Relación Público-Privada”) para los tres sectores, obteniéndose un total de 12 conjuntos agrupados de citas en bruto o datos, los cuales se volvieron a codificar (por sector, rango de tiempo, etc). Luego cada cita en bruto fue interpretada hermenéuticamente a partir de las características semánticas que alojaba, transformándose en cita procesada o imaginario elemental. Posteriormente por cada unidad hermenéutica, es decir por cada sector (ESTADO, COLEGIO MÉDICO y FENPRUSS), se reagruparon las citas procesadas en cuatro redes por criterio de búsqueda, obteniéndose un total de 12 redes de citas procesadas. En este nivel se observó por separado cada una de las 12 redes semánticas obtenidas y se descubrieron las características semánticas centrales permanentes, al interior de cada una de las redes semánticas, a través de un ejercicio de búsqueda de la “similitud”-“homologación” de las citas procesadas (imaginarios elementales), considerando el intervalo de tiempo histórico al que pertenecía cada cita procesada, a fin de detectar contenidos semánticos catalogados como compartidos, transtemporales o permanentes en el tiempo, siempre que hubiese semejanza en las características semánticas centrales, entre ellas, idealmente en los tres o a lo menos en los dos últimos rangos de tiempo. Si las citas procesadas o imaginarios elementales de cada red semántica eran distintos en las características semánticas centrales, entre ellos, tanto en los tres o a lo menos en los dos últimos rangos de tiempo, se los consideraba como imaginarios elementales no compartidos y no permanentes en el tiempo, pasando a la categoría de imaginarios elementales temporales, que desaparecían en el transcurso del análisis, debido a su irrelevancia para la presente investigación.

Reconstrucción de los tres imaginarios sectoriales. Luego cada imaginario sectorial se obtuvo como resultado la incorporación-sumatoria de las características semánticas centrales compartidas y

permanentes de las cuatro redes o familias semánticas de ese sector. Posteriormente se llevó a cabo un proceso de comparación entre los tres imaginarios sectoriales para determinar aproximaciones o diferencias discursivas intersector que permanecían a lo largo del tiempo. Como consecuencia de la intersección entre los tres imaginarios sectoriales se desarrolló un proceso que arrojó inmediatamente periferias de relevancia. Se obtuvo simultáneamente la visibilización de los *Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos*, espacio que representó la dimensión simbólica de máxima distancia y lejanía discursiva entre los tres sectores y paralelamente se obtuvo el *Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud*, espacio que representó la dimensión simbólica de máxima aproximación, concordancia y consenso discursivo entre los tres sectores.

Variables del Estudio

El Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud

Definición operativa: El *Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud* está constituido por una argumentación, con atributos cualitativos que aparecen de manera directa o indirecta como permanentes y transtemporales, es decir que permanecen presentes y compartidos entre los tres núcleos de los imaginarios sectoriales, en a lo menos, los dos últimos rangos de tiempo definidos en el estudio, de tres (1990-1994; 1995-1999 y 2000-2003).

Los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos

Definición operativa: Se indica que el *Imaginario Sectorial Permanente No Compartido*, es una entidad correspondiente a un sector, que contiene un argumento específico, incompatible transectorial y transtemporalmente con el de otro sector. Es decir este argumento exhibe características únicas, no detectables en ninguno de los otros sectores, las cuales permanecen presentes para ese sector en a lo menos los dos últimos rangos de tiempo definidos en el estudio (1995-1999 y 2000-2003).

Resultados

Los resultados develan fundamentalmente el Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud que expresa la construcción de realidad compartida, así como los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos que expresan el espacio de no consenso continuo, que aporta cada sector en el tema de la Reforma de la Salud.

La visibilización del contenido del Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud o máximo común simbólico visibilizado trisectorial, se resume en los enunciados de 1) “La Reforma de la Salud debe *fortalecer, proteger y aportar al desarrollo del recurso humano*” y de 2) “La Reforma de la Salud debe *promover la regulación estatal del sistema de salud público-privado*”. Estas unidades de características semánticas, persisten temporal y simultáneamente en el espacio simbólico referencial, de los tres sectores estudiados, durante el período de análisis 1990-2003.

Por otra parte, la visualización de los elementos persistentemente no comunes entre los tres sectores o también llamados Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos de la Reforma de la Salud se subdividieron en:

Los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos del Estado son expresados en los enunciados: 1) “La Reforma de la Salud debe promover la *asignación de recursos en función del logro de indicadores-meta*, con *disminución del aporte fiscal* e incentivar el *aporte equitativo* de los usuarios”; 2) “La

accesibilidad se garantiza en la integración de sistemas mixtos público-privados, con restricción de prioridades” y 3) “La Reforma de la Salud debe contemplar el aporte estatal a iniciativas intersectoriales”. El Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO tiene un intenso componente de *racionalización de la gestión, de los recursos e impulso al desarrollo de las prestaciones privadas de salud*, lo cual colisiona enérgicamente con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO y con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido de la FENPRUSS.

Los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos del Colegio Médico son expresados en los enunciados: 1) “La Reforma de la Salud debe *aumentar los recursos al sector público*” y 2) “La Reforma de la Salud debe favorecer la *complementariedad* de los sistemas, evitando la competencia y la integración”. El Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO tiene un intenso componente de *aumento de los recursos al sector público y de resistencia a la participación del sector privado en funciones de aseguramiento y prestaciones de salud simultáneamente*, lo cual colisiona enérgicamente con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO, dado que los imaginarios son francamente opuestos.

Los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos de la FENPRUSS es expresado en el enunciado: “La Reforma de la Salud debe garantizar la *protección previsional*”. En general el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido de la FENPRUSS es evidente en su planteamiento, sin embargo colisiona enérgicamente con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO, dado que no se evidencia ninguna compatibilidad. En este sentido es necesario comentar, por una parte que el ESTADO dentro de sus políticas de compensación previsional promueve el accionar de modelos privados, en el formato de las Asociaciones de Fondos de Pensiones y que los modelos estatales tipo Instituto de Normalización Provisional, resultan insostenibles.

El análisis de los resultados arrojó evidencia favorable para sostener los supuestos de la investigación planteados y que se cumplen para la muestra referida, acerca de que: a) En el sistema de salud coexisten imaginarios sectoriales, no institucionalizados que poseen interrelaciones de pugna constante, acerca del ideario de la Reforma de la Salud y b) Aquellos imaginarios que ocupan en momentos históricos determinados, la caracterización y clasificación, de Permanentes No Compartidos, poseen atributos de estabilidad, que producen ausencia de consenso intersectorial, lo cual configura el riesgo de la alineación de una potencial región de conflictos, en donde cada imaginario pugna por impactar el orden social existente y modificar el entorno a su favor.

Se señala igualmente que las aplicaciones del software, permitieron el reporte de múltiples derivaciones intermedias, sin embargo considerando los objetivos del estudio, los resultados descritos son los de primordial relevancia (Quiero 2004).

Conclusiones

Se observa que la relación entre el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO y el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO es opuesta, ya que el ESTADO condiciona la asignación y aumento de recursos a la optimización operativa de los servicios de salud, en cambio el COLEGIO MÉDICO asocia la discusión del aumento de los recursos, a variables de incondicionalidad, posicionando el tema del derecho a la salud en un plano eminentemente ideológico, dificultándose el tratamiento de los argumentos como praxis. La confrontación entre el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO y el entre Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO, en donde el primero presenta ribetes de tecno-praxis y el segundo

de ideología, devela una brecha que requiere de eslabonamientos discursivo-conceptuales para la generación de acercamientos que se traduzcan en consensos operativos, en pro del éxito en la implementación de la Reforma de la Salud.

En una segunda argumentación se aprecia igualmente que la relación entre el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO y el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO es enfrentada, ya que el ESTADO declara el interés por impulsar el desarrollo de las prestaciones privadas de salud, y la integración mixta, en cambio el COLEGIO MÉDICO expresa una resistencia a la participación del sector privado en funciones de aseguramiento y prestaciones de salud simultáneamente y defiende el tema de la complementariedad de los servicios, pero no la integración de ellos.

Luego el ESTADO se observa interesado en apoyar la competitividad y el desarrollo de habilidades sectoriales en las prestaciones públicas de salud, mediante el incentivo a la eficacia del sector privado e integrar operativamente las capacidades de ambos sectores, para atender las demandas de los usuarios; en cambio el COLEGIO MÉDICO critica la visión y el accionar del ESTADO porque resulta en una promoción de la integración vertical del sector privado.

Por otra parte, aún dentro de la segunda argumentación, el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO respecto del incentivo a la integración mixta, (*...e impulso al desarrollo de las prestaciones privadas de salud...*) se confronta semi directamente con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO respecto de la complementariedad de los servicios, pero no de la integración. A continuación, se explica el por qué en este fragmento de las argumentaciones entre los dos sectores, se da la existencia de un cuasi enfrentamiento entre imaginarios. En consecuencia el ESTADO se aboca a impulsar la alianza entre el sector público y privado de la salud, tanto en lo territorial como en el tema de los segmentos para racionalizar y coordinar las prestaciones; parte de la integración es entendida como la construcción de sistemas de operación en red y como la celebración contractual público-privada de mutuas prestaciones bajo condiciones contingentes ordinarias o extraordinarias.

En cambio el COLEGIO MÉDICO resiste esta iniciativa, dado que al hablar de complementariedad, defiende tácitamente la existencia y mantención de dos modelos de salud diferentes, no obligados a homologarse.

En esta orientación, el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO expresa la validación de la existencia de dos modelos diferentes para ofertar la salud, siendo perceptible la cautela que se descifra en este sector frente a la propuesta de integración del ESTADO, puesto que necesariamente los procesos de integración implican la homologación de sistemas, la modificación de procesos y de culturas organizacionales para aumentar la coherencia operativa. Es decir se plantea la existencia de una desconfianza basal para el sector COLEGIO MÉDICO, relativa a que por efecto del mismo proceso de integración se traspasen lógicas del ámbito privado, que deriven en el riesgo de pérdida de aquello que se valora del sistema público, por parte de este sector corporativo.

En cambio los cursos de complementariedad no obligan a poseer modelos de gestión iguales ni a desarrollar modificaciones al interior de alguna de las organizaciones, porque cada sector opera en su espacio y realiza lo que estrictamente compete a su ámbito, pero probablemente en la lectura del COLEGIO MÉDICO, el ESTADO con esta iniciativa de integración proyecta traspasar modelos privados al sector público, reestructurando ámbitos sensibles como la noción y condiciones de la carrera funcionaria y la pertinencia del manejo de las direcciones de servicio y de los hospitales por parte del profesional médico, lo cual se configura en una condición desventajosa en términos de status y liderazgo

para este sector corporativo.

Cabe señalar, que en la aceptación por parte del COLEGIO MÉDICO de la complementariedad al mismo tiempo se trasunta con disimulo, el hecho que una probable declaración de *no complementariedad* abierta, sería interpretada como una señal de rivalización, que gatillaría afanes de competitividad extrema público-privada, por territorios y segmentos, y de la cual el sector COLEGIO MÉDICO no podría sustraerse. Bajo esta reflexión, expresar el argumento de la complementariedad se lee entonces como una declaración de menor riesgo y de protección del status quo por parte del COLEGIO MÉDICO, que limita su exposición a dinámicas de mercado.

En el entendido de llevar adelante una Reforma de la Salud eficiente y sustentable, se constata que en el acoplamiento de la dicotomía no integración-integración del sector público-privado en las prestaciones de salud, aparece el argumento de la complementariedad como un valioso operador conceptual que media un primer eslabón hacia el extremo de la integración. Cabe por lo tanto la pregunta respecto de si ¿es posible identificar o resignificar otros operadores conceptuales de intermediación entre no integración-integración, para estos dos sectores, que potencien el arrastre de las posiciones hacia la integración?

En una tercera argumentación se aprecia igualmente que la relación entre el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del COLEGIO MÉDICO y el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido de la FENPRUSS, muestra una leve fricción dado que si bien este último expresa un intenso componente de *reivindicaciones previsionales*, aún es posible entender este imaginario de la FENPRUSS en el contexto de la demanda de *aumento de los recursos al sector público* expresada por el sector COLEGIO MÉDICO. Es decir en cuanto la reivindicación previsional demandada por la FENPRUSS, signifique un aumento de la compensación post jubilación, este imaginario podría ser operacionalmente compatible con la solicitud del sector COLEGIO MÉDICO, del aumento de recursos al área pública, en el considerando que parte de ese aumento esté orientado a un incremento de las remuneraciones o compensaciones post jubilación.

Cabe señalar por otra parte que en general el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido de la FENPRUSS es evidente en su planteamiento, sin embargo colisiona enérgicamente con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO, dado que no se evidencia ninguna compatibilidad entre los componentes expresados por el ESTADO acerca de la *racionalización de la gestión, de los recursos e impulso al desarrollo de las prestaciones privadas de salud*, y los componentes expresados por la FENPRUSS, acerca de las *reivindicaciones previsionales*.

En este sentido es necesario comentar, por una parte que el ESTADO dentro de sus políticas de compensación previsional, promueve el accionar de modelos privados, en el formato de las Asociaciones de Fondos de Pensiones y que los modelos estatales tipo Instituto de Normalización Previsional, resultan insostenibles en el concierto de los cambios socio-demográficos asociados a las expectativas de vida del recurso humano.

Luego el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido de la FENPRUSS de protección estatista y de reivindicación previsional, se desgarrar en el contacto con el Imaginario Sectorial Permanente No Compartido del ESTADO de promoción de la gestión privada de los fondos de pensiones, advirtiéndose un itinerario probable, de máxima fractura, si es que los conflictos intersectoriales pretenden armonizarse desde los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos descritos.

En resumen, el lugar menos consensuado y más inadecuado desde donde iniciar todos los contactos transectoriales, es el lugar de los discursos de (a) *racionalización de la gestión, de los recursos e impulso*

al desarrollo de las prestaciones privadas de salud (ESTADO), (b) aumento de los recursos al sector público y de resistencia a la participación del sector privado en funciones de aseguramiento y prestaciones de salud simultáneamente (COLEGIO MÉDICO) y (c) reivindicaciones previsionales (FENPRUSS).

Entonces, se plantea la necesidad de buscar operadores conceptuales intermedios, que posibiliten la emergencia de poderes estabilizadores entre los Imaginarios Sectoriales Permanentes No Compartidos y torne posibles los acercamientos.

Por otra parte, se devela el Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud, el cual corresponde a la caracterización y clasificación de Imaginario Permanente Compartido y que se expresa en un núcleo semántico con dos ideas: (a) “*La Reforma de la Salud debe fortalecer, proteger y aportar al desarrollo del recurso humano*” y (b) “*La Reforma de la Salud debe promover la regulación estatal del sistema de salud público-privado*”. Respecto de estas ideas, es necesario preguntar ¿cómo este imaginario institucionalizado reconstituido, influencia sistémicamente la acción social concreta?, ¿cómo se relacionan y cuáles son las implicancias entre el Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud y la realidad de la praxis social?, etc.

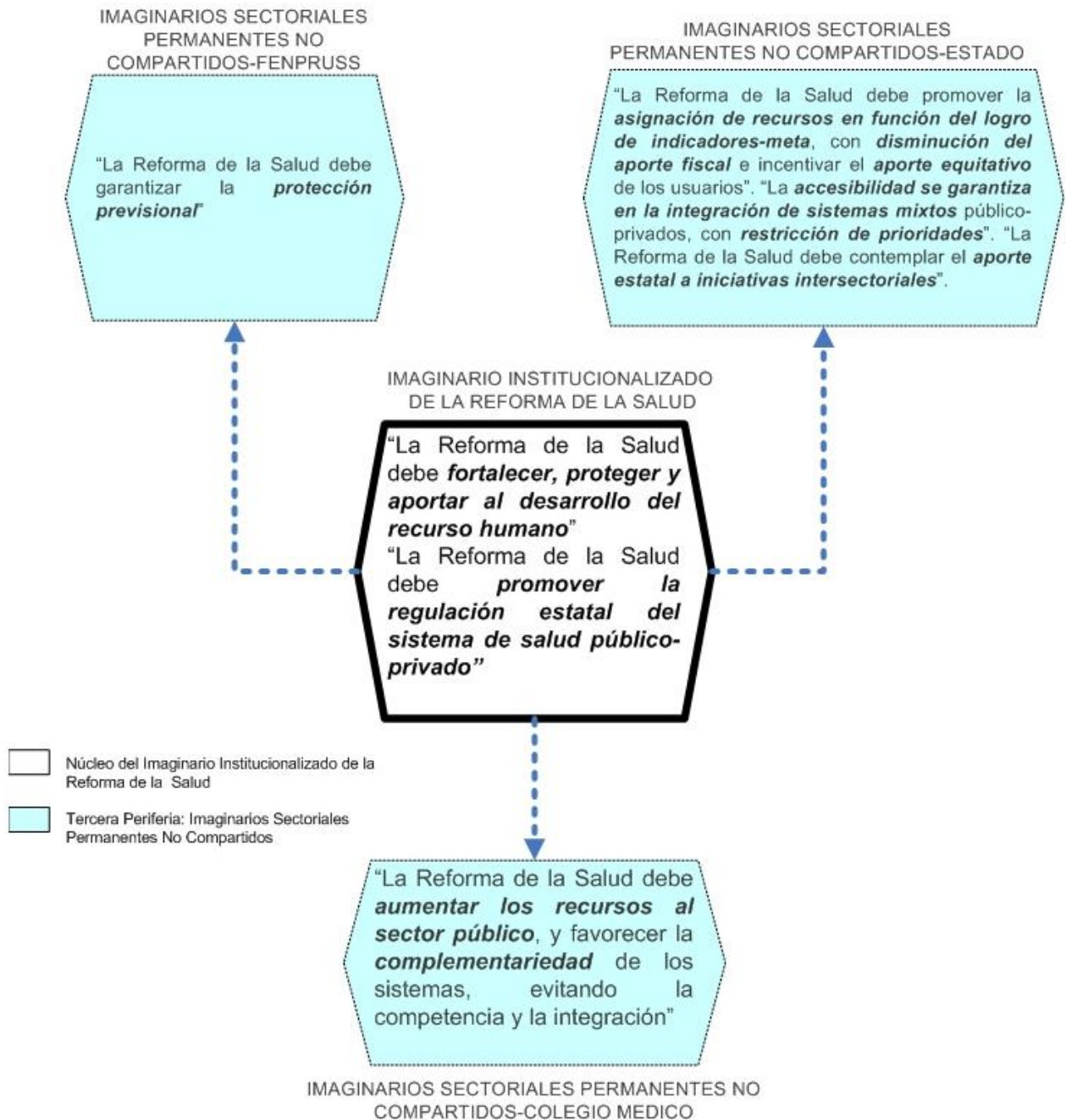
En consideración a esto último suele suceder que dado que los imaginarios sociales llegan a naturalizarse y volverse conocimiento espontáneo, los sujetos y los sectores pierden la capacidad para identificar o legitimar el valor de estos imaginarios, como plataformas para *construir los inicios de los consensos*, centrando la discusión en los componentes no compartidos, lo cual entorpece inicialmente la posibilidad de un desarrollo dialógico. Se produce, entonces, el itinerario de ausencia de conciencia del valor de la comunión de los imaginarios sociales. Luego, para viabilizar el avance de las primeras fases del consenso, se torna necesario construir procesos en primer lugar para hacer explícita la comunión de imaginarios sociales y en segundo lugar para desplazar el tradicional foco desde el conflicto, al foco sobre los elementos compartidos, es decir, hacia el Imaginario Institucionalizado en este caso, para luego avanzar la acción hacia los puntos de no consenso.

En relación a la pregunta acerca de cómo el Imaginario Institucionalizado de la Reforma de la Salud reconstituido influencia sistémicamente la acción social concreta, se puede concluir que en una negociación intersectorial, cualquier propuesta o desarrollo de políticas referente a los temas de a) *fortalecer, proteger y aportar al desarrollo del recurso humano* y b) *promover la regulación estatal del sistema de salud público-privado*, va a encontrar en lo concreto una disposición favorable al acuerdo en todos los sectores involucrados. Respecto de específicamente el *elemento relacionado a promover la regulación estatal del sistema de salud público-privado*, se señala la posibilidad de que este imaginario social institucionalizado, tenga tracciones ideológicas cercanas al paradigma de fortalecimiento de la intervención del Estado, explicables en base a la existencia de arquetipos históricos en los sectores corporativos estudiados y en base a las posiciones ideológicas de los sectores oficialistas. Sin embargo, en el supuesto de una exacerbación de la intervención estatal y para efectos de equilibrios macrosociales cabe preguntarse acerca de la conveniencia o inconveniencia para el diseño de la Reforma de la Salud, de estos dispositivos ideológicos enquistados, que aún cuando generan unidad, pueden tornarse en un riesgo al desplazar la discusión original precisamente hacia la ideología, olvidando que el objetivo de las transformaciones de la salud, debiera procurarse a través del diseño e implementación de la política pública, sin adjetivos.

Cabe indicar que la aproximación al entendimiento de la realidad, propuesta a partir de los hallazgos, requiere de estudios más intensivos que permitan validar la generalización de los resultados, ya que la legitimación de éstos se restringe a la muestra referida y a las contingencias espacio temporales y

contextuales asumidas, razón por la cual la contribución de esta investigación es en términos de incentivos y desafíos al desarrollo de mayor exploración del tema. Se plantea igualmente que la interacción con metodologías mixtas puede dar mayor soporte a la generalización.

Resumen de resultados de la investigación global en base a modelo de aproximación multipolar



Bibliografía

- AGUILERA, X., CHILD, V., GONZÁLEZ, C., GUERRERO, A. & GEORGI, H. 2000. “Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud”. *Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile*, 11 (3), Enero-Abril, 7-13.
- ALBALA, C., VIO, F., KAIN, J. & UAUY, R. 2001. “Nutrition Transition in Latin America: The case of Chile”. *Nutrition Reviews*, 170-176.
- ARRAU, F. 2002. “Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE), eje de la actual reforma a la salud”. *Serie Estudios de Anticipación*, Año I, (1), Abril. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado el 30 de Noviembre de 2004, de http://www.bcn.cl/pags/home_page/muestra_documentos.php?id=30
- BAEZA, M. A. 2000. *Los caminos invisibles de la realidad social. Ensayo de sociología profunda sobre imaginarios sociales*. Santiago: RIL.
- BAEZA, M. A. 2002. *De las metodologías cualitativas en investigación científico-social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Concepción: Universidad de Concepción.
- BAEZA, M. A. 2003. *Imaginarios Sociales. Apuntes para la discusión teórica y metodológica*. Concepción: Editorial Universidad de Concepción.
- BERGER, P. & LUCKMAN, T. 1991. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CAHMI, R. & BEJIDE, M. 2004. “Una propuesta de políticas para el adulto mayor”. *Serie Informe Social*, 80, Febrero. Santiago: Libertad y Desarrollo.
- CÁMARA DE DIPUTADOS. 2002. “Establece el financiamiento del gasto fiscal representado por el plan AUGE y Chile solidario”. *Boletín N° 2982-11*. En primer trámite constitucional del 7 de Julio de 2002. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.
- CÁMARA DE DIPUTADOS. 2002. “Sobre los derechos y deberes de las personas en materia de salud”. *Boletín N° 2727-11*. En primer trámite constitucional del 17 de Diciembre de 2002. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.
- CARRETERO, A. 2001. *Imaginarios sociales y crítica ideológica. Una perspectiva para la comprensión de la legitimación del orden social*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de Santiago de Compostela. España. Recuperado el 10 de Enero de 2004, de <http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=6235&ext=pdf>
- CASTORIADIS, C. 1998. *Hecho y por hacer. Pensar la imaginación*. Buenos Aires: Eudeba.
- CASTORIADIS, C. 1975. *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- CELEDÓN, C. & ORELLANA, R. 2003. “Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile”. *Serie Estudios Socioeconómicos*, 17, Marzo. Santiago: CIEPLAN.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE de 1980. 1998. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- CONGRESO NACIONAL, MINISTERIO DE SALUD. 2004. “Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud”. *Diario Oficial* del 03 Septiembre de 2004. Santiago.
- CONGRESO NACIONAL, MINISTERIO DE SALUD. 2004. “Ley 19.937. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”. *Diario Oficial* del 24 de Febrero de 2004. Santiago.
- CRISPI, J. 2004. “Presupuesto 2005: Eficiencia, estabilidad y progresismo”. *Revista Foro*, 41, Noviembre, 14-16.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. 2004. *Tendencias Demográficas*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2004, de http://www.censo2002.cl/menu_superior/cuantos_somos/tendencias.htm
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE CHILE. 2000. “Los adultos mayores en la sociedad del 2000”. *Enfoques Estadísticos*. Boletín Informativo, 8, Agosto, 1-4.
- DURKHEIM, E. 1987. *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: La Pléyade.

- ECHEVARRÍA, R., GONZÁLEZ, P., SÁNCHEZ, A., & TORO, P. 2002. *Imaginario social de salud pehuenche de la comunidad de Callaqui en el Alto Bío Bío*. Seminario para la obtención del grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- ESCOBAR, D., FERNÁNDEZ, M., MONSALVES, M., OCHSENIUS, C. & VALDÉS, A. 2003. *De pacientes a ciudadanos. Experiencias democratizadoras de salud*. Departamento de Políticas Públicas, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. Recuperado el 06 de Julio de 2004, de <http://www.inap.uchile.cl/politicaspUBLICAS/libro17.html>
- FERES, J. 2001. "La pobreza en Chile en el año 2000". *Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos*, 14, Julio. Santiago: CEPAL-Naciones Unidas.
- FUKUYAMA, F. 1999. *La gran ruptura. La naturaleza humana y la reconstrucción del orden social*. Santiago: Editorial Atlántida.
- GONZÁLEZ, C. 2002. "Por qué nos oponemos a la reforma de la salud". *FENPRUSS*. Recuperado el 30 Octubre de 2004, de <http://www.fenpruss.cl/nacional/datos/ftp/Noreformasaludgobierno.doc>.
- LEWIGIE, H. 1992. *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti*. Alemania: Universidad Técnica de Berlín.
- MAFFESOLI, M. 1988. *Le temps des tribus. Le déclin de l'individualisme dans la société de masse* [El tiempo de las tribus. El declinar del individualismo en la sociedad de masas] (pp. 183-224). París: Ed. Méridiens, Klincksieck & Cie. Traducción: Dr. Manuel Antonio Baeza R. (Abril, 2002). Concepción.
- MAFFESOLI, M. 1997. "Sociología de la aventura". En M. Maffesoli (Ed.), *Du nomadisme. Vagabondages initiatiques* [El nomadismo. Vagabundeos iniciáticos] (pp. 97-134). París: Ed. Librairie Générale Française. Traducción: Dr. Manuel Antonio Baeza R. (Mayo, 2003). Concepción.
- MATURANA, H. & VARELA, F. 1992. *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del entendimiento humano*. Santiago: Editorial Universitaria.
- MATURANA, H. 2002. *La objetividad un argumento para obligar* (2ª ed.). España: Dolmen.
- MOSCOVICI, S. 1993. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (2ª ed.). España: Paidós.
- MINISTERIO DE SALUD. 2002. "Objetivos sanitarios para la década 2000-2010". *Boletín de Vigilancia en Salud Pública*, 15, Abril (5), 1-12.
- RED DE CENTROS DE ESTUDIOS DE LA SALUD. 2002. *Consensos para la reforma del sistema de salud chileno*. Resumen ejecutivo. Santiago: Autores.
- SENADO. 2004. "Modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud provisional". *Boletín N° 2981-11*. En segundo trámite constitucional del 14 de Septiembre de 2004. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comisión de Derechos Humanos. 1948. *Declaración universal de los derechos humanos* (A.G. res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71). Nueva York-Ginebra: Autores.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 1966. *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* (A.G. res. 2200A XXI, 21 U.N. GAOR Supp. No. 16 p. 49, ONU Doc. A/6316, 993 U.N.T.S. 3, entrada en vigor 3 de Enero de 1976). Nueva York-Ginebra: Autores.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 1979. *Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer*. (A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. No. 46 p. 193, ONU Doc. A/34/46, entrada en vigor 3 de Septiembre de 1981). Nueva York-Ginebra: Autores.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 1989. *Convención sobre los derechos del niño* (A.G. res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. No. 49 p. 167, ONU Doc. A/44/49 entrada en vigor 2 de Septiembre de 1990). Nueva York-Ginebra: Autores.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. *Resumen del análisis de situación y tendencias de salud*. Recuperado el 15 de Agosto de 2004, de http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_152.htm#respuesta

- PARAMESHWAR GAONKAR, D. 2002. "Toward new imaginaries: An introduction". *Public Culture*, 14 (1), 1-19.
- PÉREZ-AGOTE, A. 1989. *La sociedad y lo social. Ensayos de sociología*. Bilbao: Editorial Universidad del País Vasco.
- PINTOS, J. L. 1994. *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Recuperado el 20 de Enero de 2004, del sitio web de la Universidad de Santiago de Compostela: <http://web.usc.es/~jlpintos/articulos/imaginarios.htm>
- PINTOS, J. L. 1995. *Los imaginarios sociales: La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Editorial Sal Terrae.
- PINTOS, J. L. 2000. *Construyendo realidad(es): Los imaginarios sociales*. Recuperado el 20 de Enero de 2004, de <http://idd00qmm.eresmas.net/articulos/construyendo.htm>
- QUIERO, K. 2004. *Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990-2003)*. Tesis para la obtención del grado Magíster en Psicología de la Salud, no publicada, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- RODRÍGUEZ, J. & TOKMAN, M. 2000. "Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999". *Serie Financiamiento del Desarrollo*, 106, Diciembre. Santiago: CEPAL-Naciones Unidas.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2000. *The world health report 2000*. Health systems improving performance. France: Authors.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. *The world health report 2004-changing history*. France: Authors.