

# Los discursos de la Reforma neoliberal: Retóricas y subjetividades laborales en la Atención Primaria de Salud en Chile

Resultado de investigación finalizada. Proyecto FONDECYT N°1121112

Grupo de Trabajo N° 13: Reforma del Estado, Gobernabilidad y Democracia.

Víctor Zelaya Cvitanic

## Resumen:

Este trabajo presenta una investigación sobre el discurso managerial y su justificación en el campo de la Salud Pública Chilena. Los resultados, dan cuenta de una estructura retórica presente en los discursos oficiales sobre el tema. Esta estructura esta compuesta por tres estrategias: Un relato de continuidad histórica, una construcción de contexto riesgoso y finalmente, una construcción usuaria. Es también resultado, la existencia de un régimen de representación de lo público compuesta por la oposición de términos, que sostiene ideológicamente, la reforma neoliberal del Estado. Los resultados son elaborados a partir del análisis de discurso y análisis de retóricas.

**Palabras Clave:** Managerialismo – Salud Pública - Retórica

## Introducción

Pareciera existir consenso en los países Latinoamericanos en que ha sido precisamente durante los gobiernos dictatoriales en los que se comenzara a gestar un cambio, tanto en las formas de concebir la administración como el trabajo dentro del ámbito público (Gentilli, 1998).

En esta línea, podemos decir que el Estado Chileno, se ha caracterizado por haber comenzado un proceso de reforma acelerado desde aproximadamente tres décadas. La reforma a la que nos referimos y que ha sido caracterizada bajo la nominación de Neoliberal, merece ser estudiada, tanto en su funcionamiento, como en su justificación político-ideológica.

Esta nueva propuesta, en lo administrativo y que ubica al individuo como su centro, se encuentra caracterizada por formas de gestión que incluyen dentro de sus estrategias la gestión por competencias, administración por objetivos y salarios dependientes de resultados entre otros. Junto con esto, se abre paso una nueva forma de vinculación laboral del tipo flexible, con contratos por faena y tercerización de servicios (Sisto, 2009). Es precisamente, bajo el marco del *accountability* o rendición de cuentas que estas estrategias habrían ingresado al campo de lo público (Ascorra, 2010; Spink, 2009).

Lo que relatamos como modelo, ha sido nominado Nuevo Management Público, caracterizado por Guerrero (2001) como el resultado de una estandarización de la administración pública en diferentes países. Campos, Landeros, Mera y Soto (2012), resumen las características de este modelo a partir de la lectura de Guerrero en cinco rasgos:

1. Mimetismo organizativo de la empresa privada
2. La incorporación del mercado como proceso de confección de los asuntos públicos
3. El fomento a la competitividad mercantil
4. El reemplazo del ciudadano por el consumidor

5. La reivindicación de la dicotomía política-administración, sublimada como la antinomia policy-management. El diseño de políticas desplaza el proceso político para adquirir la forma del mercado.

Ahora bien, es nuestro interés, el de poder generar una reflexión enfocada en uno de los ámbitos de acción estatal que se han visto involucrados en estas transformaciones. La idea, es la de poder describir las formas en las cuales vemos se justifica y estabiliza discursivamente esta reforma neoliberal.

### **El caso de la salud pública Chilena**

Dentro de la Salud Pública Chilena, las modificaciones legales que facilitan el ingreso de esta lógica de administración son promulgadas durante la década de los 90 y 2000. Como ejemplo de estas, podemos mencionar la Ley de Atención Primaria en Salud (APS) 19.378 de 1995 que regula la administración de los centros de salud y posibilidad de traspaso desde el aparato público a autoridades locales, emergiendo así la figura de “Entidad administradora de salud”. Con esto, el Estado pasa a ser garante de la Atención Primaria, pues se desvincula del financiamiento directo de esta parte del sistema de salud, dejando la responsabilidad en manos de las Municipalidades.

Sobre esta misma ley, es promulgada con posterioridad la Modificación 20.250, del año 2008, que ubica los bonos como beneficios al personal de atención primaria por el cumplimiento de las metas dispuestas por el Ministerio de Salud para esta parte de la red. Estas bonificaciones se vuelven posibles por la aparición del IAAPS (Índice de Actividades de Atención Primaria), el que se constituye como meta para los trabajadores del sistema, quienes anualmente negocian las mismas con la Secretaria Regional Ministerial en Salud y los Administradores de la Red.

Estas políticas, trazan el camino para instalar estrategias de administración que se van concretando en el terreno de lo local a través de la instalación de dispositivos concretos (sistemas de registro de desempeño, mecanismos de evaluación e incentivo, indicadores de resultado, entre otros) que buscan interpelar la forma de organización del trabajo en el campo de lo público, con el fin declarado de hacer más eficiente su gestión, pero con ello, generando también, interpelaciones a las identidades laborales de los sujetos que en este campo desarrollan su trabajo.

Tal como se señaló en el marco de la Gestión Pública una parte importante de estos dispositivos se insertan actuando bajo la lógica de la rendición de cuentas, integrando sistemas de representación mediante indicadores. Estos, permiten transformar la complejidad de lo local en un indicador distinguible, un signo posible de ser ubicado en una métrica unidimensional en la cual, lo que se hace en el campo de lo público puede ser comparado con otros signos numéricos.

Esto permite tomar decisiones de gasto e inversión que pueden ser alineadas con las decisiones de gasto e inversión realizadas por otras agencias, gobiernos y/o empresas. Con esto, se abre paso a un visión de la eficiencia en el sistema donde la gestión en base a los indicadores es fundamental.

### **Esta investigación**

Este trabajo se inscribe dentro del proyecto FONDECYT Nro:1121112 titulado “La ética de lo público como referencial identitario. Managerialismo e Identidad Laboral en profesionales del ámbito de la implementación de políticas sociales, salud primaria y educación municipalizada en Chile” que tiene por objetivo analizar las construcciones de identidad laboral de profesionales trabajadores de los sectores de salud primaria, educación pública y ejecución de programas y políticas sociales, en el contexto de las actuales políticas laborales orientadas a estos sectores, enfatizando el estudio de cómo la ética de lo público emerge como referencial identitario. Se presenta acá resultados de uno de los estudios de dicha investigación, a saber, el análisis documental del discurso oficial que justifica y

promueve los dispositivos y políticas que interpelan directamente a las condiciones laborales de los trabajadores públicos, en particular del sector de la salud primaria.

## **Metodología**

Esta investigación ha sido guiada por un modelo de producción y análisis de datos del tipo cualitativo. En particular, para este estudio se procedió con el análisis de 12 textos oficiales emitidos desde el año 2000 a la fecha en los que autoridades públicas se refirieran a la Salud Pública. La muestra se estructura a partir de textos del tipo declarativo y procedimental. Esta diferenciación se elabora por el tipo de género al cual corresponde cada texto, en el que los declarativos son cuentas públicas ministeriales o presidenciales, así como también, discursos entregados en actos que acompañan proyectos de ley u otro tipo de instancia formal. Por otra parte, los textos procedimentales, son aquellos que realizan el trabajo de “bajar la política”, es decir, dan indicaciones de cómo debe operarse dentro del servicio de salud a partir de la promulgación de leyes para el área. Se utiliza como criterio de corte la saturación de la información a partir de los objetivos propuestos para este estudio.

Para el análisis, decidimos operar en un comienzo con análisis de discurso, tal y como lo proponen Potter y Wheterell (1987) y Potter (1998). Dentro de esta línea, es discurso es caracterizado más que por su capacidad de representar la realidad, por ser una forma acción y ordenamiento de esta. El discurso, construye formas particulares de comprender, pero también, de orientar nuestras posibilidades de vivir, toda vez que clasifica, categoriza y da pautas dentro de las que podemos volvernos inteligibles nosotros y los demás.

En el transcurso del análisis, y al comenzar a observar como se desplegaba este discurso en cuestión, fuimos sumando otras estrategias que nos permitían abrir y ampliar las interpretaciones, entendiendo el proceso cualitativo, tal y como lo describe Denzin y Lincoln (2011) como un *Bricolleur*, proceso en el cual “el investigador inventará o rearmará nuevas herramientas o técnicas a medida que lo necesite, dado que la elección de las prácticas interpretativas a implementar no necesariamente se hace de antemano” (Ibid, p.50). De esta manera, los resultados de esta investigación, suman aportes analíticos del estudio de las retóricas (Gill y Whedbee 2009; Perelman y Olbrechts-Tyteca 1989), lo que en particular, fue útil para nominar y comprender una estética discursiva particular que resultaba reiterativa en sus estrategias y sentido. De igual manera, fueron útiles las herramientas del estudio pragmático conversacional (Calsamiglia y Tusón, 1999) y finalmente, la comprensión de la Representación, tal y como la describe Stuart Hall (1997) por su utilidad para acercarnos hacia una interpretación política de lo que estábamos observando.

## **Resultados de investigación**

El primer producto de la revisión de los documentos oficiales, es la aparición de diferentes recursos retóricos que permitían configurar la idea de la existencia de una estructura retórica común dentro del material revisado.

Todos los textos en los que se referían personalidades públicas relevantes a la salud, sin importar la coalición política a la que representaran, presentaban esta misma retórica para justificar sus decisiones. A continuación, se describen las tres formaciones textuales que caracterizamos como recursos retóricos y que constituyen la estructura común levanta. Para esta descripción, hemos optado por utilizar una cita que condensa el análisis propuesto y que nos permitirá ejemplificarlo analíticamente:

A pesar de estos ingentes esfuerzos en la última década, el modelo institucional actual .ha alcanzado un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la 3población, lo que se expresa, de un lado, en la insatisfacción de los usuarios con el 4.sistema de salud

del país, tanto en el sector público, en que las personas beneficiarias 5.del mismo solicitan una mejoría en la **cobertura**, en el **trato** y en la **oportunidad**, 6.como en el sector privado, en que demandan una mayor protección de sus derechos. 7.Por la otra, es importante reconocer que existen espacios para realizar importantes 8.mejoras de gestión que aseguren que los esfuerzos futuros de inversión se traduzcan 9.en más y mejores prestaciones para la población.

.La sociedad chilena no puede seguir tolerando que cada año mueran 700 mujeres de .cáncer al útero, cuando una intervención **oportuna** les podría haber salvado la vida.

.Resulta también inaceptable que cada año mueran 2.000 mujeres de cáncer a la 13.vesícula, enfermedad también prevenible y que 1.600 de ellas sean **pobres y de baja 14.instrucción**.

Tampoco se puede permitir que muchas mujeres que desarrollan un tumor mamario 1.deban esperar demasiado **tiempo** para la confirmación del diagnóstico y tratamiento correspondiente, lo que disminuye significativamente sus posibilidades de sobrevivida.

No se puede, tampoco, permitir que un accidente de tránsito o una enfermedad grave constituyan una causa de empobrecimiento de la familia, como sucede hoy en día 20.con muchos de los beneficiarios del sistema privado, cuyas coberturas financieras 21.resultan insuficientes para solventar los gastos asociados a estas patologías de alto 22.costo.

El dolor de tantas familias chilenas es la motivación para dar este nuevo gran 24.impulso. La reforma al sistema de salud del país intenta responder a las necesidades 25.y expectativas de la población, en un momento en el cual numerosos elementos 26.aconsejan el rediseño de la institucionalidad vigente. (Discurso presidencial que acompaña el ingreso a la cámara de Diputados del plan AUGE)

#### a) La continuidad histórica de un sistema de salud débil

Esta estrategia se caracteriza por un relato que traza a partir de hechos históricos particulares, una continuidad dentro de la Salud Pública en la que siempre se ha vivido un proceso de avance frente a necesidades contingentes. Vemos en la cita entre las líneas 1 y 2 la referencia a una continuidad histórica de “esfuerzos” enmarcada con un deíctico temporal (Calsamiglia y Tusón, 1999) en “la última década”. El trayecto del sistema y su continuidad proyectada hacia “enfrentar las necesidades sanitarias” resalta un urgencia con el uso de “necesidad”, esta palabra da cuenta de algo que falta, mientras que lo “sanitario”, por referir al ámbito de salud, aumenta la importancia de lo necesitado por estar vinculo a la vida. Finalmente, el enfrentamiento, caracteriza una actitud decidida en la que no habría otra posibilidad que la de asumir un conflicto en el que debe tomarse una posición.

Por otra parte, el trayecto histórico, se encontraría “limitado” bajo el actual “modelo institucional”, de manera tal que la efectividad de todos los “esfuerzos futuros”, para dar la continuidad de eficiencia al sistema, requeriría de un cambio. En este sentido, el “limite” para la continuidad de la vida, sólo vería solución en la medida en la que el “modelo institucional” -el cual sabemos de antemano, refiere al modelo público en vigencia antes de la transformación que luego se propone- sea transformado. De no ser así, los “esfuerzos futuros”, en tanto línea de proyección para la vida, serían ineficaces, trayendo consigo el antónimo muerte dada la ineficiencia.

Es así como vemos, a partir de este y otros textos que aún cuando se sostiene que esta historia es una historia con logros, hay momentos en los que el sistema vive encrucijadas, razón por la cual para lograr una continuidad histórica, se mostraría necesaria la toma de decisiones urgentes que reforman el sistema. En general, este es un sistema que se nos presenta como continuamente reformado por sus carencias, más la insistencia de la narración de los hechos, es la de lograr una continuidad que va más allá de cada gobierno, dando cuenta de un horizonte superior al de los intereses particulares y un foco

puesto en el bien común. Esta estrategia, llamada “gestión de la conveniencia” (Potter, 1998) es precisamente una forma de poner neutralidad política a uno de los argumentos para la reforma.

### **b) La construcción del contexto**

Una segunda estrategia que es posible rastrear es la descripción de un contexto nacional que recurrentemente se muestra como riesgoso, razón que lleva, como ya señalábamos, a generar respuestas oportunas al Sistema de Salud Pública. Dichos eventos de riesgo, siempre podrían resultar graves, lo cual tiene la función de presionar el cambio y reformulación de este sistema, mas no se sigue, necesariamente, una vía particular para dicho cambio.

Entre las líneas 10 y 22 de la cita se utilizan diferentes significantes que podemos considerar como parte de una estrategia retórica tendiente a la elaboración del contexto y la audiencia (Gill y Whedbee XXX; Perelman y Olbrechts-Tyteca, 1989). La mención en orden consecutivo a “cáncer al útero”, “vida”, “cáncer a la vesícula”, “enfermedad”, “tumor mamario”, “diagnóstico”, “tratamiento”, “sobrevida”, “enfermedad”, “patología” y finalmente “dolor”, logran ubicar al lector u oyente en un contexto riesgoso del cual no se está ajeno, por cuanto se refiere a una realidad nacional que le es común, ya sea usuario o no del sistema público de salud. Se suma a la mención de estos significantes la estrategia de cuantificación (Potter, 1998), mediante la cual por medio de indicadores numéricos se vuelve más concreto e imaginable lo expresado. Vemos la mención a “700 mujeres”, así como también a “2.000 mujeres” y “1.600 de ellas” como concreción de las patologías relatadas. En concordancia, se efectúa un relato de casos extremos (Ibid), dónde se juega la vida o la muerte, generando con esto una imagen de extrema urgencia y necesidad de avalar lo propuesto por la línea argumental construida. Esta estrategia es común a todos los documentos de salud, pues ubican en una encrucijada a los lectores ya que las toma de decisión es traspasada al público, el cual de no asentir, debe responsabilizarse por los efectos de no avalar una política determinada. Podemos decir que cada una de estas estrategias contribuye a construir un relato detallado, real y desinteresado por parte del relator. Junto con esto, se presenta un mundo exterior que, a pesar de ser hostil, es susceptible de ser controlado.

### **c) Los usuarios del sistema**

En concordancia con el relato histórico y con la elaboración discursiva de un contexto riesgoso y una audiencia en riesgo, se encuentra la presentación del usuario de este sistema. Para esto, son citadas continuamente las mismas posiciones sociales. Estas tienen como factor común haber sido descritas y posicionadas históricamente como débiles, o que merecen un cuidado especial por una condición prejuiciosa de inferioridad que las caracterizaría. Los sujetos citados a lo largo de los textos son niños, adultos mayores, pueblos originarios, mujeres o pobres. Es relevante recalcar que nunca se habló de sujetos de sexo masculino, adultos y trabajadores, salvo, para ubicarlos como quienes se ven afectados económicamente por las enfermedades. Salvo dicha situación, todas las enfermedades y patologías que se describen han sido apuntando a alguno de los grupos ya señalados. Esta descripción, siempre desde la enfermedad o carencia, queda subsumida en un signo que se reitera en todos los documentos, este es el de “sujeto vulnerable”, signo que sabemos de antemano, se ha ubicado como antónimo de “sujeto de derecho”. En el caso de la cita podemos ver el llamamiento continuo a entender como sujeto de la enfermedad a las “mujeres”, están son incluso, como ya señalamos, cuantificadas y nombradas por las enfermedades particulares que les afectan. Por otra parte, son nombrados en las filas 13 y 14 los “pobres y de baja instrucción”, público objetivo de la política pública.

Nos parece relevante hacer mención a esta construcción por cuanto nombrar a los usuarios, a la vez que incluye, genera una exclusión por omisión, centrando con esto el esfuerzo de lo público no para todos los chilenos, si no más bien, para un grupo particular.

### **La concreción de un sistema de representación de lo público**

A partir de la estructura retórica como hallazgo, vemos como se va solidificando una imagen de lo público, mientras que por omisión, se va caracterizando el ideal bajo su par opuesto, a saber el sistema privado. Como hemos visto, un sistema que históricamente debe ser reformado por no dar abastos con las demandas de la población, un contexto riesgoso y finalmente una población “vulnerable”, son los argumentos por medio de los cuales se configura la necesidad de cambios, pero a su vez, son la forma de dar solidez a esta imagen o representación de la Salud Pública.

Esta serie de significados encadenados nos hablan de un “sistema de representación” (Hall, 1997), caracterizado por establecer categorías y clasificaciones para la “Salud Pública”. Este sistema, operaría como una red de conocimiento dentro de la cual pueden establecerse una serie de pares que contraponen lo Público y lo Privado como dos polos de atracción de sentido. Este contraste, como estrategia, es lo que abre la cita que hemos tomado para ejemplificar nuestros hallazgos de investigación. Si observamos las líneas 3, 4 y 5, veremos como se traza una línea que divide a la vez que clasifica. La cita señala: “sistema de salud del país, tanto en el sector público, en que las personas beneficiarias del mismo solicitan una mejoría en la cobertura, en el trato y en la oportunidad, como en el sector privado, en que demandan una mayor protección de sus derechos”. Por una parte, el sistema público se presentaría como el que agrupa las carencias, lo que sumado a la retórica presentada, deja dentro de sí una historia de falencias, un usuario carente y una imposibilidad de reacción al contexto. Por otra parte, se representa un sistema privado que, aún cuando carece de regulación, cumpliría con todo lo que no es propio de lo público.

La lectura de los textos, nos permite establecer una red de signos que organizan dos pares opuestos en los que se han fijado sentidos que circulan como marco de interpretación de lo público desde los discursos oficiales. Los pares se orientarían de la siguiente manera según lo definido:

Responsabilidad por la salud (público/privado) (Estatal/individual) - Usuarios (pobre/rico) (vulnerable/con derechos) - Financiamiento (gratuito/pagado) - Concreción material en la red de salud (consultorio/clínica) - Línea de desarrollo (tradicional/modernizado) - Temporalidad (pasado/futuro) (viejo/joven) - Evaluación (mala/buena) (insatisfactoria/Satisfactoria) - Énfasis y objetivo (probidad/gestión).

Como hemos adelantado, existiría en esta fijación de opuestos una operación en la que se concreta una hegemonía discursiva. Esta es la creación de un régimen de interpretación de lo público sobre el cual opera el consenso que agrupa el par izquierdo para lo público y el derecho para el sistema privado. Dicha hegemonía, cumpliría con la función ideológica de ocultar un interés particular en la transformación de un modelo de administración político, haciéndolo pasar como neutral.

Se encadenan entonces dos figuras. Por una parte, las retóricas de justificación del cambio, y de la otra, la elaboración mediante las retóricas, pero a su vez, mediante la oposición de signos, de un régimen de interpretación que denosta lo público, lo hace indeseable, realizando una mirada neoliberal para la administración del Estado y de los servicios que quedan en su jurisprudencia.

### **Conclusiones**

1.- La justificación de las reformas que se ejecutan hoy dentro del sistema público de salud se siguen de un argumento ideológico que lo asemeja al modelo privado-empresarial. La elaboración de la retórica, tiene como efecto el sostener este argumento ideológico.

- 2.- Este sistema de representación del sistema público de salud sólo incorpora a los profesionales en un lugar de ejecutores del mismo. De hecho, prácticamente no son citados, salvo en el caso de los médicos quienes son referidos como interlocutor para la discusión de temas de salud, mas no de administración.
- 3.- La descripción del sistema público es desde sus falencias y falta. De manera contigua, sus usuarios se presentan de manera equivalente, es decir, como incompletos, ya sea con el rótulo de pobres o de vulnerados en sus derechos.
- 4.-Las posiciones y significados fijados por el sistema de la representación para la Salud Pública y sus usuarios, los ubica en el sentido común como indeseables. Esto nos lleva a presuponer una intención política de socavar el sistema público tal como se le ha entendido históricamente, desmarcando el papel del Estado y consagrando con esto al mercado como la mejor forma de administración de la red de salud nacional.
- 5.-Frente a la pregunta entonces, de cuál es la ética de lo público que se promueve con esta argumentación, podemos señalar que lo presentado, es una ética que realza un sentido caritativo, en el que lo público es para “quien no tiene”, por tanto, no sería un lugar de exigencia de derechos, por el contrario, la plenitud del derecho, se encuentra en el ámbito privado.
- 6.-El espacio de lo público, es un lugar en el que debe primar la efectividad, por cuanto los recursos son escasos y quienes de él son beneficiarios, a pesar de no poder realizar exigencias, son el segmento de la población que es carente de sus derechos, es vulnerable y ante esto, hay un imperativo moral.

## **Bibliografía**

- Ascorra, P. (2010). Aportes de las ciencias sociales al Nuevo Management. *Psicoperspectivas*, 9(1), 1-6.
- Calsamiglia, H., Tusón, A. (2002). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Campos, H; Landeros, C; Mera, J; Soto, R. (Em prensa) *Metáforas que construyen La evaluación docente em Chile*.
- Denzin, N y Lincoln, Y. (2011). *Manual de investigación cualitativa. Volumen 1. El campo de la investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Gentili, P. (1998). El consenso de Washington y la crisis de la educación en América Latina, en CCyDEL UAM (1998) *Revista Archipiélago*, p. 56-65.
- Guerrero, O. (2001). *Nuevos Modelos de Gestión Pública*. *Revista Digital Universitaria*. 2(3). Recuperado el 14 de Agosto de 2011 en <http://www.revista.unam.mx/vol.2/num3/art3/index.html>
- Hall, S (1997). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London, Sage Publications,. Cap. 1, pp. 13-74. Traducido por Elías Sevilla Casas
- Perelman y Olbrechts-Tyteca (1989). *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Editorial Gredos. Madrid, España.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.

Potter, J.; Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.

Sisto, V. (2011): “Nuevo Profesionalismo y Profesores: Una reflexión a partir del análisis de las actuales políticas de ‘profesionalización’ para la educación en Chile”. Aceptado en *Signo y Pensamiento*.

Spink, P. (2009). Los psicólogos y las políticas públicas en América Latina: El big mac y los caballos de Troia. *Psicoperspectivas*, 8(2), 12-34.