

## LA CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (ESPAÑA)

*THE CONSTRUCTION OF WORKER-SUBJECTS IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM OF ANDALUSIA (SPAIN)*

**Manuel Morales Valero, Jose María González González**

Universidad de Granada; mmoralesvalero@gmail.com

### Historia editorial

Recibido: 16-01-2015

Primera revisión: 31-10-2015

Aceptado: 01-12-2015

### Palabras clave

Análisis del discurso  
Subjetividad  
Gestión de Recursos Humanos  
Sistema Sanitario

### Resumen

En este artículo presentamos los resultados de una investigación más amplia donde, apoyándonos en el concepto de repertorio interpretativo propuesto por Jonathan Potter y Margaret Wetherell, analizamos el entramado discursivo emergente del Sistema Sanitario Público Andaluz en cuanto a los argumentos-ideas que sostiene. En un artículo previo, identificamos tres grandes grupos discursivos que denominamos como críticos, ontológicos y legitimadores. En esta segunda fase, abordamos las subjetividades construidas desde los anteriores repertorios destacando la presencia de tres categorías de sujetos: los asistenciales, los no asistenciales y los ciudadanos. Señalamos la naturaleza multi-discursiva de la organización y, por tanto, la multi-referencialidad inherente a los procesos de construcción de subjetividades, así como las –posibles– consecuencias organizativas de asumir un tipo u otro de subjetividad. Concluimos planteando la necesidad de adoptar un modelo dialógico de gestión que incluya dicha variedad multi-discursiva del sistema hacia una misma dirección.

### Abstract

In this paper, we present the results of a larger investigation in which, relying on the concept of interpretative repertoire put forward by Potter and Wetherell, we analyze the emerging discursive framework of the Andalusian Public Health System in terms of the arguments-ideas behind such framework. In a previous paper, we identified three major discursive groups that we labelled as critical, ontological, and legitimating. At this second stage, we address the subjectivities constructed on the basis of these repertoires and we emphasize three categories of subjects: healthcare, non-healthcare, and citizens. We draw attention to the multi-discursive nature of the organization and, therefore, the multi-referentiality inherent in the processes of subjectivity construction as well as the –potential– organisational consequences of assuming one or another type of subjectivity. We conclude by proposing the need for a dialogic model of management that includes the system's multi-discursive variety toward a same direction.

### Keywords

Discourse Analysis  
Subjectivity  
Human Resource Management  
Health System.

Morales Valero, Manuel & González González, Jose María (2016). La construcción de subjetividades en el sistema sanitario público de Andalucía (España). *Athenea Digital*, 16(2), 3-31. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1525>

## Introducción

### La asunción de la filosofía de la calidad como práctica derivada de la Nueva Gestión Pública

La reestructuración del sector público auspiciada por el discurso neoliberal tras la aparición de la Nueva Gestión Pública, en tanto movimiento político e ideológico internacional, ha marcado la agenda de las Administraciones Estatales desde los años ochenta

y, la del contexto sanitario español desde principios de los noventa hasta nuestros días. De este modo, la gestión pública ha venido incorporando distintos mecanismos de mercado propios del sector privado (Martín, 2003), especialmente aquellos basados en la filosofía de la calidad como modelo de gestión (Lorenzo, 2008) y la adopción de los axiomas de la eficiencia y eficacia como elementos clave de este nuevo paradigma (García Sánchez, 2007; García Álvarez, 2011).

No obstante, estos cambios no se han incorporado sin más, sino que su implantación ha venido acompañada de resistencias tanto internas como externas generadas desde distintos ámbitos (académico, político, social, etc.) donde se apunta, por ejemplo, la incongruencia conceptual que supone adoptar sistemas gerenciales privados en el ámbito público debido a la finalidad contrapuesta de ambos modelos (Echevarría y Mendoza, 1999). Así, por citar un ejemplo, podemos destacar un estudio de similares características al presente donde —si bien en un contexto geográfico distinto— se evidencian tales resistencias, evidenciándose cómo el nuevo orden propuesto por la lógica empresarial de la Nueva Gestión Pública no se ha vuelto hegemónico (García Álvarez, 2007).

En lo que respecta al contexto sanitario público español, podemos decir que se ha visto especialmente afectado por las anteriores reformas<sup>1</sup>: cambios exógenos traducidos tanto en una reestructuración de los servicios sanitarios como de la demandas que realizadas a los profesionales sanitarios apareciendo “nuevas finalidades, discursos, prácticas asistenciales y dispositivos organizativos” (Irigoyen, 2011, p. 279) que afectan directamente a las características y condiciones de los puestos de trabajo sanitarios, tal y como se habían venido entendiendo hasta el momento (Amigot y Martínez, 2013).

## El SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz) y su apuesta por la calidad

El SSPA, en el que situamos esta investigación, fue creado por la Ley 2/1998, definiéndolo como aquel conjunto de recursos que la administración pone en juego para satisfacer el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. Actualmente es dirigido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España), cubriendo los servicios de atención primaria y especializada desde dos organizaciones con formas jurídicas distintas: Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (en adelante APES), como estructura de apoyo. Estas últimas son entidades surgidas en la década de los noventa como formas diferentes de organización y gestión sanitaria a la luz de las reformas sanitarias apuntadas en el apartado anterior.

---

<sup>1</sup> Concretamente desde la aparición del conocido Informe Abril (Congreso de los Diputados, 1991).

Desde el año 2000, el SSPA comenzó a apostar por la implementación de la calidad estableciendo su propio modelo con la publicación del primer Plan de Calidad (2000-2004), actualizado en su última versión (2010-2014) (Junta de Andalucía, 2010c). Es en este escenario donde surge la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (en adelante ACSA) convirtiéndose en una organización conceptual y estratégica clave en su implantación y control.

La traslación de dicho “modelo de calidad andaluz” al ámbito de la gestión de los recursos humanos del sistema es llevada a cabo asimismo a través del modelo de gestión por competencias (Junta de Andalucía, 2006). Este modelo se encargará de trasladar (por decirlo de alguna forma) el discurso oficial del modelo andaluz de calidad —concretizado en los correspondientes planes de calidad— a los propios trabajadores del sistema, con la intención de que lo interioricen, compartan y, en definitiva, asuman como suyo. Para ello, definen la gestión por competencias como “el desarrollo continuado de profesionales excelentes como factor esencial para la mejora continua en el cumplimiento de los fines del servicio sanitario público” (Junta de Andalucía, 2006, p. 8), siendo llevado a cabo a través de tres procesos fundamentales: la formación, la evaluación y el reconocimiento del desarrollo de competencias “en” los profesionales (Junta de Andalucía, 2006, p. 8). Para ello entienden como concepto de competencia la “Capacidad o característica personal estable y relacionada causalmente con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización dados.” (Junta de Andalucía, 2006, p. 21),

La ACSA es la organización responsable de poner en marcha el anterior discurso de la calidad a través de la formación, evaluación y reconocimiento de competencias profesionales. Para ello se encargará de definir los denominados “mapas de competencias” como elementos centrales del modelo. Estos, se conciben como patrones de referencia para la acreditación de competencias profesionales (Junta de Andalucía, 2006, p. 27). Existen tantos mapas de competencias como puestos de trabajo “asistenciales” dentro del sistema. Estos mapas están compuestos por competencias generales (válidas para cualquier puesto o categoría), competencias transversales (contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y competencias específicas (las propias de cada puesto de trabajo).

Tales modelos de gestión por competencias suelen utilizarse para instaurar técnicas de gestión empresarial, no desde la coerción externa, sino mediante la generación de nuevas formas de subjetividad (Amigot y Martínez, 2013) donde lo que se busca es la implicación más profunda del sujeto: su motivación no ha de venir desde fuera, sino que se busca conquistar su “alma” de modo que sea capaz de auto-motivarse y alinear-

se con los objetivos estratégicos de la organización, aquellos marcados en los mapas de competencias.

### Planteamiento y objetivos de investigación: ¿un modelo compartido?

En definitiva, el interés general que ha dado lugar al desarrollo de este estudio ha sido el de comprobar cómo aterrizan en un territorio administrativo determinado las políticas gerenciales basadas en la asunción de la filosofía de la calidad y sus repercusiones, o efectos, en el trabajo diario de los profesionales sanitarios. Es decir, cómo se articula tal filosofía de la calidad con la gestión de los recursos humanos a través de los sistemas de gestión por competencias que suelen utilizar.

Hemos elegido el SSPA como contexto de estudio al tratarse de un ejemplo que responde perfectamente al interés general que acabamos de enunciar y donde, además, nos encontramos con que la propia Consejería de Salud de la Junta de Andalucía reconoció como una debilidad específica de su modelo calidad el que su "misión, visión y valores no han impregnado la cultura organizacional" (Junta de Andalucía, 2010a, p. 7) del SSPA<sup>2</sup>, en el sentido en que fueron definidas en dicho documento<sup>3</sup>:

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía tiene como MISIÓN impulsar la cultura de la calidad, seguridad y mejora continua en la atención sanitaria.

Nuestra VISIÓN es Ser reconocidos como una organización de referencia en el ámbito de la calidad sanitaria.

Los VALORES en los que nos basamos en nuestro trabajo diario son Transparencia, Integridad, Cooperación, Compromiso, Rigor científico-metodológico, Creatividad e innovación, e Independencia. (Junta de Andalucía, 2010a, p. 7)

Esta declaración nos parece bastante significativa, a la vez que preocupante, en tanto se pone en entredicho a la principal institución del sistema encargada de implantar el modelo de calidad de la Administración.

Esto significa, como apuntábamos, que el modelo de calidad no es implantado en el sistema sin problemas, resultando un discurso único y monológico, sino que el discurso oficial se "rompe" en su aterrizaje en una multiplicidad de voces: distintas versiones de la realidad organizativa. Por tanto, nuestra hipótesis de trabajo es que el mo-

---

<sup>2</sup> Recientemente ha sido publicado el Plan Estratégico 2014-2017 de la ACSA donde se vuelve a incidir en dicha debilidad redefiniéndola como la "necesidad de profundizar en el conocimiento de los grupos de interés, el mercado y la competencia; y la necesidad del reforzamiento del modelo interno de Gestión de Calidad." (Junta de Andalucía, 2010b, p. 35).

<sup>3</sup> Dichas misión, visión y valores han sido recientemente redefinidas tal y como hacemos constar en el siguiente apartado.

delo de calidad no cala en el sistema sanitario al ser construido e interpretado desde múltiples puntos de vista generando una realidad poliédrica, es decir, que el nuevo orden no se ha vuelto hegemónico, como se ha podido comprobar en contextos similares aunque equidistantes geográficamente (García Álvarez, 2007). De este modo, si analizamos como un mismo todo los discursos “oficiales” y “no oficiales” de la calidad, no encontraremos funciones constructivas coincidentes, sino que obtendremos tantas construcciones de argumentos, sujetos y objetos como discursos co-existan.

De este modo, el objetivo principal de esta investigación es el de esclarecer si, tras analizar el entramado discursivo del sistema sanitario, nos encontramos con una única realidad mono-lógica o, con una realidad multidiscursiva, poliédrica, que explicaría el poco calado del modelo de calidad.

Además, como objetivo secundario que nos permita una mayor profundidad de análisis y comprensión del problema, nos ocuparíamos de identificar y describir que aportan y que efectos —y consecuencias— tienen para la articulación de la filosofía de la calidad y el modelo de recursos humanos del SSPA los argumentos —discursos en forma de repertorios interpretativos compuestos de metáforas y tropos del lenguaje (Román, 2007)—, los sujetos que se construyen (atendiendo a las atribuciones, responsabilidades y culpas con que son descritos) y, por último, los objetos presentes en el discurso, si bien en este artículo por motivos de espacio nos ocuparemos sólo de lo que concierne a la construcción de subjetividades.

## Consideraciones teórico-metodológicas

En primer lugar, vamos a pensar la organización como un sistema de conversaciones o hiperconversación (Taylor, 2001) surgida en los continuos diálogos e interacciones que se producen "entre" (Ibáñez, 1989, p. 119) los principales grupos de interés —o stakeholders, siguiendo el popular término introducido por Edward Freeman y David L. Reed (1983)— presentes en la organización sanitaria. Emerge así un entramado donde se dan cita diversos discursos que mantienen un determinado modelo de relaciones sociales (Íñiguez y Antaki, 1994, p. 63). Tales discursos son sustentados por el lenguaje y se caracterizan por la presencia de efectos discursivos concretos e identificables donde, además, son enunciados, a la vez que enunciadores, distintos sujetos y objetos, constituyéndose como producto y productores de sí mismos en un momento socio-histórico determinado (Gergen, 1973/1998).

La realidad de la organización no existe con independencia de las personas y, además, cada grupo de interés la pensará (la hará existir y se comportará en función de sus creencias sobre la misma) de formas que no suelen ser coincidentes (Quijano, 2006,

pp. 115-130). De este modo, tomaremos en consideración como grupos de interés —o stakeholders— en tanto lugares de enunciación significativos dentro de nuestro contexto de estudio los siguientes:

S1. Directivos y responsables

S2. Personal técnico

S3. Sindicalistas

S4. Trabajadores asistenciales

Hemos elegido estos cuatro grupos y no otros atendiendo a que se encontraran presentes físicamente en las organizaciones seleccionadas para la recogida de datos. Al fin y al cabo, no son más que un esbozo de los distintos tipos y categorías de trabajadores que podemos encontrar, a grandes rasgos, en cualquier organización sanitaria, si bien no hemos tenido en cuenta a los distintos trabajadores de apoyo (o staff).

Los discursos se relacionan entre sí mediante puntos de relación o anclaje multidireccionales (no lineales), cuestión conocida como intertextualidad, es decir, no existen por sí mismos como unidades herméticas (Íñiguez y Antaki, 1994), sino como producto de relaciones de significados interdependientes. Podemos hablar, entonces, de autorías múltiples. Cada grupo de poder es susceptible de enunciar distintos discursos de forma pasiva, inconsciente y acrítica (Wetherell y Potter, 1996, p. 63), o bien de un modo activo como agentes implicados y responsables en tanto conscientes de las consecuencias que puede suponer adoptar uno u otro. Cuando usamos el lenguaje, utilizamos distintos discursos, materiales de derribo de origen diverso que realizan un tipo de construcción específica en un momento socio-histórico determinado. Cada sistema discursivo responde a los intereses de un determinado grupo, que hará lo posible por instaurar su hegemonía, de manera consciente o inconsciente. En este sentido entendemos el poder desde el punto de vista de Michel Foucault, no como un fenómeno de dominación que ostentan unos grupos frente a otros, el poder no está localizado ni es propiedad de nadie, por lo que puede ser ejercido desde cualquier ámbito y momento en una u otra medida (Foucault, 1980/1992, p. 144). Se reconoce así la capacidad de ejercer poder como algo no exclusivo de determinadas élites.

La gestión por competencias, en tanto tecnología gerencial de poder (Rose, 1998), la concebiremos como la “directora de orquesta” de la citada hiper-conversación, mientras que los mapas de competencias, y la propia definición de competencia serán, siguiendo esta metáfora, la “partitura” perfecta desde donde generar un tipo y no otro de entramado discursivo como guía de ensamblaje entre las características personales y organizacionales (Jiménez, 1997).

## Método

---

Para abordar los anteriores objetivos, hemos utilizado un Análisis del Discurso en los términos en que fue perfilado por Jonathan Potter y Margaret Wetherell en 1987, antecedente inmediato de lo que se viene conociendo como perspectiva discursiva en Psicología Social (Garay, Íñiguez y Martínez, 2005, p. 107). Así, trabajaremos con el concepto de repertorio interpretativo propuesto por estos autores (Potter y Wetherell, 1987, p. 66) en tanto patrones recurrentes en las maneras de construir distintas versiones de la realidad (Gil-Juárez y Vitores, 2011, p. 105). Potter y Wetherell hablan de repertorios en el contexto en que otros autores hablan de discursos. Repertorios y discursos se refieren a:

Colecciones de significados, a diferentes maneras de hablar o de construir objetos o acontecimientos. De hecho, ambos conceptos nos remiten al concepto de ideología, en cuanto que ponen énfasis en que por formarse una determinada comunidad sociohistórica nos vemos inmersos y vinculados a determinadas maneras de entender el mundo, la sociedad, la moral, lo que es norma y anormal, etc. (Gil-Juárez y Vitores, 2011, p. 107).

Jeannine M. Suurmond (2005) identifica tres tipos de análisis del discurso, aquellos de tipo lingüístico (pequeños discursos), análisis conversacional (micro-discursos) y análisis de grandes discursos (macro-discursos), donde incluye el modelo de Potter y Wetherell. Así, nos centraremos más en los discursos como "piezas prefabricadas" de significados con capacidad constructiva, que en aquellos aspectos más micro del lenguaje y la conversación, lo que no quita que prestemos especial atención a la forma y contexto en que son utilizadas, es decir, atendiendo a su indexicalidad (Potter, 1998, p. 136).

Decíamos que esta investigación surge del interés por profundizar en la articulación de la filosofía de la calidad con la gestión de recursos humanos o, por decirlo de otro modo, en la articulación del discurso oficial de la calidad con el no oficial. Teniendo en cuenta esta preocupación, hemos intentado configurar un corpus de análisis lo suficientemente representativo como para permitirnos ahondar en dicha problemática. Entendemos, asimismo, la representatividad no desde un punto de vista estadístico, sino como la capacidad de obtener versiones de nuestro objeto de estudio desde la totalidad de los grupos de interés a que nos hemos referido antes, en tanto lugares de enunciación discursivos distintos (Íñiguez y Antaki, 1994).

De este modo, el material que compone el discurso oficial fue formado íntegramente por documentos editados por la ACSA, referidos tanto al modelo de calidad andaluz como a su gestión por competencias, es decir los documentos D1, D2, D3, D4 y

D5 (Ver tabla1). El resto del material es clasificado como “no oficial” en tanto no emana directamente de la ACSA (lo que no quita que pueda contener en todo o en parte el discurso oficial: este es el “quid” de la cuestión). Dicho material “no oficial”, se obtuvo mediante la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas a los grupos de interés identificados bajo la siguiente guía temática hasta la saturación de los datos:

- El plan de calidad de la ACSA: funciones y puesta en práctica
- La acreditación de competencias profesionales por la ACSA
- La carrera profesional: funciones y puesta en práctica
- La selección por competencias profesionales
- La evaluación del desempeño en el SSPA
- El servicio andaluz de salud vs. Las agencias públicas empresariales sanitarias

Nº de entrevistas / grupos discusión		Nº y distribución de participantes en entrevistas / grupos de discusión								
Grupos de interés / tipo de material	nº	Categoría profesional				Género				
		Médicos	Enferm.	Otros	Total	Hombres	Mujeres	Total		
S 1	Entrevistas (S1E)	Individuales	2	1	1	0	2	0	2	2
		Grupales	0	0	0	0	0	0	0	0
	Documentos (S1D)	2	D1. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. D2. Plan Estratégico 2010-2013 de la ACSA.							
S 2	Entrevistas (S2E)	Individuales	1	0	0	1	1	0	1	1
		Grupales	1	0	0	2	2	1	1	2
	Documentos (S2D)	3	D3. Documento General de Certificación de Competencias Profesionales. (Rev. 0) 30 de Abril de 2012. D4. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. D5. Manual de competencias del anestesiólogo.							
S 3	Entrevistas (S3E)	Individuales	1	0	1	0	1	0	1	1
		Grupos Discusión	2	1	3	1	5	2	3	5
S 4	Entrevistas (S4E)	Individuales	9	1	0	0	1	1	0	1
		Grupos Discusión	3	8	10	0	18	10	8	18
Totales			24	11	15	4	30	14	16	30

**Tabla 1.** Configuración del corpus de análisis

Las entrevistas fueron desarrolladas íntegramente en la provincia de Almería (España), en Hospitales pertenecientes tanto al SAS (Hospital de Torrecárdenas) como a las APES (Hospital de Poniente y Hospital de Alta Resolución de El Toyo, gestionado por el propio Hospital de Poniente). Para facilitar su análisis, fueron grabadas y transcritas en su totalidad.

A partir de aquí, el trabajo con los datos consistió en identificar y codificar los diferentes extractos textuales que cumplieran los dos requisitos que Lupicinio Íñiguez y Charles Antaki (1994) atribuyen a los discursos para diferenciarlos de cualquier otro tipo de texto: que se pueda interpretar que los participantes dicen lo que dicen en cuanto representantes de su grupo de interés de pertenencia, y que dicho extracto textual tenga efectos discursivos, es decir, que la descripción de la realidad que hacen construya argumentos, sujetos u objetos sobre la misma.

Así, una vez identificados y codificados los distintos extractos textuales comenzamos el análisis del discurso propiamente dicho. Esto es, los fuimos agrupando en distintas categorías para llegar a los repertorios interpretativos, nuestra unidad básica de análisis. Dicha tarea analítica supuso una toma de decisiones constante sobre qué hace un determinado texto y dónde encuadrar su función. Creamos esquemas de categorías que fueron modificados una y otra vez hasta que, finalmente, conseguimos una estructura que nos satisfizo en tanto era capaz de ofrecernos una explicación discursiva de nuestro problema de estudio cumpliendo los objetivos propuestos. Dimos por finalizada dicha estructura en cuanto consideramos que contenía la totalidad de las variaciones del lenguaje identificadas.

Por último, afinamos nuestro análisis caracterizando los distintos sujetos y objetos que aparecen dentro de los repertorios para apoyar sus funciones. Se trata esto último de una especie de “análisis del análisis” para terminar de profundizar en la comprensión del corpus tal y como proponíamos en nuestro objetivo secundario.

Esta tarea fue apoyada por el software de análisis de datos cualitativos ATLAS.TI (Versión 6.2.28). Como criterio de calidad, se han tenido en cuenta las indicaciones propuestas por autores relevantes dentro de los estudios del discurso (Antaki, Billig, Edwards y Potter, 2003).

Como hemos venido apuntando, en esta investigación se identifican y analizan en primer lugar los distintos repertorios interpretativos desde los que se explica la problemática del modelo de calidad, si bien, en este texto trataremos de profundizar en su comprensión atendiendo a las consecuencias que acarrearán en cuanto a la construcción de subjetividades que producen. Ya que los distintos tipos de subjetividades se construyen y se explican desde el punto de vista de los repertorios a los que nos referimos, vamos a resumir brevemente sus principales características a modo de guía para el siguiente apartado:

Repertorio crítico: en este primer repertorio que hemos denominado como crítico agrupamos las descripciones vertidas sobre el sistema encargadas de socavarlo al presentar el modelo de gestión de calidad y por competencias como subjetivo y arbitrario,

hecho a medida de los intereses político-ideológicos de la Administración para favorecer sus intereses en menoscabo del resto de trabajadores.

Repertorio legitimador: el segundo gran repertorio identificado lo hemos denominado como legitimador atendiendo a la función que realiza: legitimar el sistema presentándolo como objetivo y justo, en tanto utiliza un conocimiento y unas prácticas tecno-científicas incuestionables. Esta categoría discursiva se nutre, en parte, del discurso de la Nueva Gestión Pública, a la vez que entiende la organización desde un punto de vista lógico-positivista. Es decir, cuenta con anclajes externos (intertextuales) en los argumentos positivistas y del “management” privado para legitimar el sistema, lo que no quiere decir que coincidan con ellos en su totalidad.

Repertorio ontológico: por último, denominamos a este repertorio como ontológico en tanto las descripciones de la realidad que realiza tienen como principal función la de establecer la naturaleza de los trabajadores del sistema independientemente de su categoría. Es decir, asignarles unas ciertas características innatas, más allá de cualquier factor exógeno que las oculte o minimice. Así, enfatiza la buena disposición y esfuerzo hacia el trabajo que realizan los distintos grupos de interés justificando de alguna forma sus discrepancias con el sistema al achacarlas a problemas con respecto a su forma de implantación más que como desencuentros profundos acerca de la filosofía gerencial que sustentan.

De este modo, la exposición de resultados que hacemos a continuación está referida a estos tres grandes repertorios. Al respecto, iremos haciendo referencias constantes a los distintos tropos que se han utilizado desde los distintos puntos de vista de los repertorios.

## **Resultados-discusión de análisis: distintos discursos, distintos sujetos**

---

Presentamos a continuación las tres categorías de sujetos más relevantes identificadas (construidas) dentro del corpus, para lo cual sintetizamos las descripciones utilizadas en su construcción desde los repertorios discursivos que constituyen el sistema sanitario. Tales repertorios y sus productos (sujetos y objetos) son fruto de su espacio, de su tiempo, y del trabajo interpretativo que hemos realizado a través de nuestro análisis, por lo que han de entenderse en este sentido. No pretendemos establecer categorías universales, los resultados del análisis aquí esbozados no buscan otra cosa que la de comprender más de cerca, y dentro del contexto que hemos definido, la problemática esbozada al inicio.

En dicha presentación hemos ido insertando distintos extractos textuales a modo de ejemplos, pero nada cambiaría si no los incluyéramos. Queremos decir con esto que la función de estos extractos es meramente expositiva, no pretendemos en ningún caso apuntalar cada una de las afirmaciones del texto con un extracto del corpus. Esta tarea, además de no aportar nada nuevo al análisis, alargaría más de lo necesario la extensión de tales resultados. Entendemos que en el análisis del discurso llega un momento en que hay que trascender el corpus siendo los resultados obtenidos un “producto” de investigación diferente, en tanto son fruto del trabajo analítico. De la misma forma que en un análisis cuantitativo se podrían presentar tablas y gráficos, el propio texto que presentamos a continuación es fruto y resultado directo del trabajo realizado, por lo que debe entenderse en este sentido: como el producto de nuestro análisis.

En este sentido no han de entenderse como la voz de uno u otro grupo de interés, sino como nuestra voz como investigadores al respecto de los modelos de subjetividad que entendemos se construyen desde los repertorios identificados en un inicio, modelos generales o “patrones” producto de nuestro análisis que —entendemos— sirven de guías para la constitución individual de la subjetividad de cada uno de los trabajadores. Es decir, una cosa es que el corpus se haya constituido —representativamente— desde las voces de los distintos grupos de interés, y otra que los resultados del análisis “representen” necesariamente su punto de vista. Las construcciones de subjetividad que presentamos son solo eso, una construcción a raíz de nuestro trabajo analítico que no pertenecen a priori a ningún grupo de interés, sino que han sido utilizadas desde múltiples lugares (representativos en el sentido antes descrito), que es diferente.

En definitiva, el primer tipo de subjetividad que atendemos incluye a aquellos trabajadores cuya principal tarea es la de prestar asistencia sanitaria directa, en adelante, los denominaremos como “trabajadores asistenciales”. El segundo, incluye a los que no realizan asistencia sanitaria, sino que se dedican a labores de gestión en sus diferentes categorías y niveles jerárquicos, serán los “trabajadores no asistenciales”. El tercer y último tipo abarca a los usuarios del sistema de salud, conformando lo que podríamos entender como la “ciudadanía”.

## Asistenciales

### **Punto de vista crítico**

Los repertorios críticos presentan el sistema como injusto, subjetivo, sesgado, arbitrario e incapaz de proporcionar criterios fiables para la evaluación de competencias profesionales, de ahí que asignáramos a este tipo de descripciones la función de socavar el

modelo desde su base. Al presentar el modelo de gestión de este modo, se exonera a los trabajadores ante su falta de implicación y participación con el modelo de gestión, ¿cómo no hacerlo ante un sistema así? La inactividad y el estoicismo de los trabajadores se convierten en la única respuesta plausible ante tal situación.

Su trabajo es explicado, entonces, bajo el acecho y acoso de unas nuevas prácticas gerenciales que secuestran su capacidad de trabajo al reglarlo mediante el establecimiento de procesos y modelos estandarizados de toma de decisiones. Se convierten en “marionetas” de una gestión sanitaria que no los reconoce como profesionales autónomos capaces de actuar por sí mismos atendiendo a sus conocimientos y capacidades. Estas prácticas se entienden como un ataque al profesionalismo, como un robo de tiempo a su trabajo con consecuencias nefastas para el paciente. Se demanda, así, a los trabajadores una función administrativa extra, anexa a sus funciones, teniendo que ocuparse del registro de información sobre el servicio prestado. En este sentido se habla del “enfermero informático” como el modelo ideal de trabajador.

En la siguiente declaración extraída de uno de los grupos de discusión, observamos cómo se achaca al sistema y a su burocracia los males que afectan a estos trabajadores, sobre todo en lo que atañe a la “proletarización” y “asalarización” de sus puestos de trabajo.

Desde unos años atrás, se ha formado una nube borrasca de burocracia en toda la Administración: planes de calidad, panfletazos, y dices bueno..., y ¿esto para qué?... se ha creado una nube, cuando antes eras auxiliar, enfermero, médico y el director, y ya está... y se trabajaba. Ahora ya estamos abajo, ahora influye todo, lo que diga la familia del paciente, todo lo que diga el paciente, todo lo que te digan tus supervisores que dice el paciente que dice, y se ha creado ahí una nube de burocracia donde se ha metido una cantidad de gente que no se sabe ni cómo ha entrado ahí, que nada más que da por saco, así de claro, da por saco y no deja ni trabajar, así de claro es (Grupo de discusión N° 3, de 4 de abril de 2014).

### **Punto de vista ontológico**

Los repertorios ontológicos realizan una doble distinción sobre estos sujetos asistenciales: los que apuestan por los valores del humanismo, motivados hacia su formación y desarrollo más allá de cualquier incentivo material, del tipo que este sea; y, los que participan en el sistema por los beneficios económicos que les pueda acarrear. Los primeros van a disfrutar de una mejor consideración ética que los segundos, debido —en gran medida— a la mayor hegemonía y valoración social del discurso humanista, no

queriendo esto decir que los segundos sean atacados. Si no participan del humanismo no es porque no comulguen con sus valores —a priori a todo el mundo se les reconoce estos valores— ni por su falta de buena voluntad, sino por una mala gestión cuyas indeseables consecuencias los aboca a la desmotivación y hastío perpetuos, de ahí que, como hemos visto en el punto anterior, se les exonere.

Por otro lado, entienden la realidad como una constante evolución hacia cotas de mayor complejidad a las que se llega mediante un aprendizaje continuo. Esto se describe basándose en un símil biológico con graves implicaciones constructivas: un ser vivo —inevitablemente— nace, crece, muere, y así, por ende, se explica el desarrollo profesional al que han de plegarse los trabajadores. Es decir, se asume una linealidad evolutiva constante hacia estadios de mayor competencia como eje vertebrador de las políticas de desarrollo de personal instaurándose, por ejemplo, lo que podemos denominar como una ética de la excelencia. Nadie va a querer quedarse atrás en su desarrollo profesional, los trabajadores se van a sentir, en cierta forma, obligados a avanzar, de lo contrario el sistema “los expulsará”. En esta misma línea, aparece una descripción mucho más importante diferenciándose de nuevo dos modelos trabajadores: los jóvenes y los mayores. A los primeros se les atribuyen características consideradas positivas como la flexibilidad, motivación, espíritu de equipo, etc., mientras que los segundos son asociados con adjetivos tales como inflexibilidad, intransigencia o poca motivación, etc. En síntesis, mientras unos aparecen como el alter-ego de la ontología humanista, los otros se constituyen en su antítesis, sujetos pertenecientes a un mundo, anti-guio y desfasado, a un sistema anquilosado que ya no funciona, en contraposición con los “nuevos” y modernos sistemas de gestión.

En el siguiente extracto de conversación producido en una entrevista individual a un enfermero de una Agencia Sanitaria, cuando preguntamos sobre las principales diferencias entre el Servicio Andaluz de Salud y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, nos encontramos con la siguiente respuesta ilustradora de la anterior metáfora biológica:

En el Servicio Andaluz de Salud, los que son más mayores, están menos motivados, no tienen ganas de hacer nada, la mayoría, hay muchísimos que están a punto de jubilarse y van a pasar el rato y no, no encuentras los mismos ánimos a la hora de trabajar, ni de ponerse al día con los conocimientos, aunque también hay gente joven, pero tienen otra forma de tomarse el trabajo [...] gente que reniega por cambiar el folio, por todo (Entrevistado N° 7, entrevista personal, 20 de noviembre de 2013<sup>4</sup>).

---

<sup>4</sup> A lo largo de este artículo nos limitamos a enumerar los sujetos entrevistados para mantener su anonimato.

En síntesis, los repertorios ontológicos van a enfatizar la buena voluntad y ganas de formarse y progresar que tiene el personal sanitario, si bien, haciendo hincapié en la especial motivación de los trabajadores más jóvenes —en la línea que veníamos comentando— encontrándose llenos de inquietudes, que muchas veces suplen buscando y auto-financiándose la formación que consideran necesaria para su progreso.

### **Punto de vista legitimador**

Desde los repertorios legitimadores el trabajador asistencial es considerado como una pieza clave para la consecución de los objetivos estratégicos de la organización, valorándose su capacidad de adaptación a las exigencias que forman parte de su puesto de trabajo. Tal adaptación, según los postulados gerenciales postmodernos, no ha de ser impuesta desde la dirección-gerencia mediante lo que sería un proceso asimétrico de arriba-abajo. Lo que se espera es que deseen apropiarse de las competencias establecidas para su ocupación, haciéndolas suyas desde lo más íntimo. Así, la principal característica que los define es su capacidad para “autogerenciarse”, por decirlo de alguna manera. Es decir, la Administración formula una serie de competencias profesionales, supuestamente gestadas en consenso y participación con los representantes de los trabajadores (asociaciones profesionales, sindicatos, etc.) esperando, no ya solo su asunción incondicional, sino el deseo de plegarse a ellas. Por consiguiente, es de esperar que como sujetos auto-motivados asuman la decisión de participar en los procesos de desarrollo profesional propuestos por la Administración de “motu proprio”. En este sentido, el trabajador ideal es aquel al que no hay que estar motivando mediante incentivos extrínsecos, sino que toma, de forma libre y autónoma, sus decisiones de desarrollo personal y profesional. Las funciones y responsabilidades gerenciales se limitarían a establecer los recursos y apoyos necesarios para facilitar los procesos de autogestión. No es de extrañar, entonces, que la participación en procesos de desarrollo como la acreditación de competencias y carrera profesional no sea obligatoria, sino libre y voluntaria para el trabajador. En definitiva, el trabajador tiene que integrar de forma autónoma sus características personales con las requeridas por la organización, cuestión que asumirá con total libertad, responsabilidad y compromiso, en tanto es deseada.

Este tipo de relación ideal sujeto-organización es explicada en el Plan de Calidad 2010-2014 del sistema sanitario andaluz, donde podemos observar cómo se manifiesta la generación de una “renovada” relación entre los profesionales y la organización sanitaria. Así se habla de favorecer un intercambio profesional-organización donde los primeros adopten la “autonomía y el compromiso de los profesionales por la calidad y la excelencia en la atención” (Junta de Andalucía., 2010c, pp. 4-5), y los segundos se comprometan con los primeros en “potenciar al máximo su desarrollo profesional, en

el marco de un clima de intercambio de conocimientos de innovación permanente" (Junta de Andalucía, 2010c, p. 5). De este modo, los trabajadores han de estar dispuestos a realizar los esfuerzos necesarios para aumentar su propio desarrollo profesional, mientras que la organización tiene el compromiso de "dar respuesta a sus necesidades y expectativas para potenciar al máximo su desarrollo profesional" (Junta de Andalucía, 2010c, p. 5).

Así, la libertad de elección se convierte en un importante elemento configurador del carácter asociado a estos sujetos: no están obligados a "ceder" a las demandas del sistema, no están tan siquiera obligados a deseñarlas como aspectos positivos, pero sólo los que elijan "adecuadamente", tendrán el beneplácito del sistema y podrán disfrutar de sus recompensas.

## No asistenciales

### **Punto de vista crítico**

Los críticos presentan a los trabajadores asistenciales como las víctimas pasivas de la gestión sanitaria, sus estoicos sufridores. Pero, no hay víctima sin verdugo, ni situación injusta sin culpables, y estos los vamos a encontrar entre los dos tipos trabajadores no asistenciales identificados en el corpus: los políticos y los técnicos.

Mientras que los técnicos son los encargados de poner en marcha el sistema sin asumir responsabilidad alguna sobre su diseño, los gestores políticos sí que serán responsabilizados de su concepción, además de poseer una gran habilidad para manejar a su antojo e interés personal los asuntos públicos, siguiendo, posiblemente, una línea argumental más allá del sistema sanitario, anclada en las actuales circunstancias socio-históricas. Éstos se convierten en sujetos que, en lugar de trabajar por y para los asistenciales facilitando y apoyando sus funciones como expertos motivadores de equipos, toman decisiones subjetivas y arbitrarias acordes a los dictámenes de la Administración, en tanto mantienen sus intereses y privilegios como grupo. Por tanto, se constituyen a la par como agentes decisores y dinámicos, enfocados a la acción, aunque motivados por tales intereses político-corporativos e incluso, personales.

Disfrutan de toda una serie de puestos y cargos de gran responsabilidad y poder dentro de la organización, así como de los beneficios asociados a los mismos. Tales puestos son creados expresamente para ser ocupados por estos trabajadores, cuestión que se explica aludiendo a la progresiva burocratización de la estructura organizativa (la misma a la que antes se referían los críticos para cuestionar el profesionalismo de los asistenciales). No se busca una mejora en su funcionamiento, sino generar más

funciones asociadas a la administración y gestión del sistema que, posteriormente, serán asignadas a los amigos del poder, a sus ideólogos, en forma de nuevos puestos de trabajo. Se crean, así, funciones gerenciales donde antes no las había, siendo completamente superfluas, llegándose a afirmar que, en definitiva, existen más mandos intermedios que trabajadores de base.

En el siguiente extracto de conversación formulado por una enfermera participante en uno de nuestros grupos de discusión vemos cómo se liga la mala gestión hospitalaria al hecho de que los gestores actúen en su condición de políticos. Ellos no conocen la “auténtica realidad”:

No sé si sería mejor que la gestión se hiciese desde el propio centro o desde Sevilla<sup>5</sup>, no creo que cambiase mucho, eh..., y voy a decir una barbaridad (risas)... no, que mientras sean políticos los que estén disponiendo de ese tipo de cosas, es que al final lo tengo que decir: no pueden, no viven la realidad social que está existiendo en un Hospital de cualquier sitio, me da igual, no miran las necesidades de los hospitales, vamos (Grupo de discusión N° 4, de 10 de abril de 2014).

Por otro lado, su participación en procesos de desarrollo, como la evaluación del desempeño o la carrera profesional, es explicado bajo los mismos criterios: diseñado a su medida, ya que son sólo ellos los que pueden dedicarles el suficiente tiempo, además de tener más fácil acceso a todo tipo de formación y sesiones clínicas (especialmente valoradas en los procesos de acreditación de competencias, requisito previo y necesario para el acceso a la carrera profesional). No tienen problema para asistir a acciones formativas dentro de la jornada laboral (los trabajadores asistenciales tienen más complicado el ausentarse de su puesto de trabajo para participar en tales actividades), acusándolos de cierta “picaresca” para conseguir los méritos necesarios para acceder a la carrera. Por tanto, los privilegios asociados a sus funciones son utilizados en provecho personal (como, por ejemplo, una remuneración económica extra).

### **Punto de vista ontológico**

En definitiva, mientras los repertorios críticos se encargan de denostar la función de los trabajadores no asistenciales en tanto sujetos políticos dejando al margen a los técnicos (considerados como meros operarios sin ningún tipo de responsabilidad), las descripciones ontológicas van a actuar ocupándose precisamente de establecer las características más intrínsecas y personales de estos últimos. El discurso ontológico funciona a modo general aislando los atributos negativos utilizados por los críticos para so-

---

<sup>5</sup> Ciudad capital de la región donde se sitúa el centro político y administrativo del sistema.

cavar la versión oficial del sistema, ensalzando a la vez la bondad de su filosofía. La misma suerte correrán, por ende, sus ideólogos y responsables. No sólo son liberados de toda carga por sus —posibles— malas prácticas, sino que se va a poner en valor su labor, al estar guiada por principios humanistas. Sólo serán atacados en su condición de políticos, como hemos visto.

Por ideólogos nos referimos a los trabajadores no asistenciales encargados de diseñar y desarrollar el aparato conceptual del modelo, es decir, los técnicos que forman parte de la Agencia de Calidad, además de los miembros de los equipos multidisciplinares consultados para su gestación. Los técnicos, a diferencia de los ideólogos, se ocupan de poner en práctica los procesos derivados de la anterior filosofía gerencial en cada uno de los centros que integran el sistema sanitario público andaluz. Son los responsables directos de los trabajadores asistenciales, aunque también formarían parte de este grupo todo el equipo de selección y desarrollo de recursos humanos encargado de adecuar el modelo a las circunstancias específicas de su centro de trabajo, así como de supervisar y coordinar toda la puesta en marcha. Ambos sujetos son descritos como trabajadores cuya principal motivación es la de generar un auténtico entorno de desarrollo profesional y humano para el conjunto de la organización, estando en este sentido cargados de buenas intenciones, con independencia de que en la práctica sean puestas en tela de juicio por los hechos denunciados por los críticos, tal y como reconoce la siguiente sindicalista:

Estas cosas son las que dan pena, porque seguro que detrás de todos estos proyectos hay mogollón de gente trabajando, mogollón de gente con muchísimas intenciones de mejorar, de valorar, que esto sea estímulo, que tal... y se desvirtúa... llega la realidad y no, no es lo que pretendía ser (Entrevistado N° 1, entrevista personal, 12 de noviembre de 2013).

Estos repertorios propugnan la conveniencia de asumir el humanismo y la mejora continua como filosofía de trabajo, siendo en esta dirección en la que trabajan los no asistenciales a expensas de los políticos. La verdadera función del trabajador no asistencial es, entonces, la de guía o tutor más que la de sancionador de resultados. No han de actuar de forma coercitiva porque los trabajadores ya están de por sí suficientemente motivados hacia la mejora continua de su quehacer diario. De ahí que se hable de desarrollo por el desarrollo y no de incentivos, los cuales se convierten en meros elementos accesorios.

### **Punto de vista legitimador**

Desde un punto de vista legitimador, la labor gerencial realizada por estos trabajadores es descrita como producto de la más completa objetividad, fiabilidad y rigor, siendo concebidos en este sentido como trabajadores altamente cualificados en tanto crean y usan conocimiento tecno-científico. La objetividad se torna en condición necesaria para desempeñar su trabajo, ya que han de sancionar con justicia y total distanciamiento del hecho o sujeto a evaluar. El conocimiento tecno-científico en que basan sus prácticas viene derivado del positivismo teórico-metodológico de la ciencia utilizado como elemento legitimador de sus actuaciones al considerar que cuenta con una amplia aceptación académica. Las anteriores características los hace presentarse como los auténticos conocedores de la realidad organizacional, siendo los más capacitados para analizarla, diagnosticarla y tomar decisiones correctivas. En este sentido, su función sería concebida de forma similar a la consultoría experta, tal y como la define Edgar Henry Schein (1988/1990), donde se establece una especie de relación médico-paciente entre los expertos consultores y la organización.

La organización funciona adecuadamente, de forma coordinada y sincronizada gracias a ellos, de ahí que se reclame la figura del técnico y/o tecnócrata para definirlos en contraposición con las características del político, al que se le atribuyen las connotaciones negativas anotadas por los repertorios críticos. Podemos hablar, entonces, de un punto de conexión crítico-legitimador, ya que mientras los primeros rechazan a los sujetos políticos al defender su visión corporativa en menoscabo de los “auténticos” intereses asistenciales, los segundos niegan igualmente la utilización de este atributo como característica propia de las funciones gerenciales en tanto conllevaría asumir que sus decisiones no son necesariamente objetivas y, por tanto, podrían ser contestables y discutibles.

Así, sus tareas son consideradas netamente técnicas, descritas de forma análoga al trabajo en un laboratorio donde se actúa bajo los parámetros del conocimiento científico, con todo lo que esto implica (objetividad, justicia, rigor, universalidad de actuación, etc.) En el siguiente extracto unos técnicos de recursos humanos explican cómo evalúan las competencias en los procesos de selección que se encargan de llevar a cabo. Como vemos, la relación que mantienen con los candidatos es distante, ellos y los responsables saben lo que buscan, tienen un diagnóstico, en este caso un déficit de personal y unos determinados requisitos para el puesto. La solución al problema se explica como una relación lineal causa-efecto: mides, provocas y, por fin, se manifiestan las competencias, de forma similar a una fórmula química para pasar de un estado a otro.

Entrevistado 1: Tu imagínate que cada competencia puede tener veinte o treinta indicadores, ¿no?, pues ella (técnico) se reúne con los responsables y

dice, bueno, lo que nos interesa es medir estos indicadores dentro de esta competencia, ¿no?, luego ya va midiendo, va midiendo, según se manifiesta [...] Y también va..., y corrígeme, porque no tengo mucha idea pero, eh, de alguna forma vas provocando también que la persona pueda manifestarlo...

Entrevistado 2: Hombre claro, le pones situaciones, por eso es súper importante, les pones situaciones donde se deba manifestar... acción y resultado (Entrevistado N° 11, entrevista personal, 8 de febrero de 2014).

## Ciudadanos

Los ciudadanos son puestos en escena en el discurso por los grupos de interés tenidos en cuenta al no haber estado presentes en la constitución del corpus. Esto no quiere decir que no existan, más bien que su existencia pasa a depender de las descripciones que de ellos hagan los anteriores. De hecho, forman parte activa de su realidad.

### **Punto de vista crítico**

Los discursos críticos entienden que la ciudadanía ha de tener una participación restringida tanto en la toma de decisiones asistenciales como gerenciales, no admitiendo un protagonismo excesivo que los convierta en los reyes del sistema asumiendo el control de su práctica profesional. Desde esta postura, son construidos como sujetos cargados de derechos, y ninguna obligación, que no son capaces de utilizar con responsabilidad. En la declaración de la siguiente enfermera vemos cómo se describe este hecho, condicionando la práctica profesional:

El paciente tiene demasiados derechos y pocos deberes, debe ser el centro, está claro, porque sin pacientes esto no tiene sentido, la sanidad no tiene sentido si no hay un paciente, pero es que ahora mismo es el centro absoluto y el que lleva la razón. Vamos a ver, urgencias, la definición de urgencia es todo lo que el paciente considere urgente (Entrevistada N° 14, entrevista personal, 14 de marzo de 2014).

De este modo se constituyen, junto a los responsables políticos, en unos nuevos agresores de su profesionalidad, en una especie de “verdugos indirectos”. Es decir que, aunque no ocupen formalmente ningún puesto de responsabilidad que los habilite para tomar decisiones de gestión, se encuentran investidos con el suficiente poder como para condicionar las decisiones gerenciales y profesionales, toda vez que su satisfacción se convierte en la principal máxima de la filosofía de la calidad. Por tanto, el trabajador asistencial ya no es el dueño absoluto de sus decisiones, sino que ha de ple-

garse en gran medida a los dictámenes de una nueva ciudadanía, cargada de derechos y pocas obligaciones.

Entender los derechos otorgados a la ciudadanía como una concesión excesiva es el principal argumento utilizado para describir, como venimos comentando, este nuevo ataque al profesionalismo asistencial, pero esta argumentación se va a completar y ampliar extendiéndola más allá del ámbito estrictamente profesional, ya que podría perder validez si se deja la puerta abierta para que este hecho pueda atribuirse al interés corporativo de los trabajadores asistenciales. Así, se explica cómo lo que se está haciendo, en el fondo, es también un ataque al interés general de la organización. Es decir, si los profesionales son, en cierto modo “obligados” a adoptar decisiones más por responder al “capricho” del ciudadano, que porque estén basadas en criterios profesionales-organizativos, por ejemplo, se concebirán medidas que puedan repercutir en un mayor gasto sanitario.

### **Punto de vista ontológico**

La descripción ontológica de la ciudadanía gira en un sentido diferente al anterior. El humanismo que estos repertorios toman por bandera, se encuentra impregnado por un cierto halo filantrópico, siendo precisamente esta característica la que vamos a destacar aquí, ya que juega un importante papel en esta nueva descripción de los ciudadanos. En este sentido, se va a enfatizar la condición de persona de los usuarios del sistema, en tanto merecedores de recibir la mejor calidad asistencial posible. Se deben poner todos los esfuerzos y medios para atender a sus necesidades, cuestión que se convierte en una obligación ética ineludible para todo aquel que se considere un buen profesional sanitario. Los problemas acerca del profesionalismo, más o menos importantes, que puedan tener los trabajadores pasan, entonces, a un segundo plano. La figura de verdugos lejanos desaparece, pasando a convertirse en sujetos a los que se les debe la máxima consideración.

No obstante, sí que se reconocen ciertos límites en la anterior afirmación, al entenderse que los pacientes no han de condicionar la práctica profesional, pero esto no quita que sean considerados el centro de la gestión sanitaria en el sentido humanista al que nos estamos refiriendo. Dichos límites se refieren a la concepción de la gestión desde una lógica mercantilista en la que ganaría el centro sanitario que más y mejor satisfacción produzca a sus pacientes, que lo elegirían libremente dentro de un mercado perfecto. La centralidad del paciente no se considera como un ataque si se describe en términos humanistas. Podemos destacar al respecto la siguiente afirmación producida por la directora de una Agencia Pública Sanitaria donde se observa muy bien el anterior argumento.

Que el cliente siempre tiene la razón ha sido una frase que yo no comparto, y alguna vez se ha utilizado para el sistema sanitario, el paciente no siempre tiene razón, pero el paciente siempre tiene que estar en el centro de nuestras actuaciones, y cuando digo en el centro no es que sea la estrella, lo que digo es que es nuestro motivo de ser (Entrevistado N° 9, entrevista personal, 25 de marzo de 2014).

### **Punto de vista legitimador**

Los cambios introducidos por la Nueva Gestión Pública en la gestión sanitaria han conducido a la asunción de modelos gerenciales basados en la filosofía de la calidad determinando radicalmente la concepción y trato hacia la ciudadanía. Los repertorios legitimadores, en tanto entienden la organización desde una lógica gerencial positivista donde lo que no se puede medir no se puede gestionar, convertirán su satisfacción en la principal variable a manejar por la dirección asistencial.

Esto significa concebirlos, inevitablemente, desde una lógica de mercado donde su satisfacción ha de ser medida de la forma más fiable posible al convertirse en un indicador de referencia para decidir qué centros sanitarios prestan peor o mejor calidad asistencial. Tradicionalmente los ciudadanos han sido considerados como sujetos distantes y pasivos, cuya atención personal era, si no indiferente, secundaria e intrascendente. De hecho, lo que verdaderamente importaba para la organización y sus profesionales era ofrecerles una correcta asistencia sanitaria, sin la mayor preocupación por la percepción del servicio recibido. En las últimas décadas, los nuevos modelos gerenciales inspirados, como decimos, en las prácticas de gestión privadas, los van a colocar en el centro de la gestión sanitaria, otorgándoles un protagonismo inédito hasta el momento, si bien en un sentido diferente al que se refieren los ontológicos.

Tal protagonismo se torna en descripciones que los presentan como sujetos informados y cargados, necesariamente, de derechos, miembros de sociedades complejas y desarrolladas a cuyas exigencias habrán de responder con la mayor premura, eficacia y eficiencia posibles. Como personas informadas que son han de ejercer su derecho a la libre elección con las máximas garantías en un mercado sanitario transparente que así lo haga posible. Otorgar a un ciudadano la posibilidad de elegir libremente el servicio sanitario que estime oportuno significa atribuirle ciertas capacidades como la autonomía, información, exigencia, etc., que son las que les faculta para ejercer tal derecho. El Plan de Calidad describe la importancia del protagonismo y papel activo de los ciudadanos en la introducción que realiza al apartado donde se ocupa de ellos:

El papel de los ciudadanos en el ejercicio de su autonomía y participación en las decisiones sobre su salud es no sólo una exigencia, sino también una

oportunidad. La construcción de un sistema sanitario más eficiente y seguro, exige generar y compartir con el paciente un entorno de confianza en la toma de decisiones individual y la corresponsabilidad en la utilización de los servicios, compartiendo el conocimiento disponible (Junta de Andalucía, 2010c, p. 23).

Si el ciudadano pasa a describirse desde su condición de cliente, tal y como se entiende en el ámbito privado, la organización va a hacer depender su existencia de la percepción de la satisfacción de estos.

## Consideraciones finales

Con la identificación de los repertorios realizada en la primera fase de investigación afirmábamos la naturaleza multi-discursiva del SSPA como realidad poliédrica que es y la aparición de nuevas resistencias asociadas a las nuevas prácticas de gestión, si bien, más relacionadas con la forma que con el fondo de la filosofía sustentada en dichas prácticas. De este modo, pasamos a realizar diferentes consideraciones al respecto de los modelos de subjetividad construidos por estos repertorios, como hemos visto.

## Sujetos dependientes de los discursos

Los argumentos de los conjuntos discursivos identificados son coherentes y consistentes internamente de acuerdo a la versión de la realidad que mantienen y en este sentido las construcciones de subjetividad que realizan se encuentran igualmente en completa sintonía con sus argumentos. Quiere esto decir que las descripciones de los sujetos que acabamos de realizar son completamente dependientes de las funciones del conjunto argumental al que pertenecen. Así, por ejemplo, presentar a los trabajadores asistenciales como víctimas pasivas de las injusticias del sistema no es más que una consecuencia directa de entender el modelo gerencial desde un punto de vista crítico, es decir, subjetivo, arbitrario y controlado por factores políticos.

## Sujetos multireferenciales

Cuestión bien distinta es que la subjetividad se construya desde una única referencia discursiva, todo lo contrario, hemos observado cómo a lo largo de las distintas entrevistas los informantes se han descrito a sí mismos y a los demás mediante los repertorios interpretativos que tenían a su alcance, sin seguir un único patrón referencial discursivo. Somos capaces de adoptar múltiples formas de subjetividad, más hoy en día en que estamos expuestos a discursos procedentes de instancias cada vez más heterogéneas cultural y geográficamente, tal y como explica Kenneth J. Gergen (1992/2010)

con la introducción del concepto de “multifrenia”. Entendemos, de este modo, la subjetividad como un proceso individual de apropiación activa de distintos discursos que serán asimilados total o parcialmente por cada sujeto. En este sentido somos productos multidiscursivos, lo que no quiere decir que estemos inevitablemente determinados. Si los sujetos, además de producto, son productores (enunciadores) de discursos, tanto en un extremo u otro de este rol —intercambiable—, son potencialmente capaces de asumir cierta autoría sobre los mismos. Aquí es precisamente donde radica el núcleo constitutivo de la subjetividad. Podemos decir que las construcciones de subjetividad responden más a un modelo multireferencial-discursivo que a una estructura coherente de significados generada en el interior del individuo racional (Gardner, 1987), en contraposición a lo que supondría adoptar una visión cognoscitiva del sujeto.

### **Consideraciones indexicales**

No obstante, debemos matizar lo anterior teniendo en cuenta algunos aspectos indexicales que pueden haber afectado a la utilización de los discursos en el contexto de enunciación en que fueron recogidos, es decir, una entrevista de investigación. Así, por ejemplo, los repertorios críticos se utilizan de forma más tímida que los ontológicos y legitimadores —a excepción de algunos trabajadores asistenciales y los sindicalistas— y siempre atribuyendo sus declaraciones a la propia percepción personal y no a un juicio global, mitigando así sus posibles consecuencias negativas. Incluimos a los sindicalistas como parte de los trabajadores asistenciales ya que, aunque no realicen labor asistencial directa, sí que ostentan legalmente su representación, siendo un importante lugar de enunciación crítico. Queremos decir con esto que mantener una postura crítica dentro del sistema acarrea más problemas que asumir una ontológica y/o legitimadora, al corresponderse con la visión oficial, además de tratarse de discursos más hegemónicos, por lo que las afirmaciones en este sentido tienen mucho más peso al encontrar anclajes externos al contexto discursivo de enunciación. Podemos señalar al respecto el caso de ciertas Escuelas de Negocios de reconocido prestigio defendiendo los postulados que aquí hemos denominado como legitimadores en tanto se basan en la gerencia propuesta por la Nueva Gestión Pública. De todos modos, esto no quita que nuestros informantes hayan utilizado el total de repertorios a su disposición, independientemente del grupo de interés con que se identifiquen. Dicho esto, vamos a desgranar más pormenorizadamente algunas de las principales consecuencias atribuidas a las descripciones presentadas:

**1. Críticos pasividad paralizante.** Apuntábamos cómo las nuevas prácticas gerenciales venidas de la mano de la filosofía de la calidad conllevaban el surgimiento de múltiples resistencias, hecho constatado en contextos equidistantes con circunstancias

similares (García Álvarez, 2007), formando la base de los discursos críticos. Las aportaciones de estos repertorios a los procesos de subjetivación son variadas y, desde nuestro punto de vista, no siempre positivas. Independientemente de que compartamos o no su punto de vista, la victimización, pasividad y estoicismo con que son descritos los trabajadores asistenciales los coloca en una situación de inactividad y hastío poco deseable donde no quedaría espacio para el cambio. Se anularía, así, la capacidad constructiva de estos trabajadores. De ahí que los no asistenciales, en tanto políticos, aparezcan en escena como los verdugos de los primeros, condición que tampoco compartiríamos, ya que implicaría, por el contrario, sobrevalorar su capacidad constructiva. Lo mismo podríamos decir de los ciudadanos que, de forma indirecta, también aparecen en una situación de poder por encima de los primeros.

En definitiva, la principal crítica que realizamos sobre las construcciones que se hacen desde estos repertorios es la de poner el dedo en la balanza señalando, demasiado rápido, a los “buenos” y a los “malos”. Como decimos, si reconocemos una capacidad de influencia mutua y la existencia de juegos de poder, un discurso que diferencie entre activos/pasivos negaría la capacidad de transformación de unos encumbrando la de otros, situación que llevaría a la organización a una situación de bloqueo causante de “resistencias invisibles” con consecuencias igualmente imprevisibles.

**2. Más en la forma que en el fondo.** Por otro lado, en la primera fase de investigación, afirmábamos cómo las estructuras críticas no son tan distantes de las legitimadoras y ontológicas debido a que atacan más la forma que el fondo de las prácticas gerenciales. Son más una respuesta a las circunstancias concretas que actualmente están determinando la actividad asistencial de los trabajadores que a la filosofía gerencial que encierra el sistema. Podemos continuar afirmando lo anterior en lo que respecta a este análisis de subjetividades. Recordamos cómo, desde un punto de vista crítico, la función de los no asistenciales era socavada en razón de su condición política, dejando al margen a los técnicos, salvaguardados, a su vez, por los ontológicos al describir la bondad de sus actuaciones debido a su humanismo. Esto supone un punto de anclaje entre críticos y legitimadores, ya que ambos menosprecian lo político como característica de los técnicos e ideólogos. Ningún repertorio hace una crítica profunda hacia aquellos valores asociados a la actual sociedad de mercado neoliberal y que podrían tener su reflejo en lo que nosotros hemos llamado ontológicos (humanismo, evolución, ética de la excelencia, desarrollo personal y profesional continuo, etc.), ni incluso con los valores gerenciales postmodernos propios de la Nueva Gestión Pública (objetividad, tecnocracia, universalidad, conocimiento experto, libertad de elección, etc.). Lo político y los políticos se convierten, de forma generalizada, en el chivo expiatorio de los males del sistema.

Podemos hablar, entonces, de una hegemonía de los discursos legitimadores mayor de lo que pudiera parecer, si tenemos en cuenta la gran aceptación de los ontológicos y su función bisagra entre críticos y legitimadores.

**3. Críticas a algunos valores ontológicos.** Por último, algunos de los valores ontológicos, tal y como han sido aquí descritos, han de ser puestos en tela de juicio, como por ejemplo la asunción incondicional de la ética de excelencia sin cuestionar sus consecuencias personales (Gómez y Meneses, 2010, pp. 203-208). Además, queremos hacer mención a la distinción que hacen entre Joven vs. Viejo (o de forma similar, Antiguo vs. Moderno). Nos parece que realizar atribuciones positivas y/o negativas a una característica como la edad no es deseable, primero porque no necesariamente ha de ser así y, segundo, porque significa realizar atribuciones en base a un hecho invariable, negando radicalmente su posibilidad de cambio y transformación.

## Conclusiones

---

La metodología propia de la consultoría constructora de las organizaciones es la cualitativa y normalmente la investigación acción participante se convierte en la referencia para la intervención dentro de las organizaciones desde este enfoque (Quijano, 2006, p. 137, Martín-Quirós y Zarco, 2009). De este modo, concluimos defendiendo, una vez constatada la naturaleza multidiscursiva del sistema sanitario, la necesidad gerencial de adoptar un modelo dialógico de gestión basado en dicha metodología participativa donde, se considere la pluralidad conformante del sistema sanitario: concebir la organización de una u otra forma, como hemos visto, tiene consecuencias subjetivas. Esta metodología se caracteriza por prestar “particular atención a la participación e influencia de todos los actores o stakeholders implicados” (Quijano, 2006, p. 137).

Las aportaciones que acabamos de presentar en esta investigación pueden entenderse como diagnóstico preliminar de la situación problemática que aludíamos al inicio: la cultura de la calidad no termina de “calar” en el sistema. En este sentido, los resultados presentados se podrían considerar como una intervención organizacional (Quijano, 2006, p. 144), pero, antes de nada, tendríamos que detenernos en algunas consideraciones al respecto de su validez:

En cuanto a su validez externa, apuntamos que esta no la entendemos desde el concepto de generalización positivista, sino como “ganar alguna experiencia sobre la organización particular observada [...] para utilizarla como ideas o conocimientos pertinentes para la comprensión de situaciones afines en contextos distintos” (Quijano, 2006, p. 139); en este sentido la generalización desde un punto de vista constructora tiene que ver con el concepto de “resonancia” propuesto que señala Santiago Quija-

no, es decir, la pertinencia o traslación del caso a otros contextos. En este sentido apuntábamos como ejemplo de “pertinencia” a la investigación de Claudia María García en un contexto distinto pero con circunstancias similares (sistema sanitario colombiano) donde llega a consecuencias similares a las aquí expuestas para el caso español (García Álvarez, 2007) cuando los nuevos modelos gerenciales no son asumidos al cien por cien: la aparición de resistencias.

Por otro lado, la validez interna de los resultados está relacionada con la influencia, o no, de la investigación sobre los grupos de interés identificados en cuanto a su “rol de protagonistas del cambio” (Quijano, 2006, p. 141). En este sentido, el rol de los consultores-investigadores desde esta perspectiva no es otra que la de hacer emerger las “ideas e imágenes conscientes y/o inconscientes” (Quijano, 2006, p. 130) de los grupos de interés con respecto a la organización, precisamente por las consecuencias constructivas que estas tienen. No obstante, dicha validez queda a expensas del cumplimiento de los siguientes requisitos: el que la dirección de la organización (así como el resto de grupos de interés) reconozcan la aportación de este proyecto y, en dicho caso, apuesten por asumir (conscientemente) la responsabilidad del cambio como un problema que les afecta y en cuya solución se han de alinear con los investigadores en una relación horizontal de ayuda mutua, es decir, no de experto-cliente, sino de co-participación.

Por tanto, apostamos por crear cauces que permitan llegar a acuerdos sobre qué organización se aspira a ser (y cómo conseguirlo), donde se incluya a todos los grupos de interés afectados. Una vez esto se produzca, entendemos que el principal reto a asumir por los trabajadores es, precisamente, el de conocer consciente y críticamente los modos de subjetivación de que forman parte. Sólo de esta forma podrán ir consiguiendo un papel más activo en su continua “autoconstrucción”. Una determinada concepción de la organización necesita un determinado modelo de trabajador que la sustente y haga posible su continua existencia, transformación y mejora.

## Referencias

---

- Amigot, Patricia & Martínez, Laureano (2013). Gestión por competencias, modelo empresarial y sus efectos subjetivos. Una mirada desde la psicología social crítica. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1073-1084. <http://dx.doi.org/10.11144/6488>
- Antaki, Charles; Billig, Michael; Edwards, Derek & Potter, Jonathan (2003). El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital*, 3, 14-35. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n3.64>

- Congreso de los Diputados (1991, septiembre). *Diario de sesiones del Congreso de los Diputados* (306, núm. 38). Recuperado de:  
[www.congreso.es/public\\_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO\\_306.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF)
- Echevarría, Koldo & Mendoza, Xavier (1999). La Especificidad de la Gestión Pública: el Concepto de Management Público. En Carlos Losada i Madorrán (Ed.), *¿De Burócratas a Gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado* (pp. 15-46). Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Foucault, Michel. (1980/1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta. (2ª edición)
- Freeman, Edward & Reed, David L. (1983). Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review*, 25(3), 88-106. <http://dx.doi.org/10.2307/41165018>
- Garay, Ana; Íñiguez, Lupicinio & Martínez, Luz María (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 7, 105-130. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/240>
- García Álvarez, Claudia María (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143-154. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/101>
- García Álvarez, Claudia María (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica*, 10(3), 841-853. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/528>
- García Sánchez, Isabel María (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, 47, 37-64.
- Gardner, Howard (1987). *The New Science of Mind*. New York: Basic Books Publishers.
- Gergen, Kenneth J. (1992/2010). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, Kenneth J. (1973/1998). La psicología social como historia. *Anthropos*, 177, 39-49.
- Gil-Juárez, Adriana & Vitores González, Anna (2011). *Comunicación y discurso*. Barcelona: UOC.
- Gómez y Patiño, María & Meneses Carvajal, Aldo (2010). Repensar la identidad individual en el proceso de participación en el nuevo estilo de management. *Revista Enfoques*, 8(13), 197-210.
- Ibáñez, Tomás (Ed.) (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai.
- Íñiguez, Lupicinio & Antaki, Charles (1994). El análisis del discurso en Psicología Social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.
- Irigoyen, Juan (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48(2), 277-293. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_poso.2011.v48.n2.4](http://dx.doi.org/10.5209/rev_poso.2011.v48.n2.4)
- Jiménez, Alfonso (1997). La gestión por competencias: una nueva manera de gestionar la organización y las personas desde un nuevo paradigma. En Miguel Ordóñez Ordóñez (Ed.), *Psicología del Trabajo y Gestión de Recursos Humanos* (pp. 347-364). Barcelona: Gestión 2000.

- Junta de Andalucía (2006). *Modelo de gestión por competencias del SSPA*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Junta de Andalucía (2010a). *Plan Estratégico 2010-2013*. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria.
- Junta de Andalucía (2010b). *Plan Estratégico 2014-2017*. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria.
- Junta de Andalucía (2010c). *Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010-2014)*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Ley 2/1998, de 15 de junio de 1998 (BOE del 4.08.1998). Extraído de [www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-18720](http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-18720)
- Lorenzo, Susana. (2008). Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 186-191. [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)76091-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111(08)76091-6)
- Martín Martín, José Jesús (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Martín-Quirós, M<sup>a</sup> Angustias & Zarco, Victoria (2009). *Psicología del trabajo, de las organizaciones y de los recursos humanos. Un área abierta a la reflexión*. Madrid: Pirámide.
- Potter, Jonathan (1998). *La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.
- Quijano, Santiago (Dir.) (2006). *Dirección de Recursos Humanos y Consultoría en las organizaciones. El ASH (Auditoría del Sistema humano)*. Barcelona: Icaria editorial, S.A.
- Román Brugnoli, José Antonio (2007): Lo que las metáforas obran furtivamente: discurso y sujeto. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), art. 12. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702122>
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. London: Cambridge University Press.
- Schein, Edgar Henry (1988/1990). *Consultoría de procesos. Recomendaciones para gerentes y consultores*. Buenos Aires: Addison-Wesley Iberoamericana.
- Suurmond, Jeannine M. (2005). *Our talk and walk. Discourse analysis and conflict studies* (Working paper 35). The Hague: Netherlands Institute of International Relations "Clingendael".
- Taylor, James R. (2001). The "rational" organization reconsidered. *Communication Theory*, 11(2), 137-177. <http://dx.doi.org/10.1093/ct/11.2.137>
- Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En Angel Juan Gordo López & José Luís Linaza (Eds.), *Psicologías, discursos y poder* (pp. 63-78). Madrid: Visor.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

**Atribución:** Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)