



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

**“LA IDEOLOGIA EN LA REESTRUCTURACION PRODUCTIVA DE LOS HOSPITALES
PUBLICOS EN COLOMBIA Y MEXICO”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA.

PRESENTA:

ALEJANDRO PERDOMO RUBIO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. CAROLINA TETELBOIN HENRION

ASESORES: DR. GILBERTO HERNANDEZ ZINZUN

DR. EDGAR JARILLO SOTO

AGOSTO DE 2013

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	7
INTRODUCCION.....	8
PRIMERA PARTE	12
1. PROPUESTA DE ANALISIS DESDE UNA CRÍTICA IDEOLOGICA PARA EL ESTUDIO DE LA PRODUCCIÓN DE LA ATENCION Y LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS: LOS CASOS DE COLOMBIA Y MEXICO.....	12
1.1. ANTECEDENTES SOCIO POLITICOS DE LA REESTRUCTURACIÓN	12
1.1.1. El caso de Colombia.....	12
1.1.2. El Sistema de Salud y la Reforma Sanitaria en Colombia	14
1.1.3. El caso de México	18
1.1.4. El Sistema de Salud y la Reforma Sanitaria en México.....	22
1.2. ESTADO DEL ARTE	29
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
1.4. JUSTIFICACION	34
1.5. OBJETIVOS	35
1.5.1. Objetivo General	35
1.5.2. Objetivos Específicos	35
1.6. MARCO TEORICO	35
1.6.1. Los Dispositivos de Poder	35
1.6.2. El Poder y el Saber.....	37
1.6.3. La Ideología.....	38
1.6.4. La Ideología como Complejo de Ideas o Paradigma.....	40
1.6.5. La Lectura de Síntomas.....	41
1.6.6. Análisis Crítico del Discurso	42
1.6.7. La Reestructuración Productiva Hospitalaria.....	44

1.6.8. Las Tecnologías de Gestión de la Burocracia Profesional.....	46
1.7. METODOLOGIA	48
PARTE 2.....	53
2. LOS PARADIGMAS IDEOLÓGICOS DE LA PLANIFICACIÓN NORMATIVA Y LA MODERNIZACIÓN NEOLIBERAL: CONTEXTOS DE EMERGENCIA Y DISPOSITIVOS DE PODER	53
Introducción	53
2.1. Contextos de emergencia de los discursos paradigmáticos.....	54
2.1.1. El contexto en el que emergen los discursos de la Planificación Normativa en Salud en los años 60	54
2.1.2. El contexto en el que emergen los discursos de la Reforma Sanitaria de los 90	56
2.2. Los Dispositivos de Poder en los discursos de las agencias internacionales.....	59
2.2.1. Los dispositivos de poder en los paradigmas de la Planificación Normativa	59
2.2.2. Los dispositivos de poder en los discursos de la Modernización Neoliberal.	60
2.2.3. Conclusión.....	65
3. DISPOSITIVOS DE PODER Y CONSTITUCIÓN DE SUJETOS EN LOS PARADIGMAS DE LAS TRANSFORMACIONES HOSPITALARIAS.....	67
Introducción	67
3.1. La reestructuración productiva hacia afuera: Estado y aseguradora-articuladora	67
3.1.1. El Estado modulador y seductor	67
3.1.2. Aseguradoras o articuladoras: institución que agiliza el dinero y los temores	73
3.2. Las reestructuraciones productivas hacia adentro: objeto y medios de trabajo	76
3.2.1. El Objeto de Trabajo Hospitalario: de la patología al riesgo y su apropiación por el management	76
3.3. Tecnologías y actos	79
3.3.1. Organizacionales: sólidos y jerárquicos vs flexibles y en redes	79
3.3.2. Tecnologías en el trabajo clínico y administrativo: Tareas e Instrumentos vs Estándares y gestión clínica.....	82

3.4.	Producción de Sujetos y el orden hospitalario	85
3.4.1.	De pacientes trabajadores a consumidores en potencia	87
3.4.2.	Directivos y planificadores vs management y gerentes	90
3.4.3.	Del Cuerpo Médico a operadores técnicos y clientes internos	93
3.5.	Conclusiones.....	96
4.	LA IDEOLOGÍA SOBRE LAS REESTRUCTURACIONES PRODUCTIVAS HOSPITALARIAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DE MÉXICO	98
	Introducción	98
4.1.	Contexto Mexicano: Corporativismo y continuidad	100
4.1.1.	Contexto Socio Político.....	100
4.1.2.	Contexto del campo de la salud	103
4.2.	La Ideología Modernizante Neoliberal en las Políticas Públicas de Salud Mexicanas ..	108
4.2.1.	El Estado Seductor Mexicano.....	111
4.2.2.	El Estado Segregador e integrador.....	114
4.2.3.	La Articulación: La Protección Social en Salud y el Seguro Popular en Salud.....	114
4.3.	Ideología y el proceso de trabajo hospitalario	119
4.3.1.	Objetos de Trabajo en el Sistema de Salud en México	119
4.3.2.	Las Tecnologías Organizacionales	120
4.3.3.	La Autonomía Hospitalaria en México	120
4.3.4.	Calidad.....	124
4.3.5.	Recursos humanos	127
4.4.	Conclusión	128
5.	LA IDEOLOGIA EN LA REESTRUCTURACION PRODUCTIVA DE COLOMBIA	129
	Introducción	129
5.1.	Contexto Colombiano: Cambio, Violencias, Modernización y Mercado	130
5.1.1.	Contexto Socio Político.....	130

5.1.2.	La Situación del Sistema de Salud	132
5.2.	La Ideología Modernizante Neoliberal en las Políticas de Salud Colombianas.	137
5.2.1.	El cambio: del estatismo al mercado.....	137
5.2.2.	Borramiento de otros posibles significados del sistema de salud	140
5.2.3.	Un cambio ceñido a la Banca Multilateral.....	141
5.2.4.	El Estado modulador del sector salud colombiano: Jueces, tecnócratas, management e información	142
5.2.5.	Estado, Integración y Fosyga	146
5.2.6.	El Estado, los Principios de la SGSSS y su articulación al mercado de la salud	146
5.2.7.	Estado como Riesgo.	148
5.2.8.	Aseguradoras y los alcances del acceso en la ideología.....	149
5.3.	El Proceso de Trabajo hospitalario en Colombia	151
5.3.1.	El Objeto de Trabajo: riesgos y mercancías.....	151
5.3.2.	Las Tecnologías en el pluralismo estructurado colombiano.....	152
5.3.3.	Tecnologías organizacionales: los hospitales-empresa.....	152
5.3.4.	Calidad.....	155
5.3.5.	La gestión del Trabajo	156
5.3.6.	Financiamiento.....	157
5.4.	Conclusión	158
6.	LA IDEOLOGIA EN LOS PARADIGMAS DE LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA HOSPITALARIA EN AMERICA LATINA	159
6.1.	Transformaciones Ideológicas y la armonía del Campo de la Salud	160
6.2.	Razón e Información como puntos nodales Ideológicos.....	166
6.3.	Neutralidad de la Razón e Información.....	167
7.	CONCLUSIONES	172
8.	SIGLAS	175

9. BIBLIOGRAFIA176

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi directora de tesis Carolina Tetelboin Henrion con quien revisamos las múltiples versiones de los documentos elaborados y me acompañó en decisiones trascendentales que orientaron la investigación. También a Gilberto Hernández Zinzun con quien discutimos largamente muchos de los análisis más fructíferos del trabajo. De igual forma, a Edgar Jarillo Soto y Oliva López Arellano quienes también me hicieron más fácil este tránsito por el doctorado, tanto aportando en la elaboración del trabajo y como directores del programa. A Eloisa Serrano Gonzalez por su paciencia y ayuda. A Sandra milena Ibañez Sastoque por su oportuno apoyo como asistente de investigación. A todos quienes me leyeron los documentos, especialmente a Luigi Conversa y Bernardo Rengifo, y me aportaron de mil formas.

Asimismo, quisiera agradecer a Diana del Rosario Izquierdo Mora y a Emiliano Perdomo Izquierdo, esposa e hijo, por alentarme y darme toda la energía para seguir el camino. A mi familia, mis padres y hermanos-as por su apoyo a la distancia.

INTRODUCCION

Constantemente hemos escuchado en ciertos espacios críticos al sistema de salud de Colombia que la alternativa al modelo debe constituirse desde abajo, desde los trabajadores y los ciudadanos. Sin embargo, también escuchamos que la salud como tema no los moviliza ni política ni socialmente. Hay no solo una aceptación y resignación a convivir con el sistema de mercado sino una imposibilidad por pensar y actuar por fuera de él. Los sectores que han propuesto alternativas son marginales y cuando aquellas son radicales estos son minoritarios.

Consideramos que la ideología hace un buen trabajo precisamente cuando sucede lo anterior. La ideología inmoviliza, despolitiza, bloquea las mentes y los cuerpos de los hombres y mujeres que podrían construir otra salud posible. Según la teoría ideológica al identificar y develar esos patrones discursivos que bloquean la acción de los sujetos, estos pueden darle un nuevo sentido a su subjetividad y politizarse (Zizek 2003b). Esta investigación como crítica ideológica pretende aportar en ese sentido.

La presente investigación trata sobre la producción de la atención en los hospitales públicos de Colombia y México, desde una lectura crítica de las ideologías hegemónicas que la acompañan, expresadas en los discursos paradigmáticos de las agencias multilaterales y los discursos oficiales, tanto en el capitalismo pesado del Estado Benefactor pero sobretudo en la reestructuración productiva del capitalismo neoliberal.

En el capitalismo pesado el Estado había asumido un papel central en la economía de los países latinoamericanos. Para asegurar la reproducción del sistema capitalista además de producir bienes y servicios a través de empresas de su propiedad y la planificación centralizada de la economía, garantizaba la reproducción social y biológica de la fuerza de trabajo apoyando el compromiso establecido entre el capital y el trabajo. Como parte de ese compromiso el Estado Benefactor creó instituciones de seguridad social para atender y mantener sanos a los trabajadores y a las Secretarías o Ministerios de Salud para atender a los desempleados.

En este periodo los hospitales públicos en Colombia y México tradicionalmente se habían organizado como Burocracias Profesionales (Mintzberg 1991) para producir la atención: una división en la planificación y la operación, al mejor estilo tayloriano, pero donde el cuerpo operativo, es decir, los médicos, tenían un papel muy importante en la dirección de la institución, muy distinto a lo que podía suceder en el campo industrial, por ejemplo. De esta forma, una característica principalísima de la burocracia profesional era la autonomía de los profesionales hospitalarios: se requería que los médicos no rindieran cuentas permanentes y escrupulosas a las directivas, ni a los usuarios, ni a los otros médicos de cada uno de sus actos. Y si se requería algún tipo de control sobre el proceso de atención sería ejercido por el mismo cuerpo médico. Además, la estandarización del trabajo se realizaba preferencialmente por fuera de la organización, en las instituciones de formación, especialmente las facultades de medicina.

La organización del hospital como Burocracia Profesional aseguraba que los actos de trabajo en los servicios clínicos se realizaran bajo las reglas y la vigilancia del cuerpo médico, procurando y facilitando la obtención de resultados eficaces. La eficacia de la medicina para mantener la fuerza de trabajo sana consolidaba el compromiso entre capital y trabajo y por lo tanto reproducía el sistema capitalista. No obstante, las actuales reestructuraciones productivas no buscan la eficacia sino la eficiencia hospitalaria. La introducción de relaciones de mercado, las tecnologías de gestión flexibilizantes y la búsqueda

incesante de la eficiencia al interior del hospital poco a poco trastocan la forma de producir la atención de la organización burocrática profesional.

Tras la caída del pacto de Bretton Woods emergió el capital financiero como motor de la economía capitalista. Asegurar esta hegemonía requiere un aumento en la rotación del capital, es decir, una aceleración del paso de su forma en dinero a la producción para de nuevo volver a su forma de dinero. Este aumento de la velocidad, requiere mayor eficiencia de las empresas, hacer más con menos y en menor tiempo, y a la par una aceleración del consumo de lo que se produce. Teniendo en mente la aceleración de la productividad y del consumo, se emprendieron sendas reestructuraciones productivas de las empresas que tenían como eje común su flexibilización, y además, el establecimiento de mecanismos de distinto tipo para inculcar el consumismo.

En el campo de la salud se presentaron estas reestructuraciones con sus obvios matices. Desde el último cuarto del siglo XX se emprendieron una serie de reformas a los sistemas de salud y las instituciones hospitalarias en la gran mayoría de los países de América Latina. Las reestructuraciones se realizaron por medio de la implementación de tecnologías de gestión tendientes hacia la flexibilización de la organización hospitalaria (Merhy 2006): diversificación del financiamiento, centralidad de la calidad y el usuario, transformaciones de los perfiles y condiciones laborales de los recursos humanos, gestión clínica, autonomía financiera y administrativa de las organizaciones, entre otras (OPS 2001).

En Colombia y México la reestructuración consistió en el paso de hospitales orientados por la eficacia a otros dirigidos por la eficiencia, por la productividad y la aceleración del consumo. Al igual que con las reformas sanitarias, las justificaciones de los cambios aducían que los hospitales públicos no solo debían hacer las cosas bien, sino hacerlas al menor costo posible (BM 1993). En ambos casos se consideró que para lograr la eficiencia y aumentar el consumo se debía insertar a la organización y sus miembros en relaciones de mercado. Las tecnologías de gestión fueron los mecanismos con que se pretendió encuadrar la organización en la lógica de mercado (Merhy 2006; 2008). Las reestructuraciones hospitalarias buscaban una mayor eficiencia institucional, con la aplicación de tecnologías de gestión flexibilizantes, en medio de relaciones de mercado.

Sin embargo, las formas y los resultados logrados tras las reestructuraciones fueron disímiles en Colombia y México. A casi 20 años de convertirse los hospitales públicos colombianos en Empresas Sociales del Estado, los problemas de gestión y en la atención han sido muy notables: se vive desde hace ya varios cuatrenios –los periodos presidenciales en Colombia son de cuatro años– una crisis hospitalaria que tiene a muchos de ellos al borde del cierre, serios inconvenientes en el financiamiento, de calidad, corrupción, barreras de acceso a los servicios, ineficiencia, ineficacia, y, además, un creciente malestar entre los actores del sistema, de la organización y en la sociedad en general (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2009a; 2010). La crisis tocó fondo y en este mismo momento se está gestando una nueva reforma al sistema sanitario.

En México, las reestructuraciones han llevado un curso distinto, han sido más paulatinas, menos traumáticas. Desde finales del siglo pasado se dio inicio a una cruzada por la calidad y el mejoramiento de la gestión en los hospitales públicos y, desde la llegada del PANismo a la presidencia, se han establecido convenios público privados para que hospitales públicos sean construidos y administrados por privados bajo la figura de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad [HRAE]. También se constituyó un nuevo sistema de seguros público, el Seguro Popular, el cual a la manera de un articulador del Pluralismo Estructurado de Frenk y Londoño (1997) intermedia entre los consumidores y los hospitales, trastocando las maneras de administrar el financiamiento, los recursos humanos y la población objetivo, al insertar lógicas de mercado.

A pesar que las reestructuraciones de Colombia y México comparten objetivos comunes de productividad y aumento del consumo, la inscripción del hospital público en relaciones de mercado y muchas de las tecnologías de gestión, los mecanismos que han empleado para asegurarlas han sido distintos. Hay notables diferencias entre ambos países que pueden explicar los modos y resultados obtenidos en las transformaciones de los hospitales públicos: su contexto político, económico, social y cultural; la historia y juego político de los actores del sector salud; las dinámicas de formulación e implementación de las políticas públicas hospitalarias; las diferentes coerciones financieras desplegadas sobre el hospital, entre otras. Se caracterizan ante todo porque se ejercen a modo de coerción, de sanción, y por partir esencialmente desde el exterior del hospital.

Estos mecanismos pueden ser los más importantes para asegurar la continuidad de las formas de producción de la atención hospitalaria o su transformación mediante las reestructuraciones productivas. Sin embargo, en la presente investigación nos centraremos en los mecanismos que han pretendido asegurar la producción, reproducción y transformación de las formas de producir la atención en los hospitales ejercidos no a través de la coerción externa, sino de mecanismos ideológicos. Mecanismos que se ejercen de una forma más discreta pero tienen la potencialidad de hacer efectivas, en la cotidianidad de los servicios hospitalarios, tanto la producción de la atención como las reestructuraciones definidas desde arriba y externamente a la institución. En este sentido analizaremos los paradigmas o configuraciones de ideas que han acompañado las formas de producir la atención en los hospitales públicos de los sistemas de salud anteriores a las reformas neoliberales y los actuales y han sido producidos por las agencias multilaterales y los Estados de Colombia y México.

Para esta investigación entendemos la ideología como una configuración particular de paradigmas, disposiciones de los sujetos, rituales y prácticas en los espacios cotidianos, que aseguran la producción, reproducción y transformación del orden social, constituida de manera tal que oculta esta pretensión pragmática. La ideología se podría trabajar desde estos tres niveles, sin embargo, como parte de una decisión del investigador ahondamos en el análisis de los paradigmas. El paradigma ideológico lo entendemos como las significaciones/construcciones de la realidad -doctrinas, teorías, creencias, procedimientos argumentativos- destinados a convencernos de su verdad y, sin embargo, están al servicio de algún interés inconsciente de mantener o reproducir ciertas relaciones de poder.

La metodología fue cualitativa. Analizamos los paradigmas ideológicos de los dos momentos del capitalismo pesado y liviano, en los discursos de las agencias multilaterales como OMS, OPS, BM y BID, que son gravitantes sobre la producción de la atención en los hospitales, las reformas sanitarias y la reestructuración productiva neoliberal. Además, analizamos desde una crítica ideológica los discursos oficiales precisando sobre el neoliberalismo pero trayendo constantemente elementos del pasado planificador.

Los casos analizados de Colombia y México fueron escogidos por ser representativos de las reformas neoliberales en la región. En un principio se consideró la inclusión del caso de Chile, también muy representativo, sin embargo, se tomó la decisión de limitarlo a los primeros dos. De la misma forma se llegó a considerar en el análisis un segundo nivel dirigido a entender las disposiciones de directivos y trabajadores de los hospitales y contrastarlas con lo encontrado en los paradigmas ideológicos. No obstante, se decidió omitir esa contrastación para esta investigación y dejarla para una nueva posterior.

En el primer capítulo exponemos la justificación, antecedentes, estado del arte, planteamiento del problema, objetivos, marco teórico y metodología de la investigación. En el segundo abordamos el análisis de los paradigmas en salud de la planificación normativa y del neoliberalismo modernizador a partir de los contextos de emergencia del capitalismo pesado y liviano, y su articulación con las

principales características de los dispositivos de poder disciplinario y de seguridad-control, desde los textos producidos por la OPS/CENDES, el BM, el BID y la OPS. En el tercero analizamos a profundidad los mismos textos del capítulo anterior pero ésta vez estudiando la articulación entre las técnicas específicas de la producción de la atención en salud -relación hospital-Estado, hospital-articuladores, y del hospital en su interior-, los dispositivos de poder disciplinarios y de seguridad-control y los significados de algunos significantes claves, como información, estandarización, racionalidad, entre otros, para cada momento del capitalismo pesado y liviano. Además, se analiza la producción de sujetos presentes en la atención a partir de esa articulación. En el cuarto y quinto capítulos, analizamos las formas que adoptó esta articulación en el caso de México y de Colombia. Finalmente, en la discusión tratamos cómo la racionalidad normativa y la información se constituyen en los significantes que permiten dar sentido a todos los demás significantes presentes en los discursos de la planificación normativa y el neoliberalismo modernizador, haciendo imposible, desde una estrategia discursiva, darle otros sentidos a los sistemas de salud y a la producción de la atención y pensar o actuar de manera sistemática otros sistemas o modelos de atención posibles. Se proponen alternativas democratizadoras para los sistemas de salud y para la producción de la atención en salud a partir de la construcción colectiva de conocimiento, del reconocimiento de los Otros, de la construcción de espacios públicos de discusión y de la constante reflexión por parte de los colectivos de las relaciones de poder en las instituciones de salud.

PRIMERA PARTE

1. PROPUESTA DE ANALISIS DESDE UNA CRÍTICA IDEOLOGICA PARA EL ESTUDIO DE LA PRODUCCIÓN DE LA ATENCION Y LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS: LOS CASOS DE COLOMBIA Y MEXICO.

En el presente capitulo ahondaremos en los antecedentes socio-políticos de las reformas sanitarias y los sistemas de salud actuales en Colombia y México, y que darían un marco a las actuales reestructuraciones productivas de los hospitales públicos. Después haremos una revisión del estado del arte en investigaciones sobre las reestructuraciones productivas. Con estos elementos trazaremos el problema y la justificación de la ideología en las reestructuraciones productivas hospitalarias actuales, y de esa forma establecer los objetivos de la investigación. Finalmente, estableceremos el marco teórico y la metodología usada para aproximarnos a nuestros objetivos.

1.1. ANTECEDENTES SOCIO POLITICOS DE LA REESTRUCTURACIÓN

1.1.1. El caso de Colombia

El sistema político y económico colombiano se ha caracterizado por la exclusión de amplios grupos de ciudadanos. Distintos tipos de violencias han sido utilizadas como herramientas para ejercer la exclusión de los Otros. En Colombia elementos tradicionales y modernos se interrelacionan, acomodándose continuamente los segundos en el seno de las prácticas de los primeros.

Colombia se ha caracterizado por ser un país con regiones claramente diferenciadas y aisladas entre sí, lo que permitió el desarrollo y fortalecimiento de estructuras de poder local y regional sustentadas inicialmente en los caudillos de la independencia y después en los grandes propietarios de la tierra. Estas élites regionales han ejercido un fuerte gamonalismo sobre la población rural, lo que permanece hasta nuestros días de forma intacta o transformada en la burguesía colombiana.

Cuando se crearon los partidos en el siglo XIX no existían ciudadanos en la acepción moderna, por lo tanto, el partido liberal y el conservador terminaron ajustándose a esa estructura tradicional de tipo caudillista y gamonalista. No representaban sectores sociales o intereses sino más bien proyectos de Estado, a través de los cuales las elites regionales y locales se articulaban, constituyendo a la par la “sociedad nacional”. Los partidos construyeron la nación articulando las distintas regiones en cabeza de sus élites. Fue una articulación de la sociedad desde arriba, pero que se transmitió hacia abajo por las adscripciones clientelistas o voluntarias.

A partir de esta estructuración partidaria la dinámica política ha sido de bipartidismo fluido, sin ninguna polarización y con orientación centrípeta. Además, ha coexistido la representación partidista en los órganos de representación popular, con un amplio poder de los grupos de interés del empresariado, predominante en las concertaciones sectoriales para la definición de políticas públicas (Vargas 2011).

Esta relativa institucionalización de las élites regionales y locales alrededor de los partidos políticos tiene como contrapartida la carencia de institucionalización de numerosos conflictos de resistencia a las élites.

Esto dificulta la oposición, el reconocimiento de la diversidad y del conflicto, propio de una sociedad compleja. Igualmente, esto ha producido el uso recurrente de las violencias como una forma de enfrentar los conflictos, borrando la diversidad, exterminando la oposición, dándole orden a lo social. Es la coexistencia de orden y violencia en la historia política colombiana. La violencia remite como señala Pecaute a aquello que en lo social aparece en cada momento constituido como exterior (Pecaute 2001), como el Otro. Subsiste la antigua figura de Civilización o Barbarie que Sarmiento usó en Argentina pero que se apropió en Colombia, con cierta pasión. Las divisiones políticas toman el aspecto de amigo-enemigo que convierte la violencia en esencia de lo político.

Aunque podría remontarse el origen de esta relación entre violencia y orden desde las guerras civiles del siglo XIX entre los partidos Liberal y Conservador, sin embargo, es a mediados del siglo XX el periodo al que se le conoce como la "Violencia" en el cual ambos partidos volvieron nuevamente a las armas pero esta vez no mediante una guerra civil explícita sino a través de grupos de guerrillas, que se le llamaban bandoleros, y que fue gatillada por el asesinato del candidato liberal Jorge Eliécer Gaitán, que se explicaría la situación de violencias actual. Algunos grupos de bandoleros no se ajustarían a la resolución de la "Violencia" que tomaron las élites partidarias mediante el golpe militar de Rojas Pinilla, sino que transmutarían en algunas de las guerrillas izquierdistas nacientes en los 60.

Además, con el Frente Nacional -1958-1974- se incubó una nueva ola de violencia cuando las élites de ambos partidos pactaron una coalición política donde se alternaron la presidencia por cuatro periodos, y donde se repartieron una idéntica cantidad de parlamentarios liberales y conservadores en el Congreso. Esta nueva exclusión de sectores sociales redundó en el nacimiento de las guerrillas de mayor tradición y persistencia en el país, las Fuerzas Revolucionarias de Colombia -FARC-, el Ejército de Liberación Nacional -ELN- y el Ejército Popular de Liberación -EPL- quienes articularon discursos de transformación revolucionaria del Estado. Cabe subrayar que aunque formalmente el Frente Nacional terminó a mediados de los 70 éste aún continúa con ciertas flexibilidades.

Desde finales de los 80 se crearon grupos contrainsurgentes de tipo paramilitar a partir de esas élites económicas y políticas regionales y que defienden sus intereses. Además de estos grupos armados fuera de la ley, el ejército también ha hecho parte de procesos de exterminación de la oposición política. La relación entre las élites político económicas y los grupos paramilitares y del ejército han sido estrechas, hasta su fomento y protección. De esta forma, el sistema político colombiano se caracteriza por la coexistencia de orden y violencia, es decir, la violencia como recurrente instrumento de acción política.

Además, a esto debe sumarse la irrupción del narcotráfico tanto en la economía como en la política y los grupos armados, lo que hace aún más compleja y violenta la situación. Asimismo, la ausencia del Estado en múltiples espacios de la geografía colombiana ha conducido a su ocupación por las guerrillas, paramilitares, milicias o bandas emergentes. En los dos periodos analizados el "clima" de violencia que precedió a ambos presidentes fue la nota común. En la elección presidencial de Gaviria fueron asesinados tres candidatos y Pablo Escobar le declaró la guerra al Estado colombiano, perpetrando múltiples atentados terroristas en las ciudades. Mientras que a Uribe lo antecedió el proceso de paz de Pastrana donde la violencia tomó un nuevo vuelo, tanto en las ciudades como en el campo, con el "despeje" de parte del territorio nacional para negociar con las FARC y el crecimiento de los grupos paramilitares.

Vargas también señala que las elites gobernantes se han centrado especialmente después de los 80 en la “modernización” del Estado más que en su democratización (Vargas 2011). Asumiendo las tesis de Huntington politólogos norteamericanos y políticos colombianos que las asumieron como propias señalaban que la causa de la crisis radicaba en la inestabilidad política y la violencia resultado del cambio social y económico rápido en un contexto de lento desarrollo de las instituciones políticas. El problema no era una sociedad estática sino al contrario una sociedad en movimiento pero unas instituciones lentas. Por tanto, la respuesta era modernizar las instituciones, para darle orden a lo social. En este contexto la única garantía de estabilidad política para estas élites ha sido la consolidación de un sistema de partidos estable. La prioridad es una gobernabilidad basada en un orden estable producto de instituciones que permiten la inserción de nuevas fuerzas sociales que pueden expresarse mediante partidos políticos en el juego partidocrático. El proceso de reforma del Estado apuntó hacia allá, por ejemplo, la Constitución de 1991. Sin embargo, siguiendo a Vargas, consideramos que a la par de la reforma institucional se despreció la democratización de las estructuras económicas y político ideológicas del país.

La Constitución de 1991 manifiesta un poco ésta tensión entre modernización y democratización: mientras se construyó en un momento de democratización, al permitir la inclusión de grupos guerrilleros como el M-19 en la asamblea constituyente y la presencia de representantes de grupos étnicos, que produjo, por ejemplo, el establecimiento de mecanismos de democracia participativa, la finalización del concordato con la iglesia católica o la formulación del Estado colombiano como un Estado Social de Derecho, al mismo tiempo, creo las condiciones para el asentamiento del neoliberalismo y su lógica de mercado modernizante en todos los ámbitos sociales y el mantenimiento de una violencia física y simbólica contra los movimientos sociales y políticos que ejercen la oposición a las élites.

Es una democracia fundamentalmente tradicional que revalida las formas de dominación del siglo XIX y que solo atiende como legítima la división social creada desde las élites, expresada en los partidos. Pero que intenta lograr la gobernabilidad mediante las reformas a las institucionales del Estado.

De esta forma el derecho a los servicios de salud de la constitución política de Colombia se tradujo en la creación de una nueva institucionalidad del sector sanitario, el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- afincado en propuestas neoliberales de mercados regulados de salud, la modernización y el orden, olvidando la democratización del campo social sanitario y la inclusión de otros discursos y sujetos colectivos.

1.1.2. El Sistema de Salud y la Reforma Sanitaria en Colombia

Como parte de estos proyectos modernizadores el Estado colombiano impulsó desde los años 30 la intervención económica y desde mediados del siglo la planificación de la economía (Pérez Calderón 1993). Para promover la industria creó en los 40 el Instituto de Fomento Industrial, en la reforma constitucional del 45 se insertaron artículos sobre la planificación económica y a finales de los 40 se desarrolló la misión Currie, la primera misión del Banco Mundial en la región, que creó el camino de la planificación en el país. En el 58 se creó el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES- y el Departamento Nacional de Planeación y Servicios Técnicos para darle continuidad al proceso planificador. En ese mismo año se dispuso que todas las entidades públicas debieran contar con oficinas de planeación para armonizar los planes nacionales, sectoriales e institucionales. En medio del Frente Nacional se crea el Programa de Sustitución de Importaciones enmarcado en las orientaciones cepalinas de fortalecer el desarrollo industrial de los países latinoamericanos. En el primer gobierno posterior al

cierre formal del Frente Nacional, el de Alfonso López Michelsen, el Plan de Desarrollo denominado “Cerrar la Brecha” buscó atacar los problemas de marginalidad de la población y de allí los de salud.

Es en este contexto de los 70, caracterizado por una baja democratización, obtenida mediante una intensa exclusión y violencia social y política, y por la búsqueda del orden, mediante la modernización planificadora del Estado, se constituye el Sistema Nacional de Salud –SNS-. La Planificación estatal en salud ya había sido implementada durante los años 60 con programas como la ampliación de coberturas en sectores rurales y la administración de la asistencia médica por parte del Estado mediante el Plan Hospitalario Nacional de 1966. Pero es en el año 1974 cuando se estableció el decreto ley que constituiría el SNS. El SNS era la máxima expresión de la intervención estatal en salud y su intención de planificación centralizada que hasta el momento había ocurrido en el país.

Intentaba integrar funcionalmente las cinco formas de atención presentes desde los 60: 1- los privados dirigidos a personas con capacidad de pago, 2- el seguro obligatorio que atendía a los trabajadores de los sectores públicos y privados, 3- la atención de los pobres, brindada por la asistencia pública desde el Estado, y la beneficencia, desde los privados, 4- los mecanismos de atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo, denominados de salud pública y a cargo del Estado, y 5- todas las prácticas médicas populares. El SNS estaba conformado por tres subsectores, el oficial que tenía una cobertura potencial del 80% y efectiva del 40%, el de la seguridad social con una cobertura del 16-21%, y el privado con una cobertura del 5-10% de la población. El regulador sería un gran ministerio técnico y los aparatos conectores serían los subsistemas funcionales de información, infraestructura y recursos humanos entre otros.

Sin embargo, el SNS no pudo integrar los subsectores según lo planeado: la beneficencia¹ perdió espacio para darle cabida al sector oficial, el ICSS tuvo su propia reforma en 1977 y se distanció aún más del control del SNS, crecían nuevas cajas de seguros para los empleados públicos y el subsector privado a través de los esquemas de prepago. Todo esto llevó a considerar en los 80 como SNS solo al subsector oficial mientras los demás subsectores siguieron su rumbo (Hernández 2002).

En este periodo histórico, los hospitales públicos eran instituciones con vínculos muy estrechos con el Estado y su intervención planificadora. Ya desde los 50 se consideraban de utilidad común con capacidad para recibir auxilios con cargo a los recursos públicos. Para los 60 con la ley del “Plan hospitalario”, recibían aportes públicos provenientes del situado fiscal y de rentas cedidas y realizaban actividades de salud pública como salud oral, vacunación, atención materno-infantil y saneamiento ambiental. En los 70 en medio del SNS los hospitales se tuvieron que convertir en instituciones de propiedad pública para poder conservar el acceso a los recursos públicos.

A finales de los 80 se intentó hacer una reforma para consolidar el SNS pero terminó en una descentralización del manejo de la red pública de salud hacia los municipios con la ley 10 del 90.

A principios de los 90 existían en Colombia posiciones sobre la inminente reforma que iban desde el neoliberalismo extremo hasta una socialdemocracia amplia, sin embargo, el nuevo modelo se fraguó en los equipos de tecnócratas de gobierno formados en la economía de la salud, en escenarios más o menos académicos y más o menos políticos (Hernández 2002). El nuevo sistema se estableció a través de la Ley 100 de 1993 llamándose Sistema General de Seguridad Social que incluía un capítulo para Pensiones, otro para riesgos profesionales y el de salud.

¹ Los contratos establecidos entre los privados o religiosos con el Estado por la atención nunca fueron claros sobre la personalidad jurídica de los hospitales que se ha expresado en la reforma hospitalaria actual en el cierre de varios establecimientos de este tipo por las trabas para asignarles recursos desde el Estado.

En el capítulo sobre salud se esboza una clara distinción entre los servicios colectivos y los privados, la separación de las funciones de aseguramiento, prestación de servicios, financiamiento, rectoría del sistema de salud, la creación de mercados regulados para el aseguramiento y la prestación de servicios, la creación de un régimen contributivo para los trabajadores y quienes tienen capacidad de pago y un subsidiado para los pobres, la reorientación de los recursos públicos hacia el régimen subsidiado y el desarrollo de un instrumento técnico para identificar a los pobres –el Sistema de Identificación de Beneficiarios, SISBEN-, la creación de un fondo financiero único que tiene mecanismos de solidaridad entre regímenes –Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA-, y la reconfiguración de las funciones del Estado.

El SGSSS separa claramente lo privado de lo público: los servicios individuales quedan en manos del mercado con competencia regulada, tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios, en cuanto los colectivos quedan a cargo del Estado. Asimismo, para promover la inclusión de la lógica de mercado y por lo tanto de los privados, se separan las funciones de aseguramiento y de prestación de servicios.

El nuevo sistema de salud creó dos mercados altamente descentralizados: uno de aseguramiento donde participan los afiliados y las Entidades Promotoras de Salud –EPS-, que tienen a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios, y otro, de prestaciones de servicios donde participan las EPS como demandantes en representación de los afiliados y las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS-, donde se encuentran los hospitales públicos, en su calidad de oferentes de los servicios. En la ley los afiliados de los dos regímenes pueden hacer uso de la libre escogencia tanto de la EPS con la cual se aseguran como con las IPS o los profesionales con las cuales las EPS han entablado contratos. Tanto los aseguradores como las IPS deben competir por los afiliados. Las IPS deben competir entre ellas para venderle servicios a las EPS. Los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales y el Instituto de Seguros Sociales se privatizó, transformándose en la Nueva EPS.

En cuanto al aseguramiento, la regulación de la competencia entre aseguradoras se caracteriza por la obligatoriedad del aseguramiento de los empleadores para los trabajadores y del Estado para las personas sin capacidad de pago, el pago del fondo a los aseguradores por medio de un per cápita ajustado por riesgos –UPC- para evitar la selección adversa, el establecimiento de un plan obligatorio mínimo de beneficios –POS- y la existencia del FOSYGA al que confluyen todos los recursos.

Con el objetivo de hacer “más solidaria, equitativa, eficiente y justa” la asignación de recursos públicos en el sector el sistema los reorienta hacia la población “más pobre y vulnerable”, por lo que es dividido en dos regímenes: el contributivo para los trabajadores quienes pueden cotizar y el régimen subsidiado se dirige a los pobres, quienes no pueden cotizar. Los servicios incluidos dentro POS del régimen contributivo son muy similares a los que se le garantizaban a los afiliados al Instituto de Seguros Sociales dentro del SNS², son garantizados por las EPS y otorgadas obligatoriamente a todos sus afiliados. El POS-S del régimen subsidiado es menor, además se creó un POS-S Parcial, que se financia por un subsidio

² Sin embargo, las prestaciones del POS ahora se orientan por un principio de “pertinencia epidemiológica y costo efectividad” donde las prestaciones deben conducir a la solución de problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo efectividad. Además, para “orientar la aplicación pertinente y costo efectiva” la normatividad señala que podrán tenerse en cuenta la elaboración y adopción de guías de atención o manejo integral de condiciones médicas o patológicas. Comisión de Regulación en Salud (2009). Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. **Acuerdo No 08.**

parcial y tiene menos servicios que el anterior. Ambos son garantizados por las EPS del régimen subsidiado -EPS-S- y son otorgados obligatoriamente a sus afiliados³.

Para definir quiénes son pobres e incluirlos en el régimen subsidiado se creó un instrumento de identificación de beneficiarios llamado SISBEN el cual es aplicado por los municipios y los distritos. Algunos grupos poblacionales conservaron el modelo que habían construido antes de la creación del SGSSS entre ellos están los educadores, los militares, los congresistas y los trabajadores de Ecopetrol.

En cuanto a la prestación de servicios las IPS pueden tener carácter público o privado, donde los hospitales públicos han adelantado un proceso de autonomización para convertirse en Empresas Sociales del Estado -ESE⁴. Mediante la autonomía de su gestión y de la obtención de una personería jurídica propia, deberían tener capacidad de auto sostenimiento pues su financiamiento dejaba de soportarse sobre el subsidio a la oferta y más sobre la venta de sus servicios. Para ello las ESE podrían establecer contratos con aseguradores privados, las EPS, o con las entidades territoriales, los Municipios o Gobernaciones, para entregarles dichos servicios a sus afiliados, en el primer caso, o para los llamados vinculados, en el segundo.

Las EPS pueden prestar sus servicios a los afiliados por medio de sus propias IPS, o contratar otras públicas o privadas, profesionales independientes o grupos de práctica profesional. Las IPS establecen libremente contratos con las EPS, pero las EPS-S deben contratar obligatoriamente un mínimo del 60% del gasto en salud con las ESE. Los pagos de las EPS a las IPS se hace generalmente a través de facturación por servicios prestados, las tarifas son definidas en el contrato con base en la negociación entre ambos.

Desde principios de los 90, ya en el proceso de la reforma, se obligó a los hospitales a adaptarse a un esquema de competencia regulada o administrada, es decir, a incorporar entre su lógica la del mercado regulado y romper de manera radical con su pasado estatalizado, estableciendo autonomía frente al Estado e incorporando tecnologías de gestión apropiadas al mercado. El orden espontáneo del mercado, la catalaxia, era el mejor orientador de las tomas de decisiones en la salud y el Estado tenía que retirarse a sus funciones mínimas de seguridad, regulación y de subsidiariedad, pero especialmente dejar de prestar servicios de salud.

En este mercado regulado de prestación de los servicios de salud los hospitales públicos y privados deben hacerse cada día más competitivos para sobrevivir. Desde una perspectiva administrativa deben convertirse en organizaciones empresariales que tienen en sus recursos al motor de su actividad, y en su “adecuado manejo” al instrumento de su permanencia en el mercado, por consiguiente, deben realizar una importante transformación técnica y administrativa (Sáenz 2001).

Con el fin de regular el mercado de la prestación de los servicios de salud se crea un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud –SOGC- que establece procesos de habilitación -que deben cumplir las IPS antes de iniciar sus actividades-, acreditación, la auditoría y el sistema de información para la calidad. Además, el sistema debe garantizar el “derecho a la libre escogencia” entre los afiliados de su IPS. Asimismo para evitar el abuso de posición dominante se establece que las EPS no podrán contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Además, se establece la

³ La definición de los POS está sujeta a los recursos materiales y financieros del sistema, a un “costo que sea social y económicamente viable para el país” ibid.

⁴ Según la Ley 100 del 93 la autonomía de las IPS se entiende como tener personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

obligatoriedad de la participación de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las IPS públicas.

El financiamiento se caracteriza por la creación del FOSYGA que tiene como objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del SGSSS, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito, entre otros. EL FOSYGA está dividido en las subcuentas de compensación, solidaridad, Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad y la de enfermedades catastróficas. La primera sirve para el pago a las EPS y se surte del monto de la suma de las UPC de sus afiliados. De esta forma se intenta regular la competencia entre EPS no por el monto de los aportes de los afiliados sino por su volumen, lo que en los supuestos promueve la ampliación de coberturas.

Los afiliados al régimen contributivo aportan un 12,5% del salario mensual, con aportes distribuidos en 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador, mientras los independientes aportan el 12,5% de los ingresos declarados. La subcuenta de solidaridad, destinada a la financiación del régimen subsidiado tiene como fuentes el monto correspondiente a un 1,5% de los aportes de los afiliados al régimen contributivo y de los afiliados a los regímenes especiales, un punto aportado por el gobierno nacional y un 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran las cajas de compensación familiar. Además los recursos de la subcuenta de solidaridad se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, el 25% de las rentas cedidas y de recursos propios aportados por las entidades territoriales. La subcuenta de prevención y promoción se financia con el 0,5% de las UPC –Unidad Por Capitación- recaudadas por las EPS y recursos adicionales para acciones colectivas manejadas por el Estado y se dirige al pago de acciones preventivas y de promoción. La subcuenta de enfermedades catastróficas financia los gastos por enfermedades crónicas y de alto costo no incluidas en el POS.

Las EPS recaudan los dineros aportados por los afiliados del régimen contributivo y lo envían al FOSYGA, quienes sumando los demás recursos, los entrega a las EPS de ambos regímenes según el número de afiliados a partir del valor de la UPC, es decir, el valor anual que reconoce el FOSYGA por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones POS.

El papel del Estado se resume en seis funciones: 1- La rectoría del sistema, por un lado modula la reglamentación del sistema en concertación con otros actores que están en el Consejo de Regulación en Salud, por otro, adelanta la dirección, coordinación, vigilancia y control del cumplimiento de las reglas definidas, 2- la definición y manejo descentralizado de las acciones colectivas, 3- el financiamiento de una parte del régimen subsidiado y de parte de las acciones colectivas, como vimos antes, 4- la prestación de servicios individuales a través de las ESE, especialmente a los pobres no asegurados, y 5- identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado, y 6- contratación de las EPS-S a nivel local.

El SGSSS también promovió el proceso de descentralización del Estado que se estaba adelantando desde los 80. Para ello se crearon a nivel municipal y distrital las Secretarías de salud quienes adelantan las funciones del Estado en los niveles locales. Igualmente, el SGSSS asume el principio de corresponsabilidad donde se le exige al usuario asuma la responsabilidad en seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional, incluyendo el autocuidado en salud.

1.1.3. El caso de México

La revolución mexicana constituyó el hito mediante el cual se intentó poner fin a un Estado de naturaleza pre-capitalista y oligárquica que caracterizó al país en el siglo XIX. La revolución incluyó compromisos adquiridos desde el gobierno carrancista con las clases trabajadoras, especialmente con las

campesinas -basados en el reparto de la tierra-, pero también con los sindicatos. También por el compromiso con el empresariado para considerar a sus gremios como interlocutores legítimos para la toma de decisiones en la gestión gubernamental. Ambos compromisos se daban en un momento en el cual no se había definido el papel de los partidos políticos, los cuales solo se consolidaron décadas después, con la creación del Partido Revolucionario Institucional -PRI- y el Partido de Acción Nacional – PAN- (Alonso 2005).

Estos compromisos se articularon desde los años 40 con un presidencialismo autoritario, pieza central del sistema político mexicano. Según Crespo (2005) este presidencialismo subordinaba verticalmente los otros poderes del Estado, nombraba a dedo a su sucesor, no rendía cuentas y gozaba de plena impunidad, entre otras prerrogativas. Asimismo, el presidencialismo autoritario utilizaba como palanca fundamental del poder al PRI cuyo control recaía en el propio presidente, quien era considerado su jefe nato. De esta forma, el presidente hacía un ejercicio del poder mediante la articulación, desde la presidencia del Estado, del gobierno y del PRI, del entramado de relaciones de fuerza tejida entre sindicatos, empresarios y la burocracia estatal.

Desde los 30, en el sexenio de Cárdenas, pero especialmente en los 40 se profundizó el proceso de industrialización al convertirse México en el candidato natural para abastecer de productos manufacturados a Estados Unidos inmerso en la segunda guerra mundial. El Estado asumió un esquema de economía mixta convirtiéndose en empresario, constituyendo una variedad creciente de empresas paraestatales, dirigidas a abastecer y controlar la producción de materias primas que requerían las demás industrias asentadas en el país. Eran los inicios de la Industrialización por Sustitución de Importaciones –ISI- y la expresión de un proyecto de nación donde había una progresiva participación del Estado en la economía. El objetivo de los gobiernos era la industrialización del país y asumir la rectoría económica, social y política por parte del Estado. De esta manera, el Estado mexicano buscó hacerse un Estado de Bienestar a su modo, con un modelo desarrollista, interviniendo en distintos planos económicos y sociales.

El orden se consolidó por el apoyo de las clases trabajadoras, tras la explícita decisión del Estado de vincularlas al desarrollo del mercado nacional mediante el ISI y el desarrollismo. La creación y consolidación de los sindicatos de trabajadores era uno de los soportes claves del orden. Tenían una función gubernamental de control social y de intercambio de favores con la cúpula del poder político y empresarial. Así, cuando pretendieron avanzar políticamente y salirse del orden corporativo en los cincuenta fueron contenidos por la burocracia política. El régimen sindical mexicano era un caso típico de corporativismo estatal (Bensusán 2005), donde poco importaba si dichas organizaciones seguían representando o no efectivamente los intereses de los trabajadores, si eran mayorías ficticias o artificiales del movimiento trabajador o cuál era el origen partidario del presidente y de los liderazgos sindicales.

Igualmente, el orden se reforzó por el apoyo de un sector empresarial importante del centro del país ISI (Montesinos 2005) quien contó con el apoyo del Estado mexicano, la creación de la Comisión Federal de Fomento Industrial y su política crediticia industrial. Esto conllevó a la llegada de un importante flujo de capitales del exterior y la creación entre 1941 y 1946 de 360 nuevas empresas industriales. Con el ISI el PRI se había constituido en un operador de una compleja red de intereses y lealtades corporativas.

La expansión industrial requería contar con las instituciones que mantuvieran la fuerza de trabajo productiva. De esta manera, la preocupación por la salud de los trabajadores industriales se expresó con la creación del Instituto Mexicano de Seguro Social –IMSS-, mediante la Ley del Seguro Social en 1943, y la salud de los campesinos, entendidos como población abierta, con la creación de la Secretaría de Salud

y Asistencia. Su carácter público implicó que el ejercicio del poder estatal fuera usado para regular el funcionamiento del IMSS (Hernández 2009) y de las organizaciones de salud de la secretaría. Además, la seguridad sirvió como mecanismo de control político al ofrecer servicios de salud, seguro para la vejez y cesantías, lo que contribuyó a la estabilidad laboral y la conservación del empleo.

Así, la élite política mexicana basaba su fortaleza y continuidad en la cohesión y lealtad básica de la burocracia estatal, los sindicatos y el empresariado beneficiado por la ISI. Era un ejercicio del poder basado en el no enfrentamiento o la pugna: “quien se enoja pierde” era la máxima de la política priista adoptada por todos quienes querían mantener o acceder a los cargos donde se ejerce el poder.

De esta forma el PRI gobernó la federación ininterrumpidamente desde su fundación en 1929 convirtiéndose en el partido hegemónico y centralizado y haciendo su sistema político un sistema autoritario y semicompetitivo. Hasta los años 70 se instauró una reforma electoral que dio pie al crecimiento del pluripartidismo débil hasta entonces, consolidado con la reforma de 1996.

Por su parte, el PAN había sido el opositor histórico del PRI desde su creación en 1939. Para Montesinos (2005), ante el avance de los gobiernos posrevolucionarios, los empresarios del norte del país -Grupo Monterrey-, lograron que el gobierno reconociera a sus gremios como interlocutores válidos en la gestión de gobierno y la conformación del PAN como partido que asumiera una contraposición política. Al mismo tiempo, los empresarios del norte reconocieron la importancia del liderazgo gubernamental para negociar con las clases trabajadoras y así lograr la pacificación del país. No obstante, el empresariado mantenía una posición de relativa marginalidad ante el entramado corporativo y ubicándolos en una posición de subordinación política respecto a la burocracia política priista.

Por su parte, el partido de izquierdas el Partido Revolucionario Democrático –PRD- nació como fruto de convergencias entre el partido comunista y las escisiones del priismo encabezadas por Cuauhtémoc Cárdenas a finales de los 80. En el partido han convivido estas dos tendencias que se configuran en grupos cerrados y se relacionan a partir de duras pugnas. Según Alonso, a pesar que nació con el propósito de terminar la subordinación corporativa de las organizaciones sociales al Estado las ha seguido reproduciendo, especialmente las clientelares(Alonso 2005).

En la década de los 70 el modelo económico desarrollista y el ISI, entra en una profunda crisis. Esto impuso limitaciones a la conducción de la burocracia política a lo que se sumó la deslegitimación del gobierno por la represión estudiantil de 1968. Tanto sectores sociales vinculados a la izquierda como los conservadores reclamaron al Estado mexicano su derecho a participar en política en las decisiones de gobierno(Montesinos 2005). El gobierno de Echeverría a inicios de los 70 fortaleció el papel del Estado en la economía, limitó la participación de la inversión extranjera, mantuvo el gasto público dirigido a atender las necesidades de las clases trabajadoras como salud o educación, y tuvo una política exterior crítica al gobierno de Estados Unidos y un acercamiento a los de Cuba y Chile. Para Montesinos estos primeros aspectos del gobierno de Echeverría generaron la primera gran cohesión del sector empresarial mexicano, especialmente desde el Grupo Monterrey, quienes tenían fuertes vínculos con empresarios estadounidenses(Montesinos 2005). La estrategia política del empresariado unificado se dirigió a posicionar una ideología empresarial cohesionada en medios de comunicación, constituyendo productores de discursos, intelectuales y líderes de opinión y con ello influir en la formación ideológica de los cuadros profesionistas que se formaban en las universidades privadas.

Con la crisis económica de 1982, el presidente López Portillo nacionalizó la banca privada sobre endeudada, lo que produjo que el conflicto empresarios-burocracia política se encontrara en uno de sus

puntos más candentes⁵. De la Madrid debía resolver tanto la crisis económica como el conflicto político, y por ello al inicio de su gobierno -1982-1988- devolvió a los privados la banca, y comenzó una serie de privatizaciones y la apertura económica a los capitales extranjeros. Así, se concluyó el modelo desarrollista y se consolidó el giro del modelo de desarrollo orientado definitivamente hacia el neoliberalismo.

Con el salinismo la privatización tuvo su mayor impulso, y cerró en 1993 con la firma del Acuerdo de Libre Comercio con estados Unidos y Canadá. Así, la tecnocracia comenzó a reemplazar a la burocracia política. Con todas estas medidas, parte importante del gran empresariado continuó o comenzó una nueva alianza con el PRI, pues entendieron su participación en la política del partido como una excelente forma de consolidar sus negocios, y aumentar su influencia en la toma de decisiones gubernamentales. No obstante, la fracción radicalizada del empresariado contra el Estado también iniciaba su participación más abierta en las filas del neopanismo y con ella desempeñaron un papel protagónico para infligir la primera derrota del PRI y el ascenso del PAN(Montesinos 2005).

En este contexto, en el 2000, se presentó la primera alternancia presidencial. La profunda crisis de violencia y las necesidades sociales fueron canalizadas en la campaña electoral de Vicente Fox mediante una idea: la necesidad de cambio total, que se condensaría en la alternancia presidencial. Dado el papel del presidente en el autoritarismo mexicano, se difundieron mensajes de la alternancia como la expresión de un cambio democrático⁶. Sin embargo, pareciera que el entramado de relaciones de fuerza corporativa entre los sindicatos, empresarios priistas y burocracia estatal mantuvo su intensidad gracias a su capacidad de guardar la cohesión y lealtad.

Como señala Montesinos, el PAN para mantener la eficacia gubernamental y dar cierta certidumbre sobre la transición mantuvo personajes en las elites estatales identificados con la burocracia política priista(Montesinos 2005). El PRI y su manejo de las relaciones de poder, intereses y lealtades era imprescindible para hacer las reformas sustanciales que esperaba hacer el PAN. Además, las posiciones medias en el gobierno no fueron ocupadas por panistas por otros motivos, como por ejemplo, la falta de cuadros formados técnicamente. También, cuando fue visto como un canal para obtener puestos públicos se llenó de arribistas y oportunistas, erosionando la vieja fidelidad y disciplina partidaria y su fama de partido democrático. Mediante estas acciones el PAN, el partido del cambio, reprodujo el sistema corporativista. Al mismo tiempo, con la inclusión de los empresarios neopanistas se garantizó el impulso del proyecto neoliberal a la mexicana. Es decir, con el PAN en el gobierno y su alianza con el PRI, se consolidó el neoliberalismo a la mexicana: corporativismo y libre mercado.

Mientras tanto, según Alonso, el PRI pasó de ser un partido hegemónico a predominante(Alonso 2005). La presidencia que le había dado una férrea disciplina a sus cuadros, al perderse los debilitó y tuvo que enfrentar sus divisiones con mayor dramatismo. Pareciera que en la actualidad la principal lucha en su

⁵ La crisis económica se puede resumir en los siguientes indicadores: una pérdida de alrededor de 300 mil empleos, la disminución del salario mínimo en un 51%, ubicándose en uno de los más bajos del mundo, el crecimiento del PIB anual de 0,1% y en el sector salud una inversión constante desde 1980-87, es decir, una reducción real.

⁶ Para algunos analistas el poder presidencialista había venido acotándose desde hacía varios decenios, por el fortalecimiento de otros actores e instituciones políticas que han cobrado cierta autonomía, expresado por ejemplo en el avance de la oposición en cargos de elección popular en algunas gubernaturas y de algunos gobernadores del PRI que mostraron cierta independencia del presidente. Crespo, J. A. (2005). Del absolutismo presidencial al presidencialismo débil. El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS, Porrúa. I.

interior es entre el nacionalismo burocrático y el reformismo salinista. Pero el viejo estilo corporativo y autoritario se mantuvo en distintos niveles entre ellos los de gobierno de las entidades federativas donde conserva aún gran poder.

Para Alonso, en México se pasó de un partido de Estado a una partidocracia en el sentido que el PRI, el PAN, el PRD y los demás pequeños se han centrado en su propia existencia y trataron de acomodarse al nuevo escenario alejándose de los intereses de la sociedad, entrampándose en los intereses de las élites políticas y de los grupos de poder tanto del corporativismo, como del empresariado no priista y de los grandes medios de comunicación (Alonso 2005).

Por su parte el sindicalismo mexicano tuvo un papel muy limitado en el cambio, y para Bensusán fue más un obstáculo que un factor coadyuvante de la transición (Bensusán 2005). Los sindicatos se pusieron al servicio de la continuidad de la política macroeconómica de bajos salarios. Continuó siendo un sistema de representativo cada vez más distante de sus representados y siguió siendo útil al gobierno y empresarios. En este sentido con la llegada de Fox a los Pinos existió un acuerdo implícito entre el PAN, el PRI y los grupos empresariales para mantener el status quo de los sindicatos por razones tanto económicas como políticas, dejando de lado su democratización.

En conclusión, con la llegada del PAN se mantuvo la matriz corporativista y al mismo tiempo se dio un nuevo impulso al neoliberalismo. Las reformas neoliberales han sido un delicado ajuste político por asegurar la reproducción de los vínculos entre burocracia política, sindicatos y empresarios, mediante el mantenimiento del Estado y la expansión de la tecnocracia. El alejamiento de los intereses de la sociedad del sistema político y la despoltización de la sociedad son primordiales.

1.1.4. El Sistema de Salud y la Reforma Sanitaria en México

En medio del modelo desarrollista, del corporativismo y para atender las demandas del ISI, los gobiernos mexicanos crean el IMSS, la Secretaría de Salubridad y asistencia -SSA-, y el Hospital Infantil de México, el primero de los institutos nacionales de salud. Con el Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez -1944- y el Hospital de enfermedades de Nutrición -1946- constituyeron para Soberón los cimientos institucionales del actual sistema de salud mexicano (Soberón 2008).

Mientras el IMSS atendía prioritariamente a los trabajadores de la economía formal, la SSA se responsabilizó de los grupos campesinos. A los primeros se les llamó derechohabientes mientras a los segundos población abierta.

El modelo de atención médica seguido por la seguridad social y la Secretaría de salud se orientó hacia el tratamiento y curación de enfermedades. Esto los obligó a crecer enraizados en la red hospitalaria, tecnologías sofisticadas, trabajadores especializados y uso creciente de fármacos, elementos exigentes de un aumento constante de gasto y de dependencia con el mercado exterior (Hernández 2009). Esto se podría hacer prioritariamente en las zonas urbanas y con los trabajadores industriales de los sectores más productivos, mientras se posponía para el resto de la población pero totalmente dirigida hacia la tecnologización de la salud.

De esta forma, el IMSS comenzó con bajas coberturas y una ampliación lenta, de solo el 2% en 1946 a 4% en 1952. Pero esta situación cambió a partir de 1958 cuando conflictos laborales estallaron e hicieron que el Estado ampliara la extensión de las prestaciones sociales, para que en 1964 tuviera una cobertura del 17% de la población nacional (Frenk and Gómez Dantes 2008). En 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado -ISSSTE-, tendiendo 4 años después 33 hospitales y 68 clínicas. Por su parte, la SSA construyó entre 1940 y 1950 39 hospitales mientras los

centros de salud, donde se enfocaron sus esfuerzos, llegaron a ser 366 (Hernández 2009), y pasó de tener 238 hospitales en 1959 a 731 cinco años después. La asistencia pública se concebía como un paso transitorio hacia la cobertura universal de la seguridad social.

Por otra parte, en el afán industrializador y por mantener bajos los salarios de los trabajadores industriales el gobierno impuso controles de precio a los alimentos, lo que perjudicó al sector agrario, produjo una descapitalización del campo, inhibió el arranque productivo de los ejidos y obligó a la migración masiva de los territorios rurales a las ciudades y hacia Estados Unidos. La industrialización se hizo a expensas del campesinado. También se produjo la concentración institucional de los servicios de salud en las zonas urbanas e industriales a través de la seguridad social y una débil presencia en lo rural, enfocados ambos en la curación y tecnologización de la salud y la enfermedad.

Debido a los fracasos de los intentos gubernamentales para brindar atención en el medio rural, gracias a esa concentración de recursos en lo urbano-industrial, y a la incapacidad para activar la economía del agro, en 1973 el gobierno facultó al IMSS para que organizara, estableciera y operara servicios de salud para “sujetos de solidaridad social”(Hernández 2009). En 1974 comenzó instalando “hospitales de campo” en la región ixtlera, para en 1976 ampliar sus beneficios a las zonas de cultivo de temporal de maíz y frijol y la instalación de 310 consultorios rurales “IMSS-Conasupo” y 20 clínicas hospital. También la SSA inició su programa de Extensión de Cobertura construyendo casas de salud operadas por auxiliares de la comunidad y pasantes de medicina, además de la construcción de 17 hospitales generales. Ya en 1977 el gobierno federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados –COPLAMAR- con el objetivo de mejorar las condiciones socioeconómicas y de salud de los sectores excluidos del desarrollismo mexicano. En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR, que asentado en el modelo médico predominante construyó con el boom petrolero 3025 unidades médicas, operado también por pasantes de medicina, y 60 hospitales rurales. Este programa se rebautizó como IMSS-Solidaridad en 1989 e IMSS-Oportunidades en el 2002.

Para estas fechas el sistema de salud ya se había constituido en sus tres componentes básicos. Para la población no asegurada la Secretaría de Salud federal, los Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS-COPLAMAR. El segundo componente se constituía por las instituciones de seguridad social –IMSS, ISSSTE y de las fuerzas armadas y PEMEX- que proporcionaban los servicios a los trabajadores asalariados y sus familias. El IMSS se financiaba por contribuciones tripartitas de los empleadores, los trabajadores y el gobierno federal, mientras las demás se financiaban por contribución de los trabajadores y del gobierno federal en su calidad de empleador. Finalmente estaba el sector privado que atendería a un 10% de la población y a otro porcentaje considerable que estaba afiliada a la seguridad social o que también era atendida directamente por las Secretarías de Salud.

A partir de 1983 se comenzó el proceso de reforma estructural mediante el establecimiento de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados 1984). Esta reforma implicó la sectorialización de los servicios para la población no asegurada, la descentralización e inicios de modernización de los servicios de salud(Soberón 2008), el inicio de la institucionalización de la investigación sobre los sistemas de salud a través de la conformación del INSP y FUNSALUD(Abrantes 2010) y los ejes señalados por López y Blanco (2007) como la recomposición financiera, la privatización selectiva de lo público rentable, el discurso tecnocrático, la selectividad y la focalización y la introducción de la lógica mercantil en las instituciones públicas.

Según Gil (2005), la tendencia política y económica de las reformas a partir de los 80 ha sido disminuir la intervención del Estado en ciertos rubros y para ello se creó en 1984 el Sistema Nacional de Salud. Según López y Blanco (2007) la descentralización fue la principal estrategia de reforma aplicada al sector

durante los periodos de 1984-1988 y 1994-2000⁷. Sus promotores indicaban que a través de la descentralización se ampliarían coberturas, mejoraría la calidad de los servicios y se conciliaría la eficacia de la prestación con los derechos de los trabajadores. El proceso tuvo varias expresiones: la transferencia de diversas tareas de conducción del Sistema Nacional de Salud hacia organismos autónomos –p ej. Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios- e incluso a algunos privados –p ej. Consejos para la Certificación de Profesionales de Salud-, la desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados -SCSPE- y del Distrito Federal -SCSPDF- y la descentralización mediante la creación de Sistemas Estatales de Salud -SESA- y la transformación de la Secretaría de Salud en una dependencia normativa y reguladora.

Por otra parte, López y Blanco (2007) nos recuerdan que en el periodo 1980 y 1988 hubo una disminución considerable del financiamiento en el sector: en la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto -PIB- de 2,5% a 1,3%, en la proporción del gasto público del 6,2% al 2,5%, en el presupuesto destinado a financiar los sistemas de atención a la población abierta del 21,6% al 17,5%, y en los recursos públicos dirigidos al segundo y tercer nivel del 53,9% al 44,9%.

Además, se procedió entonces a reestructurar financieramente el sector, estableciendo nuevos arreglos de corresponsabilidad entre los gobiernos federal, estatales y municipales y diversificando las fuentes de financiamiento. En este segundo aspecto se adelantaron acuerdos de financiamiento externo sobretodo préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo -BID- y del Banco Mundial -BM-, además de convenios de cofinanciación, participación de instituciones privadas y aportaciones directas de las personas.

A partir de 1990, se observó un aumento moderado del financiamiento aunque sin llegar a los niveles anteriores al 81. En el año 90 el gasto público concentraba el 40,4% del total en salud y el privado el 59,6% (SSA 2007). Pero tras la crisis financiera de mediados de los 90, el gasto público en salud disminuyó de nuevo paulatinamente pasando de 3,1% en el año 90 al 2,2% en el 2000 como proporción del PIB (López and Blanco 2007). Según la SSA (2001) entre el año 92 y el 99 el gasto por institución se modificó de manera diferenciada: mientras en el primer año PEMEX, IMSS, ISSTE y la SSA tenían un gasto per cápita por debajo de los mil pesos constantes del año 94, en el año 99 el gasto de la primera institución bordeaba los seis mil pesos mientras las dos últimas apenas sobrepasaban los mil pesos.

Durante los gobiernos panistas entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud, especialmente en el 2003, cuando se modificó la Ley General de Salud, mediante la inclusión del Título sobre la Protección Social en Salud y el establecimiento del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (SSA 2004), que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud -SPSS- y a su brazo operativo el Seguro Popular de Salud –SPS-. A los tres componentes del sistema de salud se le agregó este cuarto.

El SPSS se entiende como todas aquellas acciones que provean los Regímenes Estatales -estados y Distrito Federal- de Protección Social en Salud. Según la ley la SSA desempeña la función de coordinadora de estos regímenes, provee servicios de alta especialidad, transfiere las aportaciones a

⁷Durante el periodo 1988-1994 el proceso de descentralización se suspende debido a la oposición de algunos gobiernos estatales, la insuficiencia de recursos financieros federales y locales y por las pugnas entre las cúpulas burocráticas López, O. and J. Blanco (2007). Políticas de Salud en México. La reestructuración neoliberal. Temas y Desafíos en Salud Colectiva. E. Jarillo, Guinsberg, Eduardo. Buenos Aires, Lugar.

Las entidades federales, establece el esquema de cuotas familiares, desarrolla un instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios, establece los lineamientos del padrón de beneficiarios, define los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de servicios y define las bases para la compensación económica entre entidades federativas e instituciones del SNS por concepto de prestaciones de servicios. Los gobiernos de los estados y del distrito Federal tienen como funciones: Proveer los servicios de salud, identificar e incorporar beneficiarios, actualizar el padrón de beneficiarios, recibir y administrar las cuotas familiares de los beneficiarios y adoptar esquemas de operación modernos y promover la certificación de los establecimientos de atención médica, donde estos establecimientos podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Según la norma los beneficiarios del SPSS son las familias y personas no derechohabientes de las instituciones de la seguridad social o que no cuenten con otro mecanismo de previsión social en salud, quienes deben llenar requisitos como: ser residentes del territorio nacional, no ser derecho-habientes y cubrir las cuotas familiares correspondientes. La incorporación al SPSS debe ser voluntaria y solicitada por el interesado. Las familias deberán pagar una cuota cuyo monto dependerá del resultado de una evaluación socio-económica. Una vez aprobada la solicitud los beneficiarios recibirán la Credencial única de Beneficiario del Sistema que servirá para identificarlos como afiliados. Los derechos de los beneficiarios entran en vigencia a partir del primer día del mes calendario siguiente a la fecha de incorporación y tienen una duración de un año. Una vez terminada la vigencia la familia deberá renovar su incorporación al Sistema.

El SPSS cubre dos tipos de servicios, los servicios de salud a la comunidad y la de prestación de salud a la persona. Los primeros como señalamos anteriormente incluyen actividades de rectoría y de servicios de salud pública. Los segundos se componen de los servicios esenciales y aquellos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

El reglamento dispone que los Regímenes Estatales deben garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. Podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura médica con los establecimientos para la atención médica de otros Regímenes Estatales o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud. De la misma manera los Servicios Estatales pueden establecer convenios de colaboración con los municipios. Las relaciones entre los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica acreditados se formalizarán mediante convenios de gestión, donde se precise la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención, y los criterios de evaluación de sus actividades. Los Regímenes Estatales considerarán una forma de organización de los establecimientos en términos de redes de servicios. La ley obliga a los Regímenes Estatales a destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica de conformidad con el Plan Maestro elaborado por la SSA. Los establecimientos que no se incluyan en este Plan Maestro no podrán participar como prestadores de servicios del SPSS. Por otra parte, los Regímenes asignarán cada familia beneficiaria a un centro de salud y médico de familia para su atención primaria y si hay más de una se les brindará la facilidad de elegir.

La Ley además define que la SSA establecerá los requerimientos mínimos de los prestadores de servicios para atender a los beneficiarios del SPSS mediante una estrategia de acreditación. En el reglamento se establece que la SSA emitirá el Manual de Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad para el proceso de evaluación correspondiente y además dictaminará la acreditación de los prestadores.

Por otra parte, la Ley crea el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como un órgano colegiado consultivo de las acciones del SPSS. Se conforma por los titulares de las Secretarías de Salud, Desarrollo Social y Hacienda y Crédito Público, por los titulares del IMSS, del ISSSTE, el Secretario del Consejo de Salubridad General y los titulares de los servicios estatales de salud de 5 entidades federativas invitados por la SSA. Asimismo, se constituye la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como órgano desconcentrado de la SSA, quien definirá la secuencia y alcances de cada intervención comprendida en los servicios esenciales que provea el SPSS. Entre los criterios para incluir las intervenciones de los servicios esenciales se encuentran: necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico, la sustentabilidad financiera, necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos, entre otros. La reglamentación indica que las entidades federativas pueden establecer conjuntos complementarios de servicios a los esenciales cuyo financiamiento recaerá en dichas entidades y su inclusión deberá acordarse con la SSA.

Según la ley, las fuentes y los criterios de los montos del financiamiento del SPSS son: 1. el gobierno federal cubrirá una cuota social anual por persona afiliada equivalente al 3,92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, y además, entregará una cuota solidaria mediante la distribución del Fondo de Aportaciones Para los Servicios de Salud a la Persona -incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, aportación económica estatal y desempeño de los servicios-; 2. Los estados y el Distrito Federal aportarán una cuota solidaria que será como mínimo de la mitad de la cuota solidaria anual entregada por el gobierno federal; 3. Las cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, determinadas por las condiciones socio económicas de cada familia -definida con un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la SSA-, además, se establece un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en función de su frecuencia de uso o para el surtimiento de medicamentos asociados, definido por el Consejo de Salubridad General. Habrá un régimen no contributivo compuesto por las familias ubicadas en los deciles 1 y 2 de la distribución de ingresos.

Mediante la Ley también se crea el Fondo de Protección contra Riesgos Catastróficos que se financiará con el 8% de los recursos de la cuota social y de las aportaciones solidarias y se administrará por el Gobierno Federal. La SSA determinará cuáles son las unidades médicas de la administración pública, federales y locales, que pueden convertirse en centros de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura, que recibirán los recursos de este Fondo. Además, se creará una previsión presupuestal anual, administrada por la SSA, con un 3% de estos mismos recursos para atender las necesidades de infraestructura de atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal y como garantía de pago por la prestación interestatal de servicios. Además, se crea un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, administrado por la SSA, mediante el cual el Gobierno Federal aporta recursos a los Estados y el Distrito Federal para llevar a cabo acciones relativas a la rectoría y la prestación de servicios de salud pública a la comunidad conforme a los objetivos del PND y el PRONASA. También se crea el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona.

En términos financieros, la llegada del PAN se reflejó en un gasto total en salud para el año 2000 del 5,6% en proporción al PIB aumentando a 6,5% en el 2005 y a 6,6% en el 2006 (SSA 2001; 2007)(Laurell 2009a). El gasto per cápita también creció desde el 2000 de 3.644 a 4.981 pesos⁸ en el 2005. De todas maneras, en el 2005 el gasto total en salud era menor al promedio latinoamericano -6,9%- y al de países como Argentina -8,9%-, Brasil -7,6%-, Colombia -7,6%- y Uruguay -9,8%-.

⁸ Pesos constantes del 2004

Tanto el gasto público como el privado en la era panista se comportaron de la siguiente forma: El gasto público aumentó de 2,5% en el 2000, a 3% en el 2005, se redujo a 2,9 en el 2006, y creció a 3,2 en el 2008 mientras que el privado aumentó progresivamente de 3,1, 3,5% y 3,7% respectivamente (SSA 2001; 2007; SSA 2009; Laurell 2009a). En el 2005 el gasto privado en México representaba el 54% del total en salud y estaba por encima de Argentina -43,5%- y Colombia -23,7%- y por debajo de Brasil -57,2%- y Uruguay -65,2%-. Para el año 2006 el gasto privado aumentó aún más hasta llegar al 56% (Laurell 2009a).

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total en el año 2005 estuvo en el 16,9% y creció a 17,2% en el 2008. En proporción al gasto total en salud, el gasto público creció del 45,4% en el 2000 al 46% en el 2002 y se mantuvo en ese 46% en el 2005. Sin embargo, para el 2000 el gasto público en salud se mantenía comparativamente inferior con países de la región con un desarrollo similar como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, pero también inferior al de Colombia y para el 2005 el gasto público era muy inferior al de los países de la OCDE que rondaba el 72%, siendo el país miembro de dicha organización con un gasto público menor.

En el año 2004 con la entrada del SPS se inicia un aumento acelerado de los gastos de la SSA con respecto a las instituciones de seguridad social (SSA 2007): entre el año 2000 y el 2006 (SSA 2007) el gasto de la SSA aumentó un 72,5% en términos reales, muy superior al del IMSS con un 35%, el del ISSSTE con un 45% y de PEMEX de un 50%. Para el 2007 la SSA proyectó que en el 2010 el gasto público de la SSA y el IMSS podrían igualarse y, que entre la diferencia entre el gasto per cápita de asegurados y no asegurados se reducirá a solo 1,5 veces.

Al iniciar el sexenio de la administración Fox el gasto público ejercido entre la población asegurada era de 1,9% y a la población no asegurada 0,7% como proporción del PIB (López and Blanco 2007) mientras que en el año 2007 el primero se redujo a un 1,79% y el segundo ascendió al 1,3% del PIB (Laurell 2009a). Entre el 2000 y el 2005 la diferencia entre el gasto público federal per cápita para la población con seguridad social y no asegurada se redujo, pasando de 2.542 a 3.033 pesos para los primeros y aumentando en los segundos de 1.013 pesos a 1.539, es decir, la razón disminuyó de 2,5 veces mayor para los asegurados en el 2000 a 2 veces en el 2005 (SSA 2007). El gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento en el 2008 era de 3.613,6 para la población asegurada y de 2.547,8 para la población no asegurada, siendo el primero 1,41 veces mayor que el segundo (SSA 2009). En el mismo año la contribución en el gasto público en salud para la población sin seguridad social del nivel federal era de 83,9% y el estatal de 16,1%.

Según la SSA (2001) hasta principios de la década del 90 el gasto público en salud se concentraba en la atención curativa primordialmente en la de especialidad: el IMSS dedicaba casi el 75% y el ISSSTE un 69% de su presupuesto en los hospitales de segundo y tercer nivel. En cambio, entre el 2003 y el 2006 la SSA aumentó considerablemente la proporción de su presupuesto en inversión del 2 al 9%, moderadamente en la operación pasando del 23 al 28% y redujo los gastos en servicios personales del 73 al 63%.

En conclusión, esta reestructuración y aumento del gasto público se debe a la creación y puesta en marcha del SPS. Sin embargo, entre los problemas de estos cambios López y Blanco encuentran: que introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público -publicidad para atraer a los afiliados potenciales y una serie de actividades administrativas para gestionar la demanda, que además resultan onerosos-, y que la atención a la población pobre no afiliada al SPS está en entredicho debido a que los montos en su financiamiento pueden verse disminuidos al volcarse todos los esfuerzos al nuevo seguro (López and Blanco 2007).

El proceso de descentralización en las administraciones panistas continuó fracturando los mecanismos de redistribución del presupuesto federal generando una concentración de los recursos financieros en las entidades más ricas. El gasto público de las entidades federativas es reducido y heterogéneo. En el 2005 el gasto público en salud como porcentaje del PIB en las entidades federativas era muy desigual, así solo 6 estados sobrepasaban el 4,5% mientras que otras 6 se encontraban por debajo del 2,5%(SSA 2007). De igual forma sucede con el gasto total en salud como porcentaje del PIB: lo encontramos alto en estados como Michoacán -14,9%-, Chiapas -12,5% - y Zacatecas -12,3- y muy bajo en Campeche - 3,9%-, Nuevo León -4,1%- y Coahuila -4,4%-. Mientras que el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total variaba de 34,3% en Jalisco a Campeche con el 7,1% (SSA 2005).

El aporte de los estados al gasto público total en el 2000 se limitaba al 3%, donde 27 estados aportaban menos del 20% de su presupuesto, y solo 5 más del 20%(SSA 2001). Además, el gasto público de recursos federales per cápita entre los estados varía considerablemente como vemos en estos dos ejemplos: en el 2000 el estado que recibía el menor monto de recursos federales per cápita era Puebla con 291 pesos por persona mientras que Baja California recibía 1.579 pesos y en el 2004 Colima recibía cuatro veces más recursos federales per cápita que Guanajuato(SSA 2007). Lo que sucedía a nivel estatal se reproducía en los municipios, allí los que contaban con una menor población marginada tenían un gasto mayor respecto de las que tenían una mayor proporción de población en esa situación. Según López y Blanco (2007) en la mayoría de las entidades territoriales solo se tenían recursos para el pago de nómina de los trabajadores del sector y para los gastos fijos, por lo que las actividades de promoción, prevención y atención eran prácticamente inexistentes.

En el año 2005 la proporción del gasto público aportado por los estados dirigida a la población no asegurada fluctuaba entre el 36,4% en Tabasco y el 1,2% en Oaxaca(SSA 2005), mientras que en el 2008 varió entre el 39,3% en Tabasco y Durango con un 1,3%. En el 2008 el gasto público per cápita por condición de aseguramiento también varió considerablemente: de 9.445,1 pesos para la población asegurada y 3.964,3 pesos para los no asegurados en el Distrito Federal a 1.701,9 y 2.061,9 en el Estado de México y 3.073,1 y 1.343,7 en Puebla, respectivamente(SSA 2009).

Para López y Blanco (2007) el SPS está obligando a las entidades federativas a aportar recursos adicionales de una manera tal que premia a los estados ricos y castiga a los pobres, profundizando las desigualdades. Sin embargo, es percibido por los gobiernos de dichas entidades como un programa que puede amortiguar la insolvencia financiera y resolver transitoriamente los requerimientos más urgentes para el funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

La situación de la descentralización entre los Estados es desigual, pero se pueden indicar como problemas comunes los siguientes(López and Blanco 2007): insuficiente asignación y disponibilidad de recursos financieros, desabasto de insumos y equipo médico debido a las limitaciones en infraestructura y en los canales de distribución, conflictos laborales por la negociación cupular entre el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud -SNTSS- y la alta burocracia de la SSA donde se pactan prestaciones que deben financiarse con recursos locales, y finalmente, en cuanto a los trabajadores, se presentan tanto restricciones severas en la apertura de plazas y contratación de personal como imposibilidad para garantizar la homologación salarial y funcional. Finalmente, la descentralización intentó desarticular las estructuras sindicales de alcance nacional.

En cuanto al gasto privado la SSA encuentra un aumento de más del 100% en el gasto dedicado a los seguros médicos privados, comparando los datos recogidos en los programas del 2001 y del 2007,

pasando del 2% al 5% en proporción al gasto total en salud⁹(SSA 2009). Esta cifra muestra un éxodo de asegurados del sector público al privado. Este cambio tiene sus orígenes en parte en la reducción del financiamiento de los servicios de salud de las instituciones de la seguridad social tras la retirada de la participación del gobierno federal, en el ISSSTE el subsidio federal es retirado en 1984 y en el IMSS ha tenido una reducción importante pasando del 15 % del total de su presupuesto al 5% en 1988. Al mismo tiempo se produce un incremento de las empresas médicas privadas y un estancamiento del sector público en la producción de servicios médicos.

En los Planes Nacionales de Salud 2001-2006 y 2007-2012 (SSA 2001; 2007) en términos financieros se subraya reiteradamente el problema del gasto de bolsillo y de los gastos catastróficos como de desigualdad financiera. Así, la SSA señala que el 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias, -más del 50% del gasto total en salud es privado y, de este, más del 90% es gasto de bolsillo- y además indica que este gasto es más frecuente entre los hogares pobres de los deciles 1 al 3, con un empeoramiento mayor entre el año 94 al 98 en los deciles 1, 2 y 6. El porcentaje de gastos de bolsillo de México comparado con otros países de la región son muy altos: Argentina tiene el 27,5%, Brasil 38,3%, Colombia 17,1% y Uruguay 17,3%(SSA 2007). En el año 2002 se registró el mayor gasto de bolsillo de la década ubicándose en el 52,9%, disminuyendo muy lentamente a 51,6% en el 2004, 51% en el 2006 y 50,3% en el 2008(SSA 2009). Interesante ver que la mayor disminución se da precisamente antes de la entrada en vigor del SPS y después se atenúa la curva. Cabe recordar que el gobierno tuvo como meta reducir este rubro al 44% para el 2012.

La SSA indica que en el 2002 los hogares mexicanos obligados a utilizar más del 30% de su ingreso disponible en la atención de salud -considerados gastos catastróficos- sumaban el 2,88% del total de hogares, asciende en el 2006 a 3,73% y se reduce nuevamente a 2,49% en el 2008. Eso quiere decir que tras 4 años de funcionamiento del SPS solo se han disminuido en un 0,31% el porcentaje de hogares con gastos catastróficos. Siguiendo a Laurell(2009a) podemos afirmar que el número de hogares mexicanos que tiene gastos catastróficos se ha mantenido muy a pesar del SPS.

1.2. ESTADO DEL ARTE

Los estudios sobre la producción de la atención en salud y las reestructuraciones productivas hospitalarias se han centrado en sus aspectos técnicos, asumiéndolos como neutrales y naturales, ocultando su pretensión de producir un orden social específico. Otros estudios que incluyen aspectos sociales analizan la relación entre las estructuras sociales y el trabajo en salud, mientras que otros ahondan en la subjetividad de los trabajadores y usuarios en el trabajo cotidiano del hospital. Sin embargo, no encontramos un estudio que al relacionar la técnica, los discursos y lo social se aproxime a la ideología de la producción de la atención hospitalaria y de sus actuales reestructuraciones productivas. Una visión poco reflexiva de los problemas del hospital y de la producción de la atención da lugar a interpretaciones parciales y a la aceptación tácita de las realidades cotidianas del trabajo hospitalario, por tanto, deja de preguntar si es posible un modo de existencia distinto de los hospitales a los establecidos en el marco del mercado o del modelo médico hegemónico. Esta investigación apunta en este sentido.

Siguiendo a Merhy(2006) consideramos que en el sector salud son contados los estudios realizados sobre las reestructuraciones productivas, destacándose el trabajo realizado por Pires a mediados de los 90 en el Brasil. Esta investigación parte del análisis de los procesos de trabajo en dos hospitales para estudiar los cambios en la estructura productiva y en el trabajo en salud producto de la introducción de

⁹El gasto privado se compone de los gastos en seguros médicos privados y los gastos de bolsillo.

tecnologías de punta en enfermería. Pires indica que existen alteraciones en los procesos de parcelación, calificación profesional, redefinición del trabajo intelectual y manual, cambios en los procesos burocráticos y otros.

A pesar de las contribuciones de Pires, Merhy critica las limitaciones de sus conclusiones, especialmente, debido a un abordaje clásico de la producción en salud que desestima sus particularidades. Esta visión clásica gira en torno a la noción de transición tecnológica, enfocada en las tecnologías “equipamientos”, los cuales construyen su análisis en torno del modelo fabril. Frente a esto Merhy indica que la reestructuración productiva en salud puede no estar siendo marcada por los equipamientos novedosos sino esencialmente por el modelado de la gestión del cuidado en la salud, tanto en el plano de las políticas como en los establecimientos y propiamente en la producción de los actos de salud, y por la posibilidad de operar su producción por núcleos tecnológicos no dependientes de equipamientos. En pocas palabras, la reestructuración productiva en salud pasa por una mudanza en las configuraciones tecnológicas “no-equipamientos”, tecnologías de gestión, que producen nuevos productos o maneras diferentes de producir los antiguos.

De todas formas, las reestructuraciones productivas hospitalarias entendidas como cambios en las tecnologías de gestión no han sido investigados ampliamente, y, de lo que se ha realizado, se ha hecho especialmente abordando los problemas técnicos de tal transformación. Estos aspectos técnicos de la reestructuración productiva –p ej. la autonomía financiera y administrativa, el mercado de la salud, la tercerización, la gestión de la calidad, la gestión clínica, la flexibilización laboral- han sido tratados en diferentes estudios (OPS 2001; Instituto Libertad y Desarrollo 2008; Secretaria Distrital de Salud 2009; Sociedad Chilena de Administradores en atención Médica y Hospitalaria 2009; Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2009b; Mendez and Torres 2010). Otros estudios se han centrado en aspectos específicos de la gestión hospitalaria, por ejemplo, las condiciones y consecuencias económicas y financieras de estas transformaciones -especialmente en Colombia pues es donde se centra la crisis del sistema- (Ministerio de Protección Social 2003; Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2009a). Otros estudios han tratado sobre la autonomía hospitalaria y las debilidades institucionales para desarrollarla (Mendez and Torres 2010).

Sin embargo, tener una visión meramente técnica de las reestructuraciones es ver solo una cara de la moneda. Buena parte de estas perspectivas entienden al hospital -y su gestión- como una organización natural, ahistórica y neutral debido a que el discurso médico, que ha cobijado hasta ahora al hospital, se enviste de un carácter científico, la función social que se le atribuye y a que su surgimiento antecede al modo de producción capitalista (Donnangelo 1994). Además, la organización en sí es considerada no problemática debido a la normalidad de la racionalidad instrumental, la introyección de las rutinas de trabajo y las reglas de conducta de la existencia individual (Ibarra Colado 2006).

Por estas razones se asume que los problemas de los hospitales son esencialmente técnicos y que corresponde a los expertos darles solución. Sin embargo, con la supremacía de estos enfoques en las investigaciones sobre las transformaciones hospitalarias se constituye un sistema simbólico hegemónico sobre la reestructuración productiva neoliberal sustentado en recetas de flexibilización vendidas como modernizadoras (Merhy 2006).

De esta manera, en Chile, encontramos afirmaciones de investigadores donde señalan que los componentes técnicos de las reestructuraciones están aparte de discusiones sobre el poder, el Estado o el mercado: por ejemplo, Mendez and Torres (2010) señalan que los cambios de los Establecimientos en Red son simples -y por tanto neutras- mejoras en las formas de gestión pues solo se está dando una “transición de la gestión clásica de los equipos a una basada en redes”, o, cuando la Sociedad Chilena de

Administradores en atención Médica y Hospitalaria (2009) asegura que la autogestión en red de los hospitales públicos chilenos es “una opción por la búsqueda de la eficiencia a través de la cooperación y no a través de la competencia entre prestadores, basada en la lógica de mercado, como se ha entendido la autonomía hospitalaria en reformas tales como la colombiana.” En general en estas investigaciones se da una respuesta aprobatoria a las técnicas de gestión y al mismo tiempo se cuidan de respaldar una privatización de los hospitales o el achicamiento del Estado. ¿Quién no desea calidad o eficiencia o participación en los servicios hospitalarios? Parecieran discursos y prácticas naturales, obvias, de sentido común.

No obstante, la reestructuración productiva no solo debe estudiarse técnicamente sino también en sus relaciones con lo “social”, es decir, los cambios técnicos entran en relación con modificaciones en las estructuras económicas y político ideológicas de la sociedad y del campo social de la salud. Siguiendo a López se puede considerar que existen dos formas de interpretación del proceso salud-enfermedad-atención y su relación con lo “social”, a partir del consenso o del conflicto(López and Blanco 1994). En las primeras hay una marcada visión funcionalista, donde se busca el equilibrio social mediante la regulación del conflicto, mientras en la segunda es el conflicto el motor del desarrollo histórico, por lo tanto no desaparecen las contradicciones y los antagonismos de clase, sino que se trabaja con ellos.

En el primer caso encontramos los estudios sobre reforma que se realizan desde la escuela de la nueva salud pública promovida por Julio Frenk(1994; 2008) y Guillermo Soberón en México, y que se articula muy bien con las propuestas de mercado de las agencias multilaterales, como han señaladoLaurell(2012a; 2012b), Tetelboin(2005)y Abrantes(2010), y que veremos en el capítulo 4. En el caso particular de la producción de la atención encontramos un estudio que trata sobre los cambios en los hospitales y sus relaciones con lo social desde el neoinstitucionalismo, realizado en Colombia en la Pontificia Universidad Javeriana. Se centra en las formas como se relacionan en términos de poder de mercado de los hospitales con las aseguradoras, realizado porGorbaneff, Torres et al. (2008).Aquí al encontrar que existe una concentración de poder en las aseguradoras se concluye que se dificulta el equilibrio natural de las relaciones de mercado. Por lo tanto se sugiere que en las reglas de juego del mercado de la salud colombiana no solo se permita la concentración del poder de las EPS sino también de las IPS, y así garantizar el equilibrio producido por el mercado. Siguiendo al neoinstitucionalismoal anhelado equilibrio del mercado se llega con el establecimiento de normas en el mercado. No hay un equilibrio natural pero si se pretende llegar a él con normas sociales.

En el segundo caso y desde la perspectiva de la Salud Colectiva se ha acuñado el concepto de Proceso de Trabajo en Salud para abordar las relaciones entre el trabajo en las instituciones de salud y esas estructuras económicas y político-ideológicas. Según Peduzzi y Schraiber(2008) las primeras aproximaciones a este tema desde la Salud Colectiva tuvieron sus fuentes en los trabajos realizados por María Cecilia Ferro Donnangelo(1994) quien inició estudios a finales de los 60 sobre la profesión médica, el mercado de trabajo en salud y la medicina como práctica técnica y social. Ella logró romper la visión en donde se asumía que la práctica médica y las relaciones entre los individuos allí envueltos serían independientes de la vida social. Según las autoras los trabajos de Donnangelo fueron un referencial para los estudios sobre el mercado, las profesiones y las prácticas en salud. En estos estudios las estructuras definirían en última instancia el Proceso de Trabajo en Salud.

Partiendo de este enfoque, y con mayores o menores diferencias, se desarrollaron buena parte de las escuelas de salud colectiva brasileña y latinoamericana sobre la relación entre estructura social y atención. Posteriormente en el marco de las reformas el análisis se centró en lo político de las políticas de salud, sobretudo en la acción de los actores sociopolíticos internacionales, nacionales y locales en su

formulación e implementación (Hernández 2001; Almeida 2006; Tetelboin 2007; Laurell 2012b). Esta corriente se ha articulado a una visión del mundo más cercana a la izquierda política latinoamericana.

Así varios de estos académicos han hecho investigación sobre reformas y al mismo tiempo han ejercido cargos públicos en el sector salud. De esta manera, los enfoques usados por investigadores para aproximarse a los procesos de reforma sanitarios y a los de la atención en salud se relacionan intensamente con sus propuestas y acciones políticas concretas: como es el caso de Frenk y Soberón en México y Londoño en Colombia, quienes realizaron investigaciones investidas de tecnicidad y al mismo tiempo ocuparon cargos políticos como Secretarios de Salud de sus respectivos países con un corte claramente neoliberal. En el otro enfoque Hernández y Vega en Bogotá o Laurell en México D.F. realizaron investigaciones más centradas en los aspectos políticos de las reformas y ocuparon las Secretarías de Salud de las respectivas ciudades, desde gobiernos locales representativos de la izquierda latinoamericana.

Volviendo a las investigaciones sobre la producción de la atención y su relación con lo social desde la perspectiva de la salud colectiva, fue otro estudioso del trabajo en salud en Salud Colectiva, Mendes Gonçalves(1984), quien siendo discípulo de Donnangelo aplicó la teoría marxista al campo de la salud y acuñó el concepto de Proceso de Trabajo en Salud. Este concepto recoge los componentes señalados por Marx: el objeto de trabajo, los instrumentos, la finalidad y los agentes, pero a diferencia de Donnangelo permitió posteriormente el estudio de las dimensiones microscópicas del cotidiano del trabajo en salud, es decir, a la práctica de los trabajadores de la salud inmersos en el día a día de la producción y consumo de los servicios de salud (Peduzzi and Schraiber 2008) y las propuestas de Merhy sobre la micropolítica del trabajo en vivo(Merhy 2006). En un sentido parecido se ubica la investigación sobre seguridad del paciente y las relaciones sociales al interior del hospital (Perdomo and Martínez 2011).

De la misma forma, otros autores pretenden rescatar el componente subjetivo del Proceso de Trabajo en Salud, pues aquel ha sido tratado de manera extremadamente reductiva frente a sus complejidades(Rodríguez Gutiérrez and De la Garza 2000). Toda producción económica tiene componentes objetivos y subjetivos, materiales e inmateriales. Ahora, dependiendo del tipo de producción los componentes objetivos, subjetivos, materiales e inmateriales tendrán pesos específicos. Para el caso de salud, los componentes subjetivos (Ayres 2004; Ayres 2009) y conversacionales son centrales, tanto como para que Texeira(2003)hable de los servicios como una red de conversaciones. Los estudios y propuestas políticas de Gastao Wagner de Sousa Campos (2001; 2010) sobre cogestión y clínica del sujeto se orientan por ese camino. En este sentido, algunos estudios han abordado las relaciones entre la reestructuración de los hospitales y la subjetividad de los trabajadores y pacientes sobre el proceso de atención (García 2007).

Sin embargo, no encontramos trabajos específicos que traten a profundidad sobre la ideología en los procesos de reforma sanitaria como tampoco en las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos. El presente trabajo intenta aportar en ese rumbo.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el marco de los procesos políticos y de reformas sanitarias de orientación neoliberal desarrollados en Colombia y México las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos se han desarrollado a su amparo. En los dos casos, la formulación de la política de salud reformadora ha tenido orígenes políticos, influencias y formas de debates distintos. La implementación a su vez se da en función de las características propias del sistema de negociaciones, de la estructura de las instituciones de salud, y de

la capacidad de avanzar con los actores políticos de la salud. Es por ello, que reformas surgidas por inspiraciones similares han tomado rumbos distintos a pesar de tener como origen el discurso del BM y de Frenk y Londoño sobre el pluralismo estructurado.

En Colombia se transformó radicalmente el Sistema Nacional de Salud precedente y las formas como se producía la atención en los hospitales públicos, convirtiéndolos en Empresas Sociales del Estado, introduciendo la lógica del mercado en las relaciones entre ellos, las entidades territoriales y las aseguradoras de salud. En México, aunque se mantuvo la división institucional, se creó el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular que lenta pero de manera contundente está introduciendo la lógica de compra y venta de servicios en los institutos y hospitales públicos del país. Además, se han creado formas de vinculación público-privada como los HRAE que desde su creación trabajan bajo la lógica empresarial. En ambos se crean las condiciones para que los hospitales se hagan empresas, funcionen como tales y sus trabajadores lo incorporen como una parte natural de las condiciones en las que desempeñan sus laborales.

En ambos casos las consecuencias no han sido las mejores, en Colombia la crisis hospitalaria ha llegado a ser una de las prioridades del actual gobierno de Santos, casi al nivel del proceso de paz que se está desarrollando. En México, por su parte, se ha presenciado un lento pero seguro desmantelamiento de las instituciones estatales y de seguridad social. En la actualidad se esboza una estrategia desde lo público, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud que ha subsumido al sistema público, y desde ahí se abre paso a la homologación con las demás instituciones de seguridad social y privadas.

A pesar de que las consecuencias de las reestructuraciones y de las nuevas formas de producir la atención no son buenas y las perspectivas de futuro no son alentadoras, ni para los ciudadanos ni para los trabajadores del hospital (Tetelboin and Granados 2000; Hernández 2002), pareciera que en los distintos planos sociales del campo de la salud no existiera otra alternativa deseable y posible. En las discusiones a nivel parlamentario, de gobierno o en medios científicos, sobre las reformas sanitarias las perspectivas alternativas al modelo neoliberal a pesar de ser planteadas no son consideradas en realidad (Hernández and Torres 2010), a nivel hospitalario, las directivas y trabajadores más allá de estar de acuerdo o no con los procesos de cambio o con las formas de producir la atención se resignan a ajustarse a sus demandas (García 2007), y para los ciudadanos los caminos para solventar las crisis no se desvían en los hechos considerablemente de las propuestas técnicas neoliberales (Vega 2010).

Esta naturalización de la reestructuración productiva y de la forma de producir la atención neoliberal la hace ver como la única opción posible para quienes disienten y tienen la capacidad para construir otra, hasta aceptarla como la única justificación técnica coherente; además, en los actos cotidianos la incorporan y la reproducen, haciendo muy difícil integrar su capacidad crítica del sistema de salud de mercado con su incapacidad para criticar también la producción de la atención en los hospitales. Los discursos hegemónicos tienen que ver con eso. Las técnicas son enunciadas como neutrales (Merhy 2006) mientras la construcción de los conceptos centrales de las propuestas de mercado son mimetizados como democratizadores (Tetelboin, Granados et al. 2005). De esta manera, la cuestión de la ideología en los discursos de las reformas sanitarias y de la producción de la atención, a diferencia de los enfoques económicos o políticos, se da como un hecho que basta con enunciarla. Pero en realidad ¿en qué consiste la ideología de la producción de la atención hospitalaria?, ¿cuáles son sus características?, ¿cómo se expresa en los textos paradigmáticos de las agencias internacionales y en los documentos oficiales de países como Colombia y México, tanto en la era del Estado Benefactor como en la actualidad neoliberal?

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe preguntarse ¿En qué consisten los mecanismos ideológicos con los cuales se ha asegurado la producción de la atención en los hospitales públicos y su transformación mediante la reestructuración hospitalaria desde el Estado Benefactor hacia el neoliberalismo en Colombia y México?

1.4. JUSTIFICACION

Desde los 80 Colombia y México se han visto sumergidos en procesos de reforma a sus sistemas sanitarios y a las maneras como produce la atención hospitalaria. Estos cambios se han soportado en los discursos producidos por las agencias multilaterales como el Banco Mundial, el BID y la OMS/OPS sobre las reformas a la atención en salud. Como bien lo señala Laurell, estos discursos, específicamente el Invertir en Salud del Banco Mundial, obedecen a compatibilizar la salud con la doctrina neoliberal, al ubicarla especialmente en el ámbito de lo privado y excepcionalmente en lo público, y por tanto transformar la salud de derecho social a mercancía (Laurell 1994). Por su parte, Tetelboin sugiere que estos discursos evidencian una preocupación económico financiera que apunta a la reordenación de los recursos del sector, racionalizándolos y a la vez incorporando a los privados en su manejo y usufructuando de ellos. Además, muestran una preocupación por la continuidad de las políticas modernizadoras y sus efectos en la gobernabilidad (Tetelboin 1994).

De la misma forma, Laurell indica que en estos discursos la prestación de los servicios también se ajusta a las demandas del gran capital interesado en la industria hospitalaria de alta capitalización. Lo que sugiere un fortalecimiento de la tecnologización hospitalaria desplazando a los trabajadores, particularmente a los médicos, a posiciones subordinadas en el proceso de trabajo. Otros autores sugieren que la reforma ha implicado para la producción de la atención cambios en las tecnologías de gestión de los hospitales (Merhy 2006; Merhy and Batista Franco 2008), que se centran sobre todo en la flexibilización organizacional (De la Garza 2000). Esto debido al creciente interés del capital financiero en el sector salud (Irirart, Merhy et al. 2000) que pretende una aceleración de la rotación del capital por los hospitales, mediante la priorización de la eficiencia y la calidad – entendida como estandarización-.

Constantemente hemos escuchado en ciertos espacios críticos al sistema de salud de Colombia que la alternativa al modelo debe constituirse desde abajo, desde los trabajadores y los ciudadanos, en contraposición a los intereses del capital. Sin embargo, también escuchamos que la salud como tema no los moviliza ni política ni socialmente. Hay no solo una aceptación y resignación a convivir con el sistema de mercado sino una imposibilidad por pensar y actuar por fuera de él. Los sectores que han propuesto alternativas son marginales y cuando estas son radicales aquellos son minoritarios.

Consideramos que la ideología hace un buen trabajo precisamente cuando sucede lo anterior. La ideología inmoviliza, despolitiza, bloquea las mentes y los cuerpos de los hombres y mujeres que podrían construir otra salud posible. Según la teoría ideológica al identificar y develar esos patrones discursivos que bloquean la acción de los sujetos, estos pueden darle un nuevo sentido a su subjetividad y politizarse (Zizek 2003b). Esta investigación como crítica ideológica pretende aportar en ese sentido. Por lo tanto, sus resultados pueden usarse para discutir cómo las propuestas de reforma naturalizan la técnica y las formas de producir la atención en relaciones de mercado y estar alerta para identificar cuando al usarlas se está cayendo nuevamente, queriendo o sin quererlo, en la reproducción del sistema neoliberal. También para discutir cómo la misma forma como adquiere el discurso de la reestructuración productiva y de la producción de la atención hospitalaria imposibilita pensar y actuar de otra manera posible y por lo tanto, redefinir nuevas formas discursivas que permitan potenciar las propuestas alternativas.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Conocer las transformaciones ideológicas y sus discursos desde la planificación normativa a la reestructuración productiva neoliberal, de los hospitales públicos, realizadas en Colombia y México.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Comparar los paradigmas ideológicos hegemónicos en el campo social de la salud, de la Planificación Normativa y la Modernización Neoliberal, presentes en los discursos de las agencias multilaterales.
2. Comparar los discursos sobre la producción de la atención en los hospitales públicos desde los paradigmas ideológicos hegemónicos de la Planificación Normativa y la Modernización neoliberal y la reestructuración productiva actual.
3. Entender la ideología neoliberal de los discursos de los documentos oficiales sobre la actual reestructuración productiva de los hospitales públicos en Colombia y México.

1.6. MARCO TEORICO

1.6.1. Los Dispositivos de Poder

Para Foucault hay un punto en común entre la concepción del derecho liberal y cierto marxismo sobre el poder (Foucault 1992). En el primero el poder se considera un derecho, del que se es poseedor como de un bien que puede transferirse o alienarse, establecido mediante el acto fundador del orden del contrato. El poder sería un poder concreto que todo individuo detenta y cede para contribuir a la constitución de un poder político, de la soberanía. Este poder cedido al soberano es usado por él por medio de la opresión cuando el individuo quien lo cede se fuese más allá del contrato. El esquema de análisis es el del Poder-contrato con la opresión como límite, donde la oposición pertinente es de legítimo o ilegítimo.

El problema del poder en el derecho liberal reside en limitar el análisis al aspecto jurídico legal donde se asume que hay un Otro, un Gran Sujeto absoluto que articula la prohibición, y al mismo tiempo, hay otros que en el ejercicio de la soberanía aceptan la prohibición renunciando a sus derechos naturales o se someten al contrato social. Sin embargo, esta forma del poder restringida a la ley y sus mecanismos jurídicos debe ser situada entre otros mecanismos de poder, que permitan explorar mejor la complejidad del sujeto.

Por el lado del marxismo hay una especie de funcionalidad económica del poder, en la medida en que el poder sirve para mantener las relaciones de producción y una dominación de clase que favorece su desarrollo. Aquí, la crítica remite a que el poder no tiene como única función reproducir las relaciones de producción, así, aunque las redes de dominación y de explotación se interfieran, superpongan o refuercen no coinciden totalmente. Las relaciones de poder están imbricadas con otros tipos de relación como las de alianza, de familia, de sexualidad(Foucault 1992) o entre el médico y el paciente. Pero tampoco son cosa aparte, todos estos tipos de relación tienen intrínsecamente mecanismos de poder. En todos estos tipos de relaciones encontramos dispositivos de poder con unas formas similares,

subordinaciones jerárquicas, analogías técnicas, coordinaciones laterales, que permiten aprehender de su especificidad en un momento dado (Foucault 2006).

Tanto la apropiación como el poder no se dan, ni se cambian, sino que se ejercitan, existen solo en acto. El poder no se refiere a las relaciones de producción sino a relaciones de fuerzas. Como tal su análisis está en términos de lucha, enfrentamientos, guerra. De esta forma, las relaciones de poder se instauran bajo una determinada relación de fuerzas establecida en un momento determinado, localizable en la guerra, pero que el poder político puede mantener bajo una especie de guerra silenciosa, inscrita en las instituciones, en las desigualdades económicas, en el lenguaje, en los cuerpos (Foucault 2006). Así, se continúa la guerra pero a través de luchas políticas o simbólicas. Aquí se analiza el poder político según un esquema de guerra-represión, donde la represión no es un límite sino el efecto o continuación de las relaciones de dominación y en el que se dan la lucha y sumisión. El poder lo entiende Foucault como una multiplicidad de relaciones de fuerza, el juego realizado en medio de luchas y enfrentamientos, y finalmente, una serie de estrategias, que pueden llegar a cristalizarse en instituciones como los aparatos estatales o las leyes (Foucault 1998) o los hospitales. No hay pues una relación unívoca entre el Gran Sujeto y el individuo sujetado sino más bien una guerra repleta de estrategias entre ambos y entre sujetos, donde el sujeto puede considerarse hacedor de su historia.

En este sentido siguiendo a Foucault señalamos una serie de proposiciones sobre el poder (Foucault 1998):

El poder no es algo que se adquiera o se entregue sino se ejerce a partir de innumerables puntos en el juego de relaciones móviles y no igualitarias.

Las relaciones de poder son immanentes a otros tipos de relaciones como los procesos económicos, de conocimiento o de atención en salud. Son los efectos inmediatos de las desigualdades que se producen y las condiciones de tales diferenciaciones. No cumplen solo un papel de prohibición o reconducción sino que tienen un papel de producción.

No hay en el principio de las relaciones de poder una oposición binaria entre dominadores y dominados, de arriba abajo, sino supone que esas fuerzas se forman y actúan en los aparatos de producción, las familias, las instituciones, sirviendo de soporte a amplios efectos de escisión que recorren los universos sociales estableciendo ordenes sociales. Las grandes dominaciones son los efectos hegemónicos por la intensidad de todos esos enfrentamientos.

Las relaciones de poder están atravesadas por un cálculo sobre objetivos y miras. No obstante, no resultan de una decisión individual, sino de la racionalidad del poder, es decir, de las tácticas que encadenándose unas a otras dibujan dispositivos de conjunto.

La resistencia no es exterior al poder: siendo relacional el poder no puede existir sino en función de una multiplicidad de puntos de resistencia. Hay una variedad de resistencias, distribuidas de manera irregular, que llevan a veces rupturas radicales, binarias y masivas y, otras veces, a puntos de resistencia móviles y transitorios, que introducen en la sociedad líneas divisorias y, en los propios individuos, los remodela trazando en su cuerpo y alma regiones irreductibles. La codificación estratégica de esos puntos de resistencia puede tornar posible una revolución, así como en el Estado reposa la integración institucional de las relaciones de poder. No hay por lo tanto, algo así como tipos estables de sujeción.

Las distribuciones del poder son cortes sincrónicos de las relaciones de poder. Mientras las relaciones de poder son matrices de producción, reproducción y transformación de un orden más bien diacrónico.

Una matriz de producción, reproducción y transformación de órdenes sociales se inscribe en una estrategia de conjunto, a través de una serie de encadenamientos, y al mismo tiempo, en relaciones precisas y cotidianas, que le sirven de aplicación y/o anclaje. Una matriz que hacia arriba se encadena con estrategias generales y hacia abajo con tácticas locales. La matriz se condiciona doblemente.

El análisis del poder debe incluir un análisis “ascendente” del poder, arrancando de sus mecanismos infinitesimales del cotidiano, para después ver cómo estos mecanismos han sido investidos, colonizados, utilizados, reinstrumentalizados, etc. por mecanismos más generales y formas de dominación global (Foucault 1992). De igual forma, se necesita un análisis “descendente” donde esas formas de dominación global y mecanismos más generales se disputan con otras formas y mecanismos, los mecanismos locales para asegurar su materialización en las instituciones, en el día a día.

Las relaciones de poder en la organización hospitalaria no se reducen a mecanismos de control despóticos, de arriba abajo, como Braverman (1987) lo señaló al iniciar el debate sobre el proceso de trabajo, sino que debe buscarse en las luchas entre sujetos, en el conflicto como después ese debate evolucionó (De la Garza 2000).

Las reestructuraciones hospitalarias buscan como resultante modificar las relación de poder en distintos niveles del campo de la salud, tanto del sistema de salud, como de la organización hospitalaria, como del encuentro entre profesionales y usuarios en la atención, y éste cambio solo es posible trastocando los mecanismos de poder sobre los que se sostienen.

1.6.2. El Poder y el Saber

Las relaciones de poder que constituyen el cuerpo social se encuentran imbricadas al funcionamiento del saber. Estamos sometidos a una relación circular entre verdad y poder, a la producción de la verdad desde el poder y a ejercitar el poder solamente a través de la producción de la verdad. Estamos constreñidos a producir la verdad, a indagarla, registrarla, desde el poder que la exige, que la necesita para funcionar. Además, institucionaliza la pesquisa de la verdad, la profesionaliza, la recompensa. Asimismo, el sometimiento a la verdad se produce cuando la verdad hace ley, elabora el discurso verdadero, cuando conlleva efectos de poder.

Las relaciones entre poder y verdad -entendida como conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder; conjunto de procedimientos reglamentados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación, y el funcionamiento de los enunciados- se caracterizan en nuestra sociedad porque se centran en el discurso científico y en las instituciones que lo producen, están sometidas a una constante incitación económica y política -necesidad de verdad para la producción económica como para el poder político-. Una inmensa difusión y consumo de saber, es producida y transmitida bajo el control dominante de grandes aparatos políticos y económicos, son el núcleo de las luchas ideológicas (Foucault 1992). De esta forma, el análisis de los mecanismos de poder tiene el papel de mostrar cuáles son los efectos de saber que se producen en la sociedad gracias a las luchas que se libran en ella, realizadas a través de esas tácticas y estrategias de poder (Foucault 2006).

Esta relación entre poder y conocimiento se materializa por medio de microtécnicas disciplinarias y de seguridad en instituciones como los hospitales. Estas técnicas, tecnologías, tácticas y estrategias están basadas en el conocimiento y se relacionan con el ejercicio del poder desde el proceso de adquisición de conocimiento.

Esto sugiere que el discurso y el poder tienen una relación gravitante en los procesos sociales de la sociedad moderna (Fairclough 2001). El discurso moldea las relaciones de poder, asegurando la producción, reproducción y transformación de los órdenes sociales y a la vez estos órdenes sociales pueden controlar, seleccionar, organizar y distribuir mediante ciertos procedimientos la producción de los discursos y sus posibles efectos sociales. Entre los procedimientos podemos encontrar las restricciones sobre quién puede decir, qué se puede decir; oposiciones entre los discursos verdaderos y falsos; efectos de atribución de la autoría, límites disciplinarios; restricciones sociales a ciertas prácticas discursivas, etc. El discurso ideológico es un objeto de lucha por su dominio entre sujetos sociales.

1.6.3. La Ideología

La reestructuración hospitalaria busca entonces como resultado la transformación de un hospital preponderantemente sustentado en las tecnologías de gestión de la burocracia profesional y la eficacia a otro parado fundamentalmente en las tecnologías de gestión flexibilizantes y la eficiencia. Esto se realiza por dos vías principalmente: la coerción física o la ideología. Bajo la coerción externa se ejerce sobre los sujetos mecanismos jurídico-legales que obligan por ejemplo a la ejecución de tecnologías de gestión en el interior de los hospitales por parte de los participantes de la atención.

En cambio, lo ideológico no usa la coerción sino que asume la figura de la interpelación, en el discurso. Así, una política pública puede contener aspectos extraideológicos, pues coacciona a los sujetos a obedecer un orden social, pero también usa elementos ideológicos pues por medio de estrategias simbólicas puede someterlos. La reestructuración se puede asegurar por medio de medidas no coercitivas. Veamos qué es esto de la ideología.

El concepto ideología fue acuñado por primera vez a principios del siglo XVIII por Destutt de Tracy, para quien no era más que una “ciencia de las ideas” en general, tomando las “ideas” en un sentido amplio como estados de conciencia, por lo cual, su estudio se orientaba a indagar cómo pensábamos, hablábamos y argumentábamos. Mucho se ha hablado y escrito sobre la ideología desde entonces, teniendo los más diversos sentidos, muchos de ellos completamente contradictorios. Hoy en día, la ideología remite casi a cualquier cosa: “desde una actitud contemplativa, que desconoce su dependencia con la realidad social hasta un conjunto de creencias orientadas a la acción, desde el medio indispensable en el que los individuos viven sus relaciones con una estructura social hasta las ideas falsas que legitiman un poder político dominante” (Zizek 2003a, p. 10).

Van Dijk (2003), por ejemplo, define la ideología en términos muy generales: son las creencias fundamentales de un grupo y sus miembros -en un sentido no muy lejano a lo entendido en sus orígenes-; lo que le permite estudiar tanto las creencias negativas -ej. racismo- como positivas -ej., antirracismo-. Para muchas tendencias del marxismo las ideologías remiten a expresiones de una falsa conciencia, inculcadas por la clase dominante para legitimar su estatus y esconder las condiciones socioeconómicas reales de los trabajadores, oponiéndosele el conocimiento científico verdadero. En las ciencias sociales y en el conocimiento cotidiano terminó asociándose a creencias falsas o engañosas, siendo un calificativo peyorativo. De la misma forma, el conocimiento cotidiano se trata como ideológico, por la misma razón, por oponerlo al conocimiento científico. Bajo esta concepción la ideología se opone a la ciencia, a la verdad.

Sin embargo, como recién vimos la relación entre saber y poder, entre verdad y poder, y por ende, entre ciencia e ideología son muy estrechas. Considerar que la relación del sujeto con la verdad es oscurecida o perturbada por las relaciones sociales impuestas desde el exterior, o lo mismo, asegurar que cuando el sujeto ocupa una posición dominada de la estructura económica las clases dominantes le impondrán

una ideología para aceptar su posición pasivamente, implica que habría un sujeto de conocimiento que por derecho debería estar abierto a la verdad pero que debido a la ideología, que opera como velo, eso no es posible (Foucault 1983). Para Foucault esto no es cierto, las condiciones económicas y políticas de existencia no son un obstáculo para conocer la verdad, sino aquello a través de lo cual se forman los sujetos de conocimiento y, en consecuencia, la verdad. La verdad se construye en ciertas condiciones económicas y políticas y por tanto, contextualizada no es neutra ni asocial, ni ahistórica. Así, la ideología no es siempre falsa, puede ser verdadera, pero es una verdad que se ha construido históricamente. Podemos encontrar discursos científicos o políticos verdaderos que aseguran ciertas relaciones de poder, pero que lo hacen de manera oculta, lo hacen ideológicamente. Como señala Žižek “un punto de vista político puede ser bastante exacto -“verdadero”- en cuanto a su contenido objetivo y sin embargo, ser completamente ideológico, y viceversa, la idea que un punto de vista político da de su contenido social puede estar completamente equivocada sin que haya nada “ideológico” en él” (Žižek 2003a, p. 13).

Así, una de las formas más eficaces de ideología es el cinismo, es decir, se proclama toda la verdad sobre un fenómeno sin importar que la gente sepa las consecuencias que puede traer sobre ella, y a la vez, vela las relaciones sociales que asegura, los intereses de poder. Barthes nos recuerda cómo el cinismo es usado: “¿Qué importa, *después de todo*, que el orden sea un poco brutal o un poco ciego, si nos permite vivir fácilmente?... nos encontramos libres de un prejuicio que nos costaba caro...” (Barthes 1999, p 41). Así, se puede excluir al Otro reconociendo que es a un costo que era necesario pagar por el bien de la sociedad.

Para este trabajo entendemos la ideología como una configuración particular de paradigmas, disposiciones, rituales y prácticas, que aseguran la producción, reproducción y transformación del orden social, constituida de manera tal que oculta esta pretensión pragmática. Lo que realmente importa no es la verdad o falsedad del “enunciado” para asumirlo como ideológico. En palabras de Žižek: “estamos dentro del espacio ideológico en sentido estricto desde el momento en que este contenido... es funcional respecto de alguna relación de dominación social -“poder”, “explotación”- de un modo no transparente: la lógica misma de la legitimación de la relación de dominación debe permanecer oculta para ser efectiva...” (Žižek 2003a, p. 15).

La tesis de Althusser (2003) señala que toda ideología tiene por función -que la define- la “constitución” de los individuos concretos en sujetos. La ideología interpela a los individuos concretos como sujetos concretos. Mediante un discurso ideológico se interpela a otro, al llamarlo y este reconocer que ese llamado era precisamente para él, le sujeta. Esta es la función de reconocimiento ideológico. El individuo se configura, mediante la interpelación, en sujeto. No existe ideología si no es por el sujeto y para los sujetos, así la categoría de sujeto es la categoría constitutiva de toda ideología (Pecheux 2003).

Ahora, ese llamado implica un Sujeto –con mayúscula- quien llama: la multitud de sujetos posibles existe solo con la condición de que exista otro Sujeto. Ese sujeto en nombre del cual la ideología interpela a todos los individuos como sujetos. Además, el interpelado reconoce ser sujeto del Sujeto, se somete, le obedece. A partir de este mismo reconocimiento hay un reconocimiento mutuo entre sujetos y el Sujeto, entre los mismos sujetos y del sujeto a sí mismo. Esto implica que el Sujeto ubica al sujeto en una posición social, se define una distancia social con quien enuncia y con los demás sujetos y, por tanto, se le hace parte de la estructura de las relaciones sociales de un universo social. También que el sujeto se reconoce en esa posición social. Los individuos interpelados reconocen que ese es su lugar en el universo social y, por tanto, reconocen ese orden social. Al individuo concreto por medio de la interpelación se le sujeta a una configuración de relaciones, él se reconoce en esa sujeción y se le convierte en sujeto. Finalmente, la ideología requiere la garantía absoluta de que todo está bien como está, y “de que a condición de que los sujetos reconozcan lo que son y se conduzcan en consecuencia

todo irá bien” (Althusser 2003). Al mismo tiempo que el sujeto es fijado en una posición se le da la ilusión de que es libre. La sujeción y su ilusión de libertad conllevan a la reproducción del orden social.

El discurso o acto ideológico no solo designa los objetos a los que se refiere sino también tiene un poder generador, es decir, los construye. En otras palabras, a través de la enunciación de la estructura de relaciones sociales no solo describe sino que construye esa realidad social, así, los discursos y prácticas desempeñan un papel activo en la mantención, fortalecimiento o cambio del orden social (Martín Rojo 2004).

A diferencia de la interpelación althusseriana que remite a un Sujeto con S mayúscula que sujeta al individuo, entendemos el llamado ideológico desde diferentes planos y direcciones. El concepto de interpelación que usamos acá relaciona la estructura social y el sujeto de doble vía, es decir, la estructura es estructurante de los sujetos, y al mismo tiempo es estructurada por los mismos sujetos. En primer lugar, el sujeto es sujetado por quien interpela, por el Sujeto, y se garantiza su sujeción, como señala la tesis althusseriana. Pero también el sujeto puede reelaborar su llamado, negociar su sujeción, redefiniendo ciertas dimensiones del orden social. La ideología es reestructurada en el cotidiano, mediante la reelaboración de los significados que le otorgan los sujetos individuales, en la negociación de significados que se establecen entre sujetos en los contextos sociales y en los rituales y prácticas sociales. En la interpelación el sujeto ideológico puede o no reconocerse en el llamado y, además, una vez se reconoce, negociar el significado de ese llamado en un contexto particular. El sujeto sujetado muchas veces es un mal sujeto, se escabulle a su sujeción.

La ideología definida desde arriba a partir de los intereses de los grupos hegemónicos del espacio y campos sociales, y a la vez, por los intereses de los productores de discurso y la lógica del campo social donde la producen. La interpelación se construye en el descenso de los productores ideológicos y del Estado al sujeto, y asciende en la negociación de significados que hace el sujeto el cual puede llegar hasta su reformulación por parte de los productores y el Estado. La interpelación establece el vínculo entre quienes producen las ideas ideológicas en las clases y posiciones sociales dominantes, el Estado quien mediante su aparato jurídico-político de leyes las formaliza y obliga a cumplirlas, los sujetos que se reconocen en el llamado de la interpelación pero al mismo tiempo negocian lo que eso significa -el que dice de sí mismo al llamado ¡soy yo, pero...!-, y las instituciones donde se establece el entramado de vínculos entre el “sujeto de la ley”, “el sujeto disciplinario”, el “sujeto normalizado” y el “sujeto ideológico”. Ya no es un Sujeto el que interpela sino una multiplicidad de fuentes de sujeción.

Finalmente, al identificarse los individuos en el discurso se ubican socialmente, son sujetados, y al mismo tiempo se les otorga cuáles cosas, discursos y prácticas le son legítimas reforzando su sujeción. La interpelación define cuáles sujetos, discursos, cosas y prácticas son legítimos en el orden social y en una sujeción específica de ese orden.

1.6.4. La Ideología como Complejo de Ideas o Paradigma

Retomando a Žižek (2003b) consideramos que el abordaje para acercarnos a la ideología en las reestructuraciones hospitalarias actuales debe ser sincrónico y alrededor de tres niveles: la ideología como complejo de ideas o paradigma -doctrina, teorías, convicciones, creencias, procedimientos, argumentativos-; la ideología “espontánea” más cercana a las disposiciones y subjetividades de los sujetos; y finalmente, la ideología en su apariencia externa, la materialidad de la ideología en rituales y prácticas. En nuestra investigación ahondaremos en el primer nivel.

En este nivel, la ideología la entendemos como las significaciones/construcciones de la realidad destinados a convencernos de su verdad y, sin embargo, están al servicio de algún interés inconfeso de mantener o reproducir ciertas relaciones de poder. Se asegura “por la palabra”, como señala Althusser(2003), los intereses y el orden social. Son paradigmas sociales en tanto son teorías, convicciones, creencias o procedimientos argumentativos construidas y reconocidas por grupos sociales que, durante cierto tiempo, les proporcionan formas para aprehender el mundo y que entran en disputa con otras pertenecientes a otros grupos sociales para definir las universalmente aceptables en un orden social determinado. Son sociales tratando de diferenciarlos del modelo Kuhniano que reserva el paradigma a la comunidad científica y a la ciencia.

Para hacer un análisis de la ideología en este nivel tomaremos dos caminos. El análisis tipo “lectura de síntomas”, que nos permite ver los vacíos del discurso, sus generalizaciones, naturalizaciones, falsedades, cuando trata sobre el objeto de conocimiento, y el Análisis Crítico del Discurso, que entiende los elementos mismos del discurso -no a lo que se refiere- inmersos en construcciones sociales, es decir, no son neutros ni transparentes.

1.6.5. La Lectura de Síntomas

En la lectura de síntomas (Zizek 2003a), el objetivo de la crítica es descubrir la tendencia inconfesa del texto a través de sus rupturas y vacíos. En la lectura de síntomas se reflexiona sobre la tensión entre el contenido explícito y los intereses sociales ocultos. Se descubre la tendencia no confesada del texto a través de sus rupturas o espacios en blanco.

Una forma de hacer la lectura de síntomas es evidenciar la articulación que se establece entre las técnicas y los dispositivos de poder. Siguiendo a Zizek (2003b)el análisis trataría de romper con la apariencia según la cual las reestructuraciones productivas hospitalarias son técnicas y responden a procesos racionales y científicos y concebir el significado oculto que expresa las formas de esa racionalización o científicidad, es decir, cómo las técnicas de las reestructuraciones productivas -Estado modulador, articulación, autonomía hospitalaria, calidad, integralidad, etc.- se articulan a los dispositivos de poder disciplinarios y de la seguridad-control. Además, se analiza cómo este tipo de articulación a su vez interpela a los individuos participantes del contexto hospitalario para sujetarlos de manera específica al orden social del dispositivo de poder. Así, se penetra en la manera como al arropar la reforma y sus tecnologías de gestión con la ciencia se garantiza la transformación del sistema y la continuidad de la reforma.

Las naturalizaciones, apelar al “sentido común”, presumir la neutralidad, las generalizaciones y directamente las falsedades son otras estrategias ideológicas que pueden analizarse en este caso. La falsa eternalización y/o universalización: un estado que depende de una conjunción histórica concreta se presenta como un rasgo eterno y universal de la condición humana(Zizek 2003b).En este sentido tomamos aBenhabib cuando trata sobre una “crítica categorial” permanente(Benhabib 1994): el análisis se hace realizando una transformación de los conceptos que dominan un complejo de ideas cualquiera en sus opuestos, mostrando como los conceptos son contradictorios consigo mismos, es decir, cuando sus implicaciones lógicas son llevadas al extremo, a sus últimas consecuencias, estos conceptos no logran explicar el orden social. Los conceptos son medidos en relación a lo que pretenden explicar, encontrándose su inadecuación para ese fin. Por ejemplo, señalar que la medicina es intrínsecamente una profesión liberal, es generalizar una forma de relación entre el profesional y el paciente que se desarrolló en un momento y lugar precisos y claramente limitados.

En este nivel también podemos observar el uso del cinismo como arma ideológica: decir las cosas con la verdad, usar un contenido explícito ceñido a una verdad objetiva pero ocultando los intereses de poder con la que esa apuesta se ve acompañada. En este sentido podemos hablar de un “régimen de verdad”: entendido como una relación circular entre la “verdad” con los sistemas de poder que la producen y sustentan y con los efectos de poder los cuales induce y los cuales la extienden (Fairclough 2001). La verdad es producida por quienes ejercen el poder, lo que les provee un mayor poder para nuevamente producir la verdad. La ideología está en la base de todo esto, por ello, la producción de la verdad es tomada con mucho celo por quienes ejercen el poder. Atenderemos entonces a lo que en los discursos se define como verdad y falsedad sobre el proceso de trabajo hospitalario.

1.6.6. Análisis Crítico del Discurso

El segundo camino es el Análisis Crítico del Discurso, el cual tiene como objetivo (Martín Rojo 2004) saber cómo es realizada la construcción discursiva de los acontecimientos, de las relaciones sociales y del propio sujeto, a partir del análisis de los aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo en un tiempo y lugar determinados. Aquí lo ideológico no se refiere en una noción falsa de la realidad surgida por intereses ocultos, sino a que el acceso a la realidad siempre tiene el sesgo de dispositivos discursivos y no reconocerlos o velarlos se convierte en ideológico. En consecuencia, se naturaliza no la realidad en sí sino los procedimientos discursivos, se asumen como neutros, como propios de la “cosa en sí”, como evidentes (Žižek 2003a). Se busca que los enunciados usados den la impresión que se dirigen a lo real, desde un punto de vista objetivo, imparcial, neutral. Esos enunciados intentan responder directamente a lo real, lo hacen transparente. Sin embargo, es una estrategia discursiva que oculta un orden social de relaciones de poder a partir del cual se enuncia, y al que se quiere sujetar a los demás participantes del discurso, sus prácticas y cosas.

De esta forma, no hay algo así como una neutralidad de la descripción: los objetos, los conceptos o las modalidades con las cuales se hacen los enunciados son construidos socialmente y, por tanto, se inscriben y constituyen un orden social. Lo ideológico, desde el punto de vista discursivo, reside en un argumento que se sostiene en dispositivos retóricos no transparentes.

En este sentido, Pecheux desarrolló la idea de que el lenguaje es una forma de ideología importante. El discurso muestra los efectos de la lucha ideológica en el funcionamiento del lenguaje y al revés, la existencia de materialidad lingüística en la ideología (Fairclough 2001). Para Pecheux, a cada clase social o posición social le corresponde una forma de discurso particular, una estructura simbólica determinada social, espacial y temporalmente, aquello que en un dado orden social determina lo que un sujeto puede y debe decir (Fairclough 2001) y por lo tanto aquello a lo que se sujeta y sujeta a sus interlocutores –pues los discursos al emitirse o al ser consumidos sujetan a quienes lo emiten y a quienes lo reciben-. La mayor fortaleza del análisis del discurso reside en considerar que los sujetos al estar ubicados social, temporal y espacialmente, en clases o posiciones sociales, tienen un punto de vista particular, que depende de una estructura simbólica también social, temporal y espacialmente constituida, la cual los hace percibir el mundo y a sí mismos solo desde allí.

Quien interpela está ubicado en una posición social que implica estar inmerso en un universo simbólico particular del que echa mano para construir los enunciados y proposiciones. Según el momento de la lucha ciertos significantes pueden ser apropiados por ciertas clases o posiciones sociales y usados legítimamente, en un orden social, solo en el conjunto de su formación discursiva, o usados de forma compartida por distintas clases o posiciones sociales. Igualmente, algunos significados pueden ser fijados por ciertas clases o posiciones sociales, haciéndose de uso común a todo un orden social, o, pueden tener múltiples significados contradictorios en un mismo orden social. Todo dependerá del

estado mismo de la lucha y la importancia del enunciado en cuestión. No hay discursos o enunciados o proposiciones intrínsecamente dominantes o dominadas, pueden cambiar de mano en la lucha ideológica.

Las relaciones de hegemonía entre distintos discursos son definidas por la lucha ideológica. Quienes obtengan la hegemonía discursiva naturalizan retroactivamente en la historia el significado siguiendo sus intereses. Por ello la naturaleza de un discurso es heterogénea y contradictoria. También, por ello la determinación externa, por luchas sociales, de las significaciones de un enunciado o una proposición es algo que los sujetos típicamente no tienen conciencia, pues tienden a pensar que son ellos mismos la fuente original de sus sentidos. Buena parte de la lucha ideológica es poder sujetar a los sujetos mediante mecanismos discursivos, para que en “automático”, sin pasar por la conciencia, se inscriban al orden social.

Cuando los productores de discurso pretenden usar enunciados como herramientas de lucha en la disputa ideológica se preguntan ¿cuál es más transparente y universal para “descubrir” el problema? Intentan colocar los suyos como los más puros, más científicos, más neutros, más naturales, menos cargados de lo social. Enunciados que al describir ya están argumentando, ya establecen un juicio, ya advierten la verdad de las cosas. Enunciados que al describir ya interpelan, sujetan individuos y formas de ver el mundo, los hacen parte de, les aseguran los beneficios de estar dentro o los excluyen.

En las disputas por la hegemonía los sujetos dominantes se interpelan unos a otros e interpelan a los dominados, bajo su propio lenguaje, mientras los Otros, se reconocen en él o son despojados de su propia identidad. A los dominados les roban su discurso “Robar a un hombre su lenguaje en nombre del propio lenguaje...” (Barthes 1999, p. 47)

El Análisis Crítico del Discurso lo haremos a partir de dos niveles: las condiciones de posibilidad histórico-discursivas y el Análisis Ideológico del Discurso. El primer análisis lo centraremos en determinar las condiciones históricas que posibilitaron la existencia de los enunciados¹⁰, fijar sus límites, establecer sus conexiones con otros enunciados y demostrar qué otras formas de enunciación excluye. Lo usamos como análisis ideológico precisamente cuando permite aproximarnos a las condiciones que permiten la construcción y exclusión de enunciados y, en consecuencia, la constitución y exclusión de sujetos, cosas y prácticas, asegurando órdenes sociales. En otras palabras, este tipo de análisis permite develar las condiciones histórico – discursivas de la lucha ideológica. En primer lugar, si el discurso no es natural sino histórico cabe preguntarse por las condiciones que permitieron su emergencia y desarrollo.

¹⁰Por enunciado nos referimos a una serie de signos que guardan una relación con “otra cosa” pero que no está constituido de manera transparente y directa por esos objetos o hechos o realidades o seres, sino por leyes de posibilidad, reglas de existencia de los objetos allí nombrados y por las relaciones que en él se encuentran afirmadas o negadas. No hay pues una relación natural entre el enunciado y la cosa nombrada sino que el enunciado se construye en un entramado histórico y un contexto particular, que conforma sus leyes de posibilidad. La constitución del enunciado parte de esas leyes de posibilidad: “forma el lugar, la condición, el campo de emergencia, la instancia de diferenciación de los individuos o de los objetos, de los estados de cosas y de las relaciones puestas en juego por el enunciado mismo; define las posibilidades de aparición y de limitación de lo que da a la frase su sentido, a la proposición su valor de verdad. Por la relación con esos diversos dominios de posibilidad, el enunciado hace de un sintagma, o de una serie de símbolos, una frase que se puede, o no, asignar un sentido, una proposición que puede recibir, o no, un valor de verdad.” Foucault, M. (2010). La arqueología del saber. México, Siglo XXI.

Pero además, como el significado de un enunciado no es inherente a una ideología como tal o a una clase o posición social específica, sino que funciona como un “significante flotante”(Zizek 2003a), es ideológico cuando es fijado a uno o un conjunto de enunciados dándole un sentido que oculta las relaciones de poder. Es decir, los sentidos de un enunciado son determinados externamente, por su relación con otros enunciados y allí reside su fuerza ideológica. Estas relaciones y sus límites no son estáticas sino que se instauran más claramente o se vuelven más ambiguas, dependiendo de la condición específica de la lucha ideológica. De esta forma, al análisis contextual se agrega la explicación de cómo el significado oculto, se disfraza de una forma discursiva particular. El análisis se traza en la articulación entre el significado de las técnicas de la reestructuración productiva alrededor de ciertos significados que le dan esa su identidad y sentido ideológico. Por lo tanto, el análisis también debe proceder a identificar tales significados que le dan identidad y sentido ideológico al resto de significados en los discursos.

El segundo nivel, es el Análisis Ideológico del Discurso que siguiendo a Van Dijk(1996) las limitamos a aproximarnos a las proposiciones que son usadas para demarcar cuatro principios básicos de relaciones de poder en el discurso (Van Dijk 2003): Poner énfasis en Nuestros aspectos positivos; Poner énfasis en Sus aspectos negativos; Quitar énfasis en Nuestros aspectos negativos, y Quitar énfasis en Sus aspectos positivos. Entre los procedimientos discursivos donde se emplean proposiciones con objetivos ideológicos los podemos encontrar tanto en el significado como en las estructuras proposicionales.

En este sentido el significado lo analizaremos a través de los temas o significados más globales, los cuales explican de qué trata el discurso en general y pueden aparecer como proposiciones completas o mediante una sola palabra-; las Implicaciones o suposiciones de ciertas ideas no explícitas, que refieren sin decirlo a relaciones de poder; la Sinonimia, donde se usan intencionadamente voces sinónimas o de significación semejante, para amplificar la expresión de un concepto; el contraste, entre Ellos y Nosotros; y la negación, donde se combina un aspecto positivo de Nuestro grupo con aspectos negativos de los Otros.

En las estructuras proposicionales analizaremos cómo aparecen los actores, de manera individual o colectiva, miembros de un grupo o excluidos, de forma específica o general, identificados por el nombre, grupo, profesión, función, etc. donde los Otros se convierten en un todo homogéneo; la evidencia, donde se proporcionan las “pruebas” de sus argumentos sobre los actores; y la ambigüedad, que implica mitigación, eufemismo e indirectamente negación del Otro.

1.6.7. La Reestructuración Productiva Hospitalaria

Merhy y Batista (2008) definen la reestructuración productiva en salud como la resultante de los cambios en el modo de producir el cuidado, generadas a partir de innovaciones en los sistemas productivos de la salud, que impactan la forma de asistir y cuidar de las personas y de los colectivos. Según De la Garza (2001) toda reestructuración productiva tiene como propósito genérico la eficiencia: aumentar la productividad, traducida en reducción de costos de producción, una mayor competitividad en el mercado y una mayor tasa de ganancia, mediante la innovación del método de producción. Definimos la actual reestructuración hospitalaria como la resultante de los cambios en el modo de producir el cuidado en los hospitales, producidos por la introducción de innovaciones en las tecnologías de gestión, persiguiendo la máxima eficiencia de las organizaciones.

En los hospitales públicos la anterior reestructuración productiva se diferencia de la actual en cuanto se remitió especialmente a la innovación en tecnologías duras, es decir, cambios en los equipamientos, fármacos e insumos que modificaron la forma de producir la atención y el cuidado. Mientras las

innovaciones de la reestructuración que presenciamos giran en torno a mecanismos de gestión de recursos y de la fuerza de trabajo. Esto es debido a que en la anterior reestructuración hospitalaria se buscaba hacer del hospital una organización eficaz en el tratamiento de patologías. La innovación en tecnologías duras aseguraba esa eficacia, permitía hacer un mejor diagnóstico y realizar un mejor tratamiento. En contraste, las reestructuraciones actuales tienen como principal objetivo la eficiencia de la organización. Se busca que los diagnósticos y tratamientos sobre las patologías no sean únicamente eficaces sino particularmente eficientes, que la forma como se organiza el trabajo resulte en hacer más con iguales o menos recursos y hacerla en menor tiempo.

Consideramos que la reestructuración productiva de un hospital no se debe entender únicamente como transformaciones al interior de la organización de manera autónoma e independiente de su contexto sino también incluye los cambios labrados en la relación con otras instituciones del sistema de salud (De la Garza 2000; 2000; Rodríguez Gutiérrez and De la Garza 2000; 2001). En lo externo, las reestructuraciones tratarían sobre los cambios en los vínculos entre el hospital y otras instituciones del campo de la salud -secretarías de salud, las redes de servicios, las aseguradoras, las entidades de control, sindicatos de salud, universidades, industrias de equipamientos, fármacos e insumos, mercado laboral, etc...- y con otras instituciones de las estructuras económicas y políticas de la sociedad en general -Parlamento, Poder Judicial, partidos políticos, otros mercados, etc.-. Las relaciones entre el hospital y otras instituciones que pueden cambiar en una reestructuración productiva incluyen ámbitos muy diversos, desde los económicos, políticos, administrativos, tecnológicos, legales, hasta los sociales, culturales, entre otros.

En el interior de los hospitales la reestructuración productiva actual se refiere a cambios en las tecnologías de gestión y en los saberes tecnológicos, médicos y de gestión. Las tecnologías de gestión son tecnologías duras-blandas, las cuales se refieren a saberes estructurados que ponen en movimiento los demás componentes del proceso de trabajo, articulando en determinados momentos los agentes del proceso de trabajo y los instrumentos materiales (Merhy 2006). Son saberes tecnológicos de gestión la planeación, organización y administración y evaluación de los hospitales encaminados a la organización de la producción de los trabajos y a las interacciones de los sujetos ahí presentes (Frigotto 2008). En términos médicos los saberes tecnológicos son todos aquellos que le permiten al profesional transformar su objeto de trabajo, la patología o el riesgo, mediante el establecimiento de un diagnóstico y el desarrollo de un tratamiento y/o procedimiento.

Estos cambios en las tecnologías blandas duras de gestión y clínicas tienen impacto además en las tecnologías blandas. Estas últimas se refieren a una cierta manera de saber hacer que permite operar los procesos relacionales de encuentro entre el trabajador de salud y el usuario, pero también entre trabajadores y entre trabajadores y directivos. Aquí se presenta una disputa abierta y permanente de juegos de captura por parte del usuario, del trabajador y las directivas, imposibilitando que las finalidades y hasta sus objetos sean de un orden único. Esta disputa se da a través de las relaciones, del encuentro entre disposiciones, subjetividades, prácticas y rituales presentes en el trabajo vivo. Según Merhy (2006) los procesos productores que ocurren en el espacio relacional trabajador-usuario, pero también, en las relaciones trabajador-trabajador y trabajador-directiva se realizan únicamente en acto y en las intersecciones entre uno y otro. Es en este momento donde se dan las características más singulares del proceso de trabajo en salud. Los procesos producidos por estas tecnologías son de tipo relacional expresados en cosas como la negociación de los significados de la enfermedad o el trabajo, de la construcción o no de aprobación, vínculos o responsabilidades, juegos transferenciales, entre otros.

1.6.8. Las Tecnologías de Gestión de la Burocracia Profesional

Tradicionalmente, bajo la idea de la eficacia, los hospitales públicos se organizan siguiendo lo que Mintzberg(1991)llama Burocracia Profesional. Sus principales características son: a. la parte clave de la organización es la operativa –servicios clínicos-, que al ejecutar un trabajo complejo se controla directamente por los operadores que lo efectúan. Control sobre su propio trabajo significa que el profesional trabajaba relativamente independiente de sus colegas pero muy cercano a los usuarios. En este sentido, la autonomía médica es un elemento que permite el engranaje de toda la institución. b. El cuerpo administrativo es débil. c. El cuerpo operativo cuenta con un trabajo estable con comportamientos “predeterminados y predecibles”, es decir, encasillados. Por lo tanto, el mecanismo coordinador de la organización se realiza a través del encasillamiento de destrezas, adquiridas previamente especialmente en instituciones académicas.

La Burocracia Profesional se organiza alrededor del núcleo operativo, es decir, del cuerpo médico. De esta forma el cuerpo médico requiere de una amplia autonomía: un débil control por parte de la dirección como por parte de otros médicos en su trabajo cotidiano. Si se requiere de algún control este se ejerce por parte de los mismos médicos pero de manera muy discontinua.

La complejidad del trabajo se controla por los mismos médicos, lo que define las cualidades de toda la organización. Así, la organización del hospital gira en torno a las formas como los médicos clasifican las patologías y su cura: tanto las formas de diagnóstico como de tratamiento se materializan en la estructura de la Burocracia Profesional. El hospital se organiza siguiendo las bases de agrupamiento funcional y por usuario. Por ejemplo, un servicio de ginecología de un hospital es funcional porque agrupa a los especialistas de acuerdo a sus conocimientos, destrezas y procesos de trabajo que usan, y a la vez, se divide por el tipo de usuario, pues trata con tipos particulares de ellos, en este caso mujeres. De esta manera, cada una de las divisiones del hospital y los médicos que las conforman trabajan con sus propios pacientes, sujetos, casi exclusivamente, al control colectivo de los colegas que los capacitaron y enseñaron en primer lugar. Además, el trabajo del núcleo operativo es muy demandado, lo que le da mayor poder y autonomía.

Los profesionales no solo controlan su trabajo sino que también buscan el control de las decisiones administrativas que los afectan, por ejemplo, la contratación de médicos o la distribución de recursos. Para esto los profesionales realizan algo de trabajo administrativo, como asistir a reuniones o comités de la dirección. Muchas veces los administradores de tiempo completo que desean tener autoridad deben ser miembros titulados de la profesión y preferiblemente ser elegidos por los mismos médicos de los servicios o nombrados con su aprobación. Además, se usan con frecuencia dispositivos de enlace entre el núcleo operativo y la dirección, como las comisiones permanentes o la administración de las salas de cirugía.

Conjuntamente con la centralidad del núcleo operativo, en las Burocracias Profesionales, la otra parte del hospital que está muy desarrollada es el staff de apoyo. Se caracterizan por prestar toda la atención en servir al primero, con escaso poder en la organización y manejadas firmemente desde la dirección. Para Mintzberg la razón de esto radica en el alto costo de los médicos, lo que invita a tener trabajadores de apoyo para hacer cualquier trabajo de rutina que pudiese ser formalizado.

El hospital de la Burocracia Profesional es una organización altamente descentralizada, tanto en su dimensión vertical -dirección – núcleo operativo- como horizontal -núcleo operativo, grupos funcionales o servicios clínicos, staff de apoyo-. En consecuencia, el directorio hospitalario no es muy sofisticado ni desarrollado. Ya que la necesidad de planeamiento y formalización del trabajo de los profesionales es

muy limitada, hay poca demanda de un aparato administrativo grande, mientras que el núcleo operativo es más amplio en número, con pocas personas en el nivel de supervisión.

Los hospitales tienen dos tipos distintos de relaciones entre la dirección y las bases: mientras hay una jerarquía donde se encuentra una alta participación del núcleo operativo y las relaciones se dan de abajo – arriba -pirámide invertida-, existe una donde el staff de apoyo tiene una relación más subordinada a la dirección, y por lo tanto, más mecánica, de arriba para abajo. Mintzberg le llama a esta organización jerarquías burocráticas paralelas. Esta organización permite que el hospital se centre en la efectividad de los actos médicos otorgándoles un inmenso poder, mientras la dirección se concentra en administrar y legitimar el poco poder que tiene mediante la cuantificación de la efectividad del núcleo operativo o en la administración vertical del staff de apoyo.

En este tipo de organización la administración cumple con los siguientes roles(Mintzberg 1991): a- deben manejar perturbaciones o problemas de coordinación entre las comunidades de profesionales clínicos y/o administrativas, sentarse con ellos y negociar soluciones. B- la dirección sirve en roles claves en los límites de la organización, entre los intereses de los trabajadores clínicos y administrativos y actores externos a la institución, como gobiernos, gremios, etc. Se espera que los administradores aislen el trabajo profesional de las presiones externas y a la vez, que induzcan a los externos a apoyar la organización tanto moral como financieramente. Estos roles externos son los más importantes para la dirección de la Burocracia Profesional. Su poder recae en su posición entre los límites de las comunidades de trabajadores y entre el interior y exterior del hospital. Como a los clínicos no les interesa desarrollar las tareas administrativas pero saben que son indispensables para su trabajo de atención, les delegan buena parte de las decisiones a los administrativos. La dirección entonces mantiene su poder mientras los clínicos consideren que sirve efectivamente a sus intereses. El poder de los individuos de la dirección por si solo es mayor que el de la mayoría de los clínicos individuales, pero puede ser fácilmente sobrepasado por el poder colectivo de los clínicos, del cuerpo médico. La dirección debe tener habilidades para manejar su poder informal y aplicarlo sutilmente.

En este contexto para Mintzberg en las Burocracias Profesionales la noción de estrategia organizacional pierde mucho sentido, y considera más importante dada la autonomía profesional, las estrategias personales de cada profesional. Las estrategias organizacionales representan “iniciativas” que sus miembros, especialmente clínicos, son capaces de convencer a la dirección a emprender. Este clínico depende de la dirección para que ayude a su iniciativa a ser negociada a través del sistema, dado que lo conoce a profundidad. Sin embargo, cabe recordar que los intereses y estrategias de los profesionales individuales dentro de la organización son inculcados desde el exterior. Las estrategias personales son fuertemente estructuradas desde afuera del hospital por los procesos de formación en las universidades y por los gremios médicos. Esta situación deja un estrecho margen de maniobra a la dirección para adaptar las estrategias básicas de toda la organización a sus propias necesidades e intereses.

Por otra parte, en un trabajo profesional complejo como el hospitalario el encasillamiento se efectúa por medio de una capacitación basada en la práctica reiterada para despertar un “reflejo automático”(Mintzberg 1991). En este sentido la estandarización es así como un conjunto de repertorios de programas estándar –las destrezas del profesional- aplicadas a situaciones predeterminadas, llamadas contingencias, también encasilladas. En el proceso de encasillamiento el profesional tiene dos tareas básicas: 1- clasificar la necesidad del cliente en términos de una contingencia, es decir, el diagnóstico de la patología, o en otras palabras, el objeto de trabajo hospitalario, que indica el programa estándar a usar, y 2- aplicar ese programa, el tratamiento.

Sin embargo, al ser el trabajo médico un trabajo complejo la estandarización de destrezas y conocimientos se ve acompañada de la aplicación de un margen de libertad amplio en el mismo acto de trabajo. Nunca dos cirujanos aplican de la misma manera el encasillamiento, pues se requieren muchos juicios. Podríamos afirmar que a pesar de existir un intento por la estandarización, por prescindir de la experiencia y el razonamiento clínico, por la subjetividad del médico, se reconoce su papel gravitatorio y se le da un margen de juego lo suficientemente amplio como para mantenerse en el vértice del cosmos social hospitalario. El poder está en el experto. Así, es difícil entregarle el control del trabajo a analistas o planificadores de la dirección.

Por otro lado, en la Burocracia Profesional los productos del trabajo del núcleo operativo no pueden ser medidos fácilmente y, por lo tanto, son difíciles de encasillar. El profesional se resiste a la racionalización de sus destrezas, su división en pasos simplemente ejecutados, porque eso los hace programables a la dirección, destruye las bases de su autonomía y los hace parecerse más a obreros de una fábrica. Otros mecanismos coordinadores como la supervisión directa o el ajuste mutuo dificultaban las estrechas relaciones entre el profesional y sus pacientes. Se da, entonces, una libertad donde no se le responde al directorio ni tampoco se le está consultando extensivamente a sus colegas (Mintzberg 1991).

Como señalamos anteriormente, la reestructuración actual busca modificar la organización hospitalaria de la Burocracia Profesional a un tipo de organización flexible, modificando las tecnologías de gestión. La burocracia profesional y sus tecnologías sirven a la eficacia del trabajo médico pero son poco afines a la eficiencia del hospital. Las relaciones entre el núcleo operativo, la dirección y los pacientes ahora se quiere estén mediadas por la eficiencia, y quienes saben de ello son los expertos en la nueva gestión. De allí la importancia de fortalecer a los directivos y sus tecnologías de gestión y cambiar la posición del cuerpo médico y los pacientes en la organización.

1.7. METODOLOGIA

Esta investigación es de tipo cualitativo, entendido como el estudio de los fenómenos, mediante la interpretación en términos del significado que las personas le dan a éstos (Denzin and Lincoln 2000). Ubicamos dentro de la investigación cualitativa la crítica a los paradigmas ideológicos que desarrollaremos. Para realizar esta crítica usamos la comparación como método de aproximación a los fenómenos sociales. Usamos la comparación tanto entre paradigmas –planificación normativa y modernización neoliberal-, como entre los casos – Colombia y México-. Esto nos permitió precisamente evidenciar de una manera más clara el peso del contexto en el establecimiento de los paradigmas ideológicos y las maneras como se pretendió naturalizar los órdenes sociales históricamente contruidos.

En primer lugar, nos aproximamos a los paradigmas de las ideologías presentes en las reformas sanitarias: el paradigma de la Planificación Normativa y el de la Modernización Neoliberal. Para el primer caso analizamos dos textos realizados sobre la Planificación en Salud desarrollada en América Latina. El primer texto recoge los núcleos centrales de la propuesta, se llama “Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la Salud” escrito por Jorge Ahumada, Mario Testa por el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela y de Hernán Durán y Mario Pizzi por la OPS, entre otros. El segundo texto es de la Organización Mundial de la Salud donde se exponen para inicios de los años 70 los principales métodos de planificación a nivel mundial rescatando para América Latina la programación de salud del CENDES/OPS al que le dedican un capítulo en el que se concentró nuestro análisis. El libro es Métodos de Planificación Sanitaria Nacional, escrito por Herman Hilleboe, Arne Barkhuus y William Thomas, profesores de distintas facultades de salud pública de Estados Unidos.

Para aproximarnos al paradigma de la modernización neoliberal analizamos los textos de tres agencias multilaterales que han marcado la pauta en las reformas de los sistemas de salud y reestructuraciones productivas hospitalarias. El Informe del Banco Mundial Invertir en Salud de 1993, el texto de Juan Luis Londoño y Julio Frenk de “Pluralismo Estructurado”, del Banco Interamericano de Desarrollo –BID- de 1997 y el texto de la OPS sobre las transformaciones de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe del 2001.

En este capítulo analizamos ambos paradigmas a partir de sus relaciones con los contextos de emergencia. Es decir, cómo la emergencia del paradigma de la Planificación Normativa fue posible gracias a un contexto marcado por el capitalismo pesado, la industrialización por sustitución de importaciones y las tensiones de la guerra fría, la fábrica taylorista y la disciplina médica. Mientras el capitalismo liviano, las crisis del petróleo, la debacle de Bretton Woods, la década perdida, las transiciones democráticas y las reformas estructurales fueron los contextos que posibilitaron la emergencia del paradigma de la modernización neoliberal del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS de fin de siglo. Para observar esa relación establecimos la presencia de las principales características de los dispositivos disciplinarios en los contextos y en los paradigmas de la Planificación Normativa. De la misma forma, establecimos la presencia de las principales características de los dispositivos de la seguridad-control en los contextos y en los paradigmas de la Modernización Neoliberal. El capítulo es entonces un entretejido entre dispositivos de poder, contextos y paradigmas.

En el tercer, cuarto y quinto capítulos analizamos a profundidad la ideología en los paradigmas de las agencias multilaterales y en los discursos oficiales de Colombia y México. Para el caso colombiano tomamos dos periodos para analizar el cambio en la reforma sanitaria colombiana: el primero es el periodo de la administración de César Gaviria, cuando se hace el giro institucional del país y el sector al neoliberalismo y a la modernización, mediante el establecimiento y posterior reglamentación de la Constitución de 1991, y mediante la formulación de la ley 100 de 1993. El segundo es la administración Uribe, que va desde el 2002 hasta el 2010 y que intenta realizar varios ajustes al sistema de salud, pero que no logran superar la inmensa crisis institucional, que lo tienen *ad portas* de una nueva reforma en la actual administración de Santos. Analizamos el capítulo de salud de los Planes de desarrollo de Gaviria y Uribe, la Ley 100 de 1993 formulada en la administración Gaviria y la Política de Prestación de Servicios de Salud formulada en la administración Uribe.

Para el caso mexicano tomamos el periodo posterior a la alternancia presidencial y la llegada de Julio Frenk a la Secretaría de Salud -SSA -, desde el 2000 hasta el año 2010. Analizamos el capítulo de Salud de los Planes de Desarrollo de la administración Fox y de la administración Calderón, los Programas Nacionales de Salud de los correspondientes periodos y finalmente la Ley General de Salud.

En estos tres capítulos analizamos la ideología a partir de dos niveles de análisis: la “lectura de síntomas” y del análisis crítico del discurso.

En el análisis tipo “lectura de síntomas”, vimos los vacíos del discurso técnico sobre la producción de la atención y la reestructuración productiva hospitalaria, sus generalizaciones, naturalizaciones, falsedades, y el orden social que intenta imponer de manera inconfesa. En la lectura de síntomas (Zizek 2003a), el objetivo fue descubrir la tendencia inconfesa del texto a través de sus rupturas y vacíos, reflexionando sobre la tensión entre el contenido explícito y las relaciones de poder ocultos.

En la primera parte del análisis evidenciamos la articulación establecida entre las técnicas de las reestructuraciones productivas y los dispositivos de poder. Analizamos cómo las técnicas de la reestructuración productiva y la producción de la atención hospitalaria, hacia el exterior del hospital,

como las relaciones entre el hospital público y el Estado -la división de funciones, la descentralización, la autonomía administrativa y financiera hospitalaria, el flujo financiero Estado-hospital, los proyectos público privados, la modulación y regulación estatal sobre calidad, compromisos de gestión, eficiencia- y las relaciones del hospital con los articuladores –Seguro Popular, relaciones financieras y administrativas con aseguradoras, integración, creación del mercado asegurador y prestador, competencia entre hospitales públicos y privados, paquetes de servicios, afiliación y representación del consumidor en manos del asegurador, fondos financieros como el FOSYGA, subsidios a la demanda- son articulados a los dispositivos de poder disciplinarios y de la seguridad-control del sistema de salud. De la misma forma, cómo las tecnologías de gestión desarrolladas al interior del hospital en lo referente al financiamiento, control de la fuerza de trabajo, calidad, gestión clínica, control de costos, son articulados a los dispositivos de poder disciplinarios y de la seguridad-control del hospital y del sistema de salud.

Además, analizamos cómo este tipo de articulación a su vez interpeló a los individuos participantes del contexto hospitalario para sujetarlos de manera específica al orden social del dispositivo de poder de manera inconfesa. Se pretendió así penetrar en la manera como al arropar la reestructuración productiva y sus tecnologías de gestión con la ciencia y la técnica se garantizaba la transformación del sistema y la continuidad de la reforma y del orden social neoliberal.

En un segundo momento analizamos el uso del cinismo como arma ideológica: decir las cosas con la verdad, usar un contenido explícito ceñido a una verdad objetiva, pero al mismo tiempo ocultar los intereses de poder con los que esa apuesta se ve acompañada. Se intentó mostrar cómo los discursos sobre la verdad son producidos por quienes ejercen el poder y cómo esto les provee un mayor poder para nuevamente producir la verdad. Para ello usamos como mecanismo de referencia los contextos en donde se producen esos discursos de verdad y su relación con los actores dominantes en el campo de la salud.

En un tercer momento identificamos las naturalizaciones, las apelaciones al “sentido común”, la presunción de neutralidad, las generalizaciones y directamente las falsedades como estrategias ideológicas. El análisis se realizó mediante la transformación de los conceptos que dominan un complejo de ideas -ej. información, racionalidad, autonomía, libertad, circulación, auto-regulación- en sus opuestos, mostrando cómo los conceptos son contradictorios consigo mismos, es decir, cuando sus implicaciones lógicas son llevadas al extremo, a sus últimas consecuencias, estos conceptos no lograron explicar la reforma o la reestructuración productiva. Los conceptos son medidos en relación a lo que pretenden explicar, encontrándose su inadecuación para ese fin.

En el segundo nivel de análisis, el Análisis Crítico del Discurso, observamos algunos aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo significativo para la reestructuración productiva y la producción de la atención hospitalaria, reconociendo que están inmersos en construcciones sociales, es decir, no son neutros ni transparentes y que no reconocerlos o velarlos se convierte en ideológico. Analizamos como los enunciados usados daban la impresión que se dirigían a lo real, desde un punto de vista objetivo, imparcial, neutral, pero que ocultaban un orden social de relaciones de poder.

Este análisis se hizo en dos momentos: las condiciones de posibilidad histórico-discursivas y el Análisis Ideológico del Discurso. En el primer momento lo centramos en determinar las condiciones históricas que posibilitaron la existencia de los enunciados. Para ello, cada capítulo inicia con un contexto político social y del sistema de salud. Además, establecimos sus conexiones con otros enunciados e intentamos demostrar qué otras formas de enunciación excluye. Para ello, analizamos cómo los significantes que hablan sobre la reestructuración productiva y la producción de la atención adquieren identidad, sentido,

una vez se fijan a uno o un conjunto de enunciados, ocultando las relaciones de poder que definen esa articulación. El análisis se trazó en la articulación entre el significado de las técnicas de la reestructuración productiva internas y externas al hospital, alrededor de ciertos significantes que le dieron su identidad y sentido ideológico, especialmente el significante información.

Entre los procedimientos discursivos que usamos para analizar esta articulación estuvieron: identificación de los temas o significados más globales, los cuales explican de qué trata el discurso en general y pueden aparecer como proposiciones completas o mediante una sola palabra-; las Implicaciones o suposiciones de ciertas ideas no explícitas; la Sinonimia, donde se usan intencionadamente voces sinónimas o de significación semejante, para amplificar y re-articular la expresión de un concepto.

En el segundo momento, el Análisis Ideológico del Discurso nos aproximamos a las proposiciones que son usadas para demarcar los cuatro principios básicos de relaciones de poder en el discurso (Van Dijk 2003): Poner énfasis en Nuestros aspectos positivos; Poner énfasis en Sus aspectos negativos; Quitar énfasis en Nuestros aspectos negativos, y Quitar énfasis en Sus aspectos positivos. Analizamos cómo aparecieron los actores, de manera individual o colectiva, miembros de un grupo o excluidos, de forma específica o general, identificados por el nombre, grupo, profesión, función, etc. donde los Otros se convierten en un todo homogéneo; la evidencia, donde se proporcionan las “pruebas” de sus argumentos sobre los actores; y la ambigüedad, que implica mitigación, eufemismo e indirectamente negación del Otro. Este análisis lo hicimos especialmente cuando tratamos las justificaciones de las reestructuraciones productivas y se intentaba denostar la forma de producción de la atención de la planificación normativa y sus actores y valorar positivamente la neoliberal y sus actores.

Estos distintos niveles de análisis los usamos con un mayor énfasis unos que otros, dependiendo de la misma lectura que se elaboraba del texto. Durante la lectura de los textos se fueron asignando a los enunciados que los componen categorías de análisis que referirían a cada nivel de análisis que acabamos de describir. Así un solo texto podía tener varios niveles de análisis que se fueron correlacionando entre ellos.

Finalmente, en la discusión tratamos cómo la racionalidad normativa y la información se constituyen en los significantes que permiten dar sentido a todos los demás significantes presentes en los discursos de la planificación normativa y el neoliberalismo modernizador, haciendo imposible, desde una estrategia discursiva, darle otros sentidos a los sistemas de salud y a la producción de la atención y pensar o actuar de manera sistemática otros sistemas o modelos de atención posibles. Se propusieron alternativas democratizadoras para los sistemas de salud y para la producción de la atención en salud a partir de la construcción colectiva de conocimiento, del reconocimiento de los Otros, de la construcción de espacios públicos de discusión y de la constate reflexión por parte de los colectivos de las relaciones de poder en las instituciones de salud.

Como vemos en todos los casos el objetivo fue realizar un análisis multinivel de la ideología presente en los textos para ilustrar las principales cualidades y formas que ésta adquirió en cada momento histórico y en cada país. Por ello no hubo una pretensión de ser exhaustivos en los detalles técnicos o minuciosos en las múltiples variaciones entre textos y evoluciones que seguramente tuvieron en el tiempo, y que hubiese implicado una revisión más amplia de documentos.

Tenemos claro que estos paradigmas hegemónicos se encontraban en lucha con otros paradigmas que trataban también sobre la salud y los sistemas sanitarios, aquellos donde la salud pública, la salud colectiva y la medicina social estaba más comprometida con procesos políticos y colectivos, con cambios

estructurales y con el bienestar de la población, y que podrían articularse a los dispositivos de poder de otra forma. Sin embargo, debido a las limitantes de la extensión de la investigación nos centraremos en los paradigmas hegemónicos. Más bien se intentó realizar un análisis de varios niveles en cada texto que tratan sobre los paradigmas hegemónicos articulado a los contextos económicos, sociales, políticos y culturales en los que se produjo.

Para recolectar la información se hizo una revisión documental acudiendo a las páginas web, los centros de documentación y bibliotecas de las dependencias del Estado relacionadas con el sector salud.

Por otra parte, en el momento explicativo, en la forma de redactar este documento entremezclaremos los hallazgos de los análisis pero estructurando cada capítulo a partir del contexto particular y de las tecnologías de la reestructuración productiva hospitalaria. Así, veremos cómo en los capítulos 3, 4 y 5 la estructura del documento tiene tres partes de análisis: la que corresponde al contexto, a las tecnologías del hospital en su relación con el Estado y con los articuladores, y a las tecnologías usadas en el hospital hacia su interior.

PARTE 2

2. LOS PARADIGMAS IDEOLÓGICOS DE LA PLANIFICACIÓN NORMATIVA Y LA MODERNIZACIÓN NEOLIBERAL: CONTEXTOS DE EMERGENCIA Y DISPOSITIVOS DE PODER

Introducción

Las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos en América Latina pretenden realizar cambios en las formas como se produce la atención y el cuidado. La actual reestructuración productiva se asegura ideológicamente mediante el desplazamiento de los paradigmas hegemónicos en el sector, de la Planificación Normativa, que tuvo su origen en los 60, hacia los discursos de la modernización neoliberal de los 90. El presente capítulo busca aproximarse a las principales características de ambos paradigmas hegemónicos, la relación entre sus principales tecnologías con los contextos económicos, sociales y culturales en que emergieron y su articulación con los dispositivos disciplinarios y de seguridad-control.

Para entender estos paradigmas hegemónicos abordamos, por un lado, sus contextos de emergencia. Así, consideramos que el capitalismo pesado, la industrialización por sustitución de importaciones y las tensiones de la guerra fría, la fábrica taylorista y la disciplina médica fueron los contextos que permitieron la emergencia de los discursos de la Planificación Normativa en Salud del CENDES-OPS. Mientras el capitalismo liviano, las crisis del petróleo, la debacle de Bretton Woods, la década perdida, las transiciones democráticas y las reformas estructurales fueron los de la modernización neoliberal del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS.

Por otro lado, para caracterizar estos paradigmas identificamos las formas como sus propuestas técnicas se articularon a los dispositivos de poder que permitieron asegurar el orden social hospitalario hegemónico. En resumen, se podría afirmar que la Planificación Normativa define una organización hospitalaria basada en la norma, la coerción, el control minucioso de los espacios, apoyada en la disciplina tayloriana pero especialmente en la médica, que permitió hacer un hospital y un trabajo médico eficaz, central para la reproducción del capitalismo pesado. Mientras la modernización neoliberal define un hospital donde prima la circulación, la normalidad, la autorresponsabilidad, la flexibilidad y las fuerzas centrífugas, que busca acelerar la rotación de capital y su paso por la producción de atención y cuidado, aumentando su productividad y ajustándolo a las demandas del capitalismo liviano.

Para aproximarnos al paradigma de la Planificación Normativa analizamos dos textos sobre Planificación en Salud, los cuáles recogen los núcleos centrales de la propuesta. El primero se llama “Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la Salud” escrito por Jorge Ahumada, Mario Testa por el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela y de Hernán Durán y Mario Pizzi por la OPS, entre otros, en 1965. Además, analizamos un texto de la Organización Mundial de la Salud donde se exponen para inicios de los años 70 los principales métodos de planificación a nivel mundial rescatando para América Latina la programación de salud del CENDES/OPS al que le dedican un capítulo, en el que se concentró el análisis. El libro es Métodos de Planificación Sanitaria Nacional,

escrito por Herman Hilleboe, ArneBarkhuus y William Thomas, profesores de distintas facultades de salud pública de Estados Unidos. Mientras que para aproximarnos al paradigma de la modernización hospitalaria analizamos los textos de tres agencias multilaterales que han marcado la pauta en las reformas de los sistemas de salud y reestructuraciones productivas hospitalarias. El Informe Mundial del Banco Mundial Invertir en Salud de 1993, el texto de Juan Luis Londoño y JulioFrenk de “Pluralismo Estructurado”, del Banco Interamericano de Desarrollo -BID- de 1997 y el texto de la OPS sobre las transformaciones de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe del 2001.

No sobra recordar que en todos los casos el objetivo fue hacer un análisis multinivel de la ideología presente en los textos para ilustrar las principales cualidades y formas que ésta adquirió en cada momento histórico y en cada país. Por ello no hubo una pretensión de ser exhaustivos en los detalles técnicos o minuciosos en las múltiples variaciones entre textos y evoluciones que seguramente tuvieron en el tiempo, y que hubiese implicado una revisión más amplia de documentos. Más bien se intentó realizar un análisis de varios niveles en cada texto articulado a los contextos económicos, sociales, políticos y culturales en los que se produjo.

2.1. Contextos de emergencia de los discursos paradigmáticos

2.1.1. El contexto en el que emergen los discursos de la Planificación Normativa en Salud en los años 60

Las condiciones de posibilidad de los discursos sobre la Planificación en Salud para América Latina se encuentran en el contexto del capitalismo pesado y la guerra fría. De los textos que analizamos, uno es una de las piedras fundantes de la planificación sanitaria en la región, se publica en 1965, solo unos años después de la revolución cubana, de la conferencia de Punta del Este y de la Alianza para el Progreso. Mientras el otro se publica en 1973 por la OMS, el mismo año del golpe militar a Allende en Chile. En medio de una efervescencia social y política, movimientos estudiantiles, de indígenas, de trabajadores, partidos comunistas y socialistas y agrupaciones guerrilleras, buscaban cambios revolucionarios de la sociedad. Mientras, los Estados buscaban asegurar la reproducción del sistema capitalista, mediante la promoción de instituciones que contenían dispositivos orientados a hacer dóciles a los individuos. Un ejemplo en el sector salud era la ampliación de coberturas de la atención hospitalaria: le restaba credibilidad a las justificaciones políticas de los grupos revolucionarios, para quienes las pésimas condiciones de salud de los trabajadores era una de las razones para comenzar o impulsar su gesta y seguir el ejemplo cubano. La atención hospitalaria aseguraba la reproducción del orden político capitalista.

Al mismo tiempo, se buscaba hacer útiles a las personas, especialmente a los trabajadores urbanos, como también al ejército industrial de reserva (Donnangelo 1994). Este contexto corresponde al impulso del modelo de desarrollo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (Comisión de Regulación en Salud), en donde la industria se pensó como el nuevo motor económico de la región. El capital del ISI requería fuerza de trabajo urbana y sana que se empleara en las fábricas y el Estado debía asegurárselos. Los trabajadores sanos eran más productivos que los enfermos. Los trabajadores, por su parte, pedían en sus reivindicaciones atención hospitalaria. De esta forma se crearon y fortalecieron instituciones de seguridad social y la conformación de Ministerios y Secretarías de Salud. Los primeros atendían a los trabajadores y los segundos al ejército industrial de reserva.

La relación de capital y trabajo era de dependencia, uno necesitaba al otro y aseguraba la reproducción del sistema económico capitalista (Sennet 2008). Este compromiso del capital, del Estado y de los

trabajadores, expresado en la seguridad social y la atención de salud estatal, es la principal característica del capitalismo pesado.

Para hacer personas dóciles y útiles el Estado requería ser efectivo en todos los campos. La ampliación de las coberturas implicaba que lo cubierto fuese eficaz, que si algún trabajador o miembro del ejército industrial de reserva se enfermaba, el Estado asegurara que su intervención lo devolviera sano y pronto a su fábrica o a seguir buscando trabajo. Mediante la institucionalización de la salud como “función social” el estado lograba legitimar su existencia (Ahumada, Arreaza et al. 1965). Estado y eficacia iban de la mano.

Otra superficie de emergencia de la Planificación en Salud fue el Taylorismo-fordismo. Este fue la manera como se organizó la fábrica desde inicios del siglo XX, pero también, se constituyó en el modelo de otras instituciones del capitalismo pesado¹¹. La efectividad requerida del capitalismo pesado se lograba mediante la lógica tayloriana, tanto en las organizaciones como en el Estado.

La lógica tayloriana se caracterizaba por una racionalización y una mecanización constante (Bauman 2002). La interpretación racionalista de las organizaciones se basaba en la rigurosa separación de la planeación y la ejecución, los aspectos intelectuales y manuales del trabajo, entre la concepción de las tareas y su ejecución, libertad y obediencia, invención y decisión y con su apretado entrelazamiento de los opuestos en cada una de esas oposiciones binarias. Mientras la mecanización tayloriana se expresaba en la especialización y el control de la cadena productiva, con una estructura jerárquica que permitía una fluida transmisión de órdenes.

Sin embargo, la racionalización y mecanización en el taylorismo debían apoyarse en los hospitales públicos, en los dispositivos disciplinarios de la medicina. De esta manera, eran médicos quienes elaboraban los planes de salud y ocupaban las direcciones de los hospitales; los departamentos y unidades de servicio correspondían a las especializaciones medicas; los conocimientos usados en el hospital era producidas desde las facultades de medicina; había una subordinación de los otros trabajos hospitalarios como la enfermería; y la división de los cuerpos de los pacientes por patología definida por los conocimientos médicos.

Pero sobretodo el control tayloriano sobre el trabajo de los profesionales y la atención y cuidado a los pacientes se apoyaba en la mirada médica. En esa disposición médica disciplinaria de percibir, explorar, valorar, conocer cada detalle del cuerpo del enfermo a través de la mirada y con ello describir, dar sentido y controlar a las patologías y a los enfermos, que abordó Foucault en el nacimiento de la clínica (Foucault 1966). Esa disposición a la vigilancia detallada y continua a través de la mirada sobre los enfermos era también empleada en el control de los mismos médicos y enfermeras en su trabajo. La mirada médica en el hospital no solo explora y controla el cuerpo del enfermo sino el de sus pares. La disciplina médica parte de una vigilancia estricta e ininterrumpida de cada movimiento, cada posición, cada uso del cuerpo, tanto del paciente como de los mismos profesionales médicos. Nada en ellos debía ser inútil, todo debía ser dócil. Toda hexis, en términos bourdianos (Gimenez 1997), del paciente y del profesional hospitalario, es decir, todo registro de sus posturas y gestos corporales, era controlado dentro de la organización para ser útil y dócil. La disciplina tayloriana, la planeación en salud y el Estado usaron esta mirada escrupulosa del médico sobre los cuerpos del paciente, de los médicos y de las enfermeras, para obtener su eficacia, su legitimación, su reproducción.

¹¹ El comunismo solo deseaba limpiar al taylorismo de las suciedades generadas por el mercado que obstaculizaba una victoria total sobre los accidentes y las contingencias y que impedía la adhesión total a la planificación racional.

Los dispositivos de poder de los hospitales taylorianos eran el apoyo de los dispositivos médicos para ejercer su hegemonía en el orden social hospitalario. Mintzberg habla entonces de organizaciones tipo burocracias profesionales, donde las relaciones entre directivas y trabajadores estaba boca abajo, donde a diferencia de las fábricas la posición de los médicos era superior al de las directivas. El orden social hospitalario hizo de directivos, médicos, enfermeras y pacientes sujetos disciplinados. Con todo, y precisamente por esta relación de dispositivos disciplinarios los hospitales eran eficaces: garantizaron la institucionalización de la salud, la reproducción de los cuerpos de los trabajadores y de la fuerza de trabajo desempleada y con ello la reproducción económica y política del capitalismo pesado.

En resumen, el paradigma de la Planificación emerge en contextos donde se buscaba la reproducción económica y política del capitalismo, que en medio de la guerra fría y dela ISI requerían un Estado eficaz. El Estado utilizó la lógica del taylorismo para configurar la planificación económica como mecanismo para lograr la eficacia. En salud el Estado promocionó la creación y desarrollo de hospitales taylorianos configurados a partir de los dispositivos disciplinarios taylorianos y médicos, ya demostradamente eficaces, para construir la planificación en salud.

2.1.2. El contexto en el que emergen los discursos de la Reforma Sanitaria de los

90

Por su parte, el contexto donde emergieron los discursos neoliberales de políticas de salud se enmarca en la década de los años 80 y 90, caracterizada por la presencia de gobiernos conservadores en Estados Unidos y el Reino Unido, con Reagan y Thatcher, y en América Latina con Pinochet. Tiene como antecedentes la década perdida, como se llamó a los años 80 de los países latinoamericanos. En ésta gobiernos y organismos privados de la región entraron en cesación de pagos de su deuda externa, para posteriormente encaminarse por estrictas reformas estructurales impuestas por los organismos financieros internacionales -Banco Mundial, Banco Interamericano de desarrollo y Fondo Monetario Internacional- como condición para otorgarles a los Estados necesitados nuevos fondos financieros.

El Consenso de Washington resume estas condiciones: disciplina presupuestaria, reordenamiento de las prioridades del gasto público, reforma impositiva, liberalización financiera, tipo de cambio de moneda competitivo, liberalización del comercio internacional, eliminación de barreras a las inversiones extranjeras directas, privatización, desregulación de mercados y protección de la propiedad privada. Esto requería la minimización del Estado y la ampliación de la libertad del capital para invertir en los espacios en que antes intervenía sólo aquel. Uno de estos sectores era el sanitario (Hernández 2001).

En esta situación los Estados latinoamericanos estaban muy débiles políticamente para resistir los condicionamientos de la banca. Por un lado, requerían los préstamos para asegurar su propia reproducción, así fuera reduciéndose. Por otro, los préstamos de la banca internacional también estaban dirigidos a salvar a las empresas privadas, en consecuencia, el capital nacional presionó al Estado para que aceptara esas medidas. Además, recordemos que durante los 80 y 90 finalizaron las dictaduras en el continente, las cuales en su punto de mayor amplitud dejaron a solo 3 países de la región con gobiernos con democracias liberales. Los Estados latinoamericanos durante las dictaduras doblegaron y exterminaron a muchos de los grupos sociales y políticos revolucionarios, quienes podían hacer oposición a las condiciones de la banca multilateral. Asimismo, en los procesos de transición democrática se establecieron pactos para neutralizar políticamente esos grupos sociales. Además, muchos políticos y empresarios se plegaron a las reformas propuestas por la banca internacional.

El contexto de los años 80 se debe entender a partir de la finalización del sistema de Bretton Woods a comienzos de los años 70. En 1944, año de su creación, la conferencia buscaba la recuperación

económica mundial después de la segunda guerra mundial. Allí se designó al dólar de EEUU como moneda de reserva internacional, y se definió que todas las demás monedas tuvieran tasas fijas de cambio con respecto al dólar, el cual podía canjearse por oro a U\$35 la onza. Pero ninguna de sus cláusulas impedía que la Reserva Federal de EEUU incrementara su provisión de billetes, lo que eventualmente hizo. Así, el respaldo en oro de cada dólar disminuyó sin cesar, no habiendo al final suficiente para respaldar todos los dólares emitidos. Con la guerra en Vietnam EEUU acumuló déficit presupuestario e inundó al mundo con dólares sin respaldo. Nixon en 1971 eliminó la convertibilidad del oro, lo que conllevó a que sin su respaldo desaparecieran los límites físicos que impedían la proliferación de billetes de dólar. Como señala Martenson (2010) toda esta situación generó una inundación creciente exponencialmente de dinero en circulación.

Esto tuvo dos efectos de nuestro interés. El primero es que la banca internacional al verse con una inmensa cantidad de dinero se lo prestó durante los años 70 con tasas de interés bajas y muy flexibles a los gobiernos y los organismos privados de América Latina. Pero que con el transcurrir de la década fueron aumentando las tasas de interés hasta hacer impagable la deuda adquirida. Como señala Ffrench Davis (1999) esto desembocó en la crisis de la deuda y las reestructuraciones económicas de los años 80 y 90 a que se aludió.

Otro efecto, mucho más amplio, y en el que aún vivimos, fue el cambio que produjo en todo el capitalismo: el paso del capitalismo pesado al liviano (Bauman 2002; Sennet 2008). La enorme cantidad de dinero circulante hizo que el capital financiero se robusteciera y extendiera sus intereses y apetitos en sectores tan insospechados unas décadas atrás como la salud, poniendo fin a sistemas protegidos del mercado. De esta forma, algunos estudiosos hablan del tránsito que los sistemas de salud han sufrido al pasar de la hegemonía del Complejo Médico Industrial -donde los intereses del capital de las industrias farmacéuticas, de equipamientos e insumos eran gravitantes sobre los demás agentes, incluidos hospitales, Ministerios de Salud, Universidades, Gremios médicos, etc.- a la hegemonía del Capital Médico-Financiero -CMF-, donde el interés de las aseguradoras por aumentar la velocidad de la rotación de capital -de su forma monetaria a la productiva y de nuevo a la monetaria- ha redefinido la configuración y desarrollo de los sistemas de salud y particularmente de los hospitales (De Mello Vianna 2002). No se menoscabó de manera absoluta el poder del CMI, las industrias farmacéuticas son un ejemplo de ello, sino más bien se estableció una reconfiguración de las relaciones entre capitales y tal vez una disputa interclase, entre ellas.

De esta forma, la rotación de capital se hizo más frenética en toda la economía: para obtener ganancias se requería tanto mayor eficiencia financiera como una producción más acelerada, en menor tiempo, llevando a profundas reestructuraciones productivas de las empresas, en las cuales la flexibilización de todo el proceso de trabajo era la constante, y que los teóricos han llamado toyotismo, just in time, etc. (De la Garza 1999; De la Garza 2000; De la Garza 2001). La flexibilización se extendió desde las tecnologías duras como la infraestructura -la empresa puede ubicarse en cualquier parte del planeta- o las de la información -como la telemedicina, donde un médico pueden realizar cirugías desde el otro lado del mundo, o donde la casa matriz de un almacén en Europa puede conocer las ganancias minuto a minuto durante el día de una sucursal en Suramérica y jugar con ellas en la bolsa en Japón durante la noche, solo apretando un botón de la computadora- o de las tecnologías organizacionales -donde partes de la empresa se pueden tercerizar o subrogar- o del trabajo -donde la flexibilización laboral lleva al rompimiento de la dependencia que guardaba el capital con el trabajo-. Estas tecnologías basadas en la eficiencia empresarial se transfirieron al sector salud reformado y específicamente a los hospitales.

Su contraparte fue la necesidad de aumentar el consumo (Bauman 2008). La rotación de capital aceleró la producción y por ende hubo más mercancías en los estantes. Se necesitaba cerrar el ciclo con mayor

consumo de lo producido y esto por medio de distintas tecnologías: haciendo que más personas consumieran -p ej. mediante la eliminación de barreras arancelarias para el comercio exterior- o la conformación de pobres o clases medias en nuevos consumidores -subsidios a la demanda o transferencias directas de dinero por parte del Estado o el pago de servicios que antes estaban subsidiados por el Estado- o la inculcación del consumismo como disposición y como práctica centralísima en la mente de los individuos y como cultura de las instituciones y sociedades modernas. Las relaciones de dependencia entre el capital y el trabajo rotas por estas flexibilizaciones las transfiguran en relaciones de dependencia entre el capital y los consumidores, configurándose el nuevo capitalismo, el capitalismo liviano, flexible, consumista.

Es en este contexto de aceleración de la rotación de capital en el sector salud que emergen los paradigmas modernizadores neoliberales y sus discursos sobre la reforma sanitaria y las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos. Según el nuevo paradigma ya no se requiere un Sistema de Salud constituido alrededor de un Estado que mediante la planeación racionalista y disciplinaria, desde los Ministerios de Salud y con apoyo de la mirada médica, haga hospitales públicos eficaces, y con ello útiles y dóciles a los trabajadores y al ejército industrial de reserva¹². Sino de Sistemas Sanitarios con dispositivos eficientes, que propician la circulación, lo centrífugo, la libertad, para llegar al auto-equilibrio: sistemas de salud basados en la competencia, con Estados que no interpongan trabas sino que se limiten a definir y modular las reglas de juego por donde fluya el capital de manera sostenible -técnica y legítimamente-; articuladores que aceleren la rotación del capital, haciéndose intermediarios en el proceso financiamiento-producción de servicios de salud; objetos, tecnologías y actos de trabajo hospitalario estandarizados que eviten la variabilidad médica, por tanto, más predecibles, controlables y expeditos, y, a su vez, flexibles que puedan adaptarse rápidamente a la demanda de los mercados de atención; y finalmente órdenes sociales hospitalarios donde el gerente se apropie del trabajo médico e intente sujetar a los trabajadores hospitalarios y a los pacientes como consumidores, a quienes en una constante circulación les gestiona sus intereses, necesidades y satisfacciones.

En términos de paradigmas¹³, para nosotros las características ideológicas de los grandes sistemas de ideas que pretenden orientar la configuración de los sistemas de salud en América Latina y las reestructuraciones productivas hospitalarias actuales son: discursos arropados de técnica pero articulados a dispositivos de poder que aceleran la producción de servicios de salud para que la rotación del capital se demore lo menos en la producción, en el hospital, en el trabajo. Discursos que enfrentan y luchan contra los discursos sobre los dispositivos de poder de la planificación en salud. Discursos que buscan eliminarlos, reacomodarlos, refuncionalizarlos a las nuevas exigencias de la producción y del consumo.

¹²No sobra recordar que este paradigma hegemónico se encontraba en lucha con otros discursos sobre la salud y los sistemas sanitarios, aquellos donde la salud pública y la medicina social estaba más comprometida con procesos políticos y colectivos, con cambios estructurales y con el bienestar de la población, y que podrían utilizar una configuración de dispositivos distintos. Sin embargo, debido a las limitantes de la extensión de la investigación seguiremos centrándonos en el paradigma hegemónico.

¹³ Paradigma, en el contexto de Kuhn, pero adaptado a su significado de referente de un modelo de pensamiento a partir del cual se estructuran y derivan nociones aplicadas a un conjunto de situaciones, elementos y procesos diferentes, que sin corresponder estrictamente al campo del conocimiento científico, sí se estructuran con nociones científicas, técnicas y de representaciones sociales, que permiten caracterizar ese modelo. Kuhn, T. S. (1971). La Estructura de las Revoluciones Científicas. México D.F., Fondo de Cultura Económica.

2.2. Los Dispositivos de Poder en los discursos de las agencias internacionales

Los dispositivos de poder de la planificación y de la modernización neoliberal, en términos de Foucault (Foucault 1983; Foucault 1998; Foucault 2002; Foucault 2006), corresponden los primeros, a la supremacía de los dispositivos disciplinarios por encima de los de control-seguridad, y los segundos, a la supremacía de los de control-seguridad sobre los disciplinarios. Veamos esto cómo se plantea en ambos paradigmas.

2.2.1. Los dispositivos de poder en los paradigmas de la Planificación Normativa

El problema que querían resolver los planificadores del CENDES-OPS era la escasez de recursos en un marco de eficacia, viendo dos alternativas: utilizar de mejor forma los disponibles o aumentando el fondo de recursos. Ambas opciones requerían racionalidad, racionalización del proceso de trabajo, del conocimiento y administración del objeto de trabajo, de los medios, de los actos y de las relaciones sociales en el hospital.

Para los autores, los gobiernos deberían aplicar “conocimientos recomendados por la ciencia y técnicas modernas” para utilizar de mejor forma los recursos disponibles. De esta forma “...los costos pueden reducirse a lo largo del tiempo, como consecuencia del esfuerzo de racionalización en el uso instrumental de los recursos.”(Ahumada, Arreaza et al. 1965) En este sentido, las proposiciones de un programa o plan debían cumplir con tres condiciones básicas: ser viables -ser factibles en la realidad-, internamente compatibles y eficaces.

Esta racionalización se apoyaba en la norma, tanto que comúnmente se le llamaba planificación normativa, como lo señalan Spinelli and Testa (2005). El dispositivo disciplinario de la planificación normativa funcionaba de la siguiente forma: mediante un ejercicio racional de diagnóstico -descripción de la situación del sujeto y de los factores determinantes, las perspectivas y la evaluación- el planificador hacía un análisis, clasificación y descomposición de tiempos y actos del proceso de trabajo hospitalario -del objeto, como daños de morbilidad y mortalidad, recurso y metas- de lugares -áreas programáticas, hospitales, servicios clínicos-, y con ello de individuos y sus disposiciones -pacientes, médicos, enfermeras-, en función de la eficacia del Estado y del mismo hospital. Con ello se definían cuáles eran los más adecuados y cuál era el encadenamiento óptimo entre ellos para lograr sus objetivos. El modelo óptimo se establecía como norma, que se convertía en meta. La planificación fijaba los procedimientos de control permanente para llegar a la meta y distinguía así entre quienes serían clasificados como ineptos o capaces, entre lo normal o lo anormal, dependiendo de lo que era capaz o no de ajustarse a la norma o meta establecida. Por ende, lo primario y fundamental era la norma¹⁴.

La Planificación de CENDES-OPS proponía definir metas del proceso de trabajo hospitalario. Se fijaban metas en la distribución de la mortalidad o morbilidad de las comunidades -o sea, del objeto de trabajo: lo que se transformaría mediante las tecnologías y acciones durante el trabajo colectivo en el hospital-; metas sobre las tecnologías e infraestructura hospitalarias, mediante la instrumentalización de recursos, su combinación por factores técnicos médicos y económicos y su posterior cuantificación “real y monetaria”, p ej. proporción de ocupación de camas; y metas sobre los actos de atención, mediante su definición precisa y cuantificación en “tareas y técnicas de prevención o reparación”, p ej. número de cirugías.

¹⁴Este carácter de la norma en la disciplina Foucault lo llama normación. Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio, población: Curso en el College de France: 1977-1978. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Ahora, el control de las normas y metas dependería del nivel de cada una de ellas. A nivel de la planificación nacional o local, para los planificadores y autoridades de salud el problema era de información y análisis. Se controlaban datos, si indicadores como la ocupación hospitalaria o la mortalidad se acercaban o no a la meta y se preguntaban el por qué y cómo resolverlos desde sus oficinas. Pero a nivel de la administración de los hospitales, aunque no se dijera en los documentos, requería de la vigilancia médica, de la disciplina médica, de su mirada. No había instrumentos específicos de la dirección, con personal no médico y saberes no médicos para controlar el trabajo médico. El control era médico y reposaba en sus propios dispositivos.

Esta racionalización requería controlar la norma en la implementación de los planes y en las instituciones hospitalarias, estructurándolos a partir de celdas disciplinarias. Es decir, una división jerarquizada de los ámbitos político administrativos en niveles nacionales, regionales y locales, y, del trabajo hospitalario en dirección y atención clínica en los hospitales; una división del espacio territorial en unidades de planificación, y, del interior del hospital en departamentos y unidades de servicio; una fragmentación del proceso de la atención clínica especializando, verticalizando e instrumentalizando los saberes, prácticas y tecnologías; y un fraccionamiento de los cuerpos de los pacientes siguiendo las tipologías patológicas. Esta división permitía individualizar la administración mediante la vigilancia minuciosa de unidades cada vez más pequeñas: "...se debe procurar que el esfuerzo programático se extienda a todos los aspectos que componen una actividad. En primer lugar, por la razón muy obvia de que en todos ellos se usan recursos escasos, y en segundo lugar, porque cada actividad posee una estructura interna que, si bien es flexible, es conveniente mantener"(Ahumada, Arreaza et al. 1965, p.8).

Las normas y las celdas disciplinarias tenían su fundamento en el saber médico: las normas, las metas, daños, poblaciones, áreas, departamentos, unidades, especializaciones médicas, se formulaban por los programadores, que eran médicos, bajo una lógica médica o salubrista y la vigilancia y control la ejercían otros médicos en los hospitales. Es más, todo el documento está dirigido a médicos salubristas para que incorporaran las tecnologías de la planificación, diseñada original y principalmente por economistas.

Como señalan Spinelli y Testa(2005), estas normas de la planificación normativa no eran confrontadas con ninguna opinión -de peso- en su contra, el plan mismo no tenía oponentes. Eran definidas en un solo sentido, desde las oficinas de la dirección hospitalaria o del Ministerio de Salud, usando la coerción disciplinaria para llevarlas a cabo.

Así, mediante las normas racionales y su control por medio de celdas disciplinarias la planificación normativa buscaba la eficacia y en un segundo lugar la eficiencia, del capital, el trabajo y el Estado.

2.2.2. Los dispositivos de poder en los discursos de la Modernización Neoliberal.

En cambio en las reformas de los 90, los sistemas sanitarios al propender la eficiencia del capital, se disponen a la circulación, la competencia, lo centrífugo, a abrirse a nuevos campos, la libertad, al auto-equilibrio y a la normalización. El problema que querían resolver las agencias multilaterales era cómo usar los recursos limitados del sector salud para hacer más, para más población, de la manera más veloz. Se requería dar un paso del hospital eficaz al eficiente. A la Productividad:

"La existencia del hospital se justifica en la medida en que produce los servicios que la sociedad necesita y demanda y, para ello, la sociedad entrega recursos y de ellos espera recibir utilidad. Si el paciente es ciudadano-cliente, y la sociedad es el mercado en que se sitúa al hospital, la productividad es el factor crítico de legitimidad social de los hospitales"(OPS 2001, p. 103).

En la Planificación Normativa uno de sus problemas centrales era la dimensión temporal, donde se buscaba planear el futuro, es decir, decidir asignar recursos para un consumo en el presente o una inversión productiva posterior, decidir entre objetivos inmediatos y objetivos futuros y que se establecían en quinquenios o decenios. Se hacían pronósticos con racionalidad, para tomar decisiones sobre acciones de efecto prolongado. Se planteaba en términos de que si "a" ocurre probablemente resultará "b" como consecuencia de hipótesis razonables. En cambio, en los discursos de la modernización hospitalaria, no se planea a largo plazo, solo se establecen reglas de juego. Esto en buena medida debido a lo que llaman deficiencias en la intervención estatal o fallas de estado: "Los gobiernos pueden errar en su estimación de los resultados que una intervención tendrá en la práctica, pues solo tienen un control parcial sobre la forma en que reaccionan los participantes privados, y esa reacción puede socavar el objetivo que se persigue"(BM 1993, p.13).

Por otra parte, con la planificación normativa se requería que el consumidor diera espera a la satisfacción de sus deseos, postergara la gratificación y con esto asegurara la eficacia de la institución y de la práctica médica. Era paciente. Pero al convertirse el paciente en cliente y la sociedad en un mercado, y al volverlos el centro del sistema, en los discursos se pretende su satisfacción inmediata, sin dilaciones, sin postergaciones, sin procrastinar.

En los discursos de la modernización neoliberal no se planea a largo plazo y se busca satisfacer los deseos inmediatamente, concordando con lo señalado por Richard Sennet como la nueva cultura del capitalismo(Sennet 2008).

En este sentido la OPS se pregunta sobre las preferencias temporales de la sociedad: esto es la tasa que la sociedad está dispuesta a pagar por postergar el consumo de un bien o servicio(OPS 2001). Lo que lleva implícito esta pregunta es primero que el tiempo es costoso, la lentitud es ineficiente, y que por tanto, la producción y el consumo debe hacerse cada vez a mayor velocidad. Con la modernización neoliberal y su corto plazo, se busca aumentar la velocidad de la producción: productividad, y con su satisfacción inmediata, incrementar el consumo: la consumatividad, en términos de Baudrillard (1974).

Los dispositivos de poder para acelerar la productividad los podemos resumir en cinco puntos. En el primero, en vez de pretender controlar los recursos y los cuerpos mediante la norma, desde las direcciones o los ministerios de salud, pero especialmente desde la mirada médica, se deben dejar circular. Circulación de recursos, especialmente el capital en muchas manos, lo que Juan Luis Londoño y Julio Frenk llamaban el pluralismo. Pero también de los recursos de infraestructura, por medio de privatizaciones, mezclas público-privadas o subrogaciones de áreas o servicios completos del hospital; de equipamientos, medicamentos e insumos, permitiendo la compra descentralizada y directa de los hospitales o la dosificación exacta por consumidor; de los recursos humanos o talento humano, mediante la flexibilización laboral o la tercerización; circulación de los consumidores entre prestadores, mediante la entrega de subsidios a la demanda.

También se requería la circulación de la información. La información inmediata se convierte en un recurso indispensable para la gestión hospitalaria y de todo el sistema. Las tecnologías de la información toman vuelo propio y se establecen mecanismos para su recolección, análisis y difusión. Sistemas de información sobre la circulación de los beneficiarios, la morbilidad y mortalidad, de la calidad, de los estados financieros, de los recursos humanos, guías médicas, protocolos de atención, normas de acreditación, entre las más importantes. Pero además, la información debía ser en el menor tiempo posible. Lo que requiere un trabajo de recolección, procesamiento y análisis importante y veloz. A pesar que en la planificación la información era clave para su administración los mecanismos fuera del saber hacer médico y de sus tiempos se centraron en controlar a las enfermeras y demás trabajadores

hospitalarios, manteniendo el cuerpo médico una autonomía importante. Nuevos sistemas, nuevos formatos, que se renuevan constantemente, más tiempo médico dedicado a recolectar información dirigida a la gestión quitándole tiempo clínico, creación de oficinas para su diseño, clasificación y puesta en circulación, al interior y el exterior del hospital, formación y conformación de mandos medios en gestión de la información, uso de computadoras e internet, para el registro de las historias clínicas, de procedimientos, de costos, de calidad, para su circulación. En el hospital modernizado la información es una obsesión, precisamente porque es la parte gravitante del dispositivo de control de la seguridad-control y porque se enviste de neutralidad, dándole toda su eficacia ideológica.

Por último, en los sistemas de salud y en los hospitales modernizados se deben dejar circular las subjetividades de los trabajadores y los consumidores. Especialmente permitir la circulación de intereses, confianza, motivaciones, estímulos, etc...que unos y otros tienen sobre la atención, con la justificación de brindar más calidad a la atención. Esto para gestionarlos y orientarlos desde el *management*. No es la coerción de la dirección, quien señala qué debe hacerse, sin considerar la subjetividades de médicos o pacientes, sino conocer, clasificar, analizar y modificar los intereses de los trabajadores para volverlos más eficientes. Se usa toda una serie de tecnologías para gestionar las subjetividades: por ejemplo, incentivos económicos o de status a médicos o enfermeras para producir más o para formarse más, o a los pacientes, generándoles confianza al señalar la certificación del servicio o incentivando la demanda de servicios preventivos o generando miedo mediante la judicialización de la práctica clínica. No se reprime a los individuos sino se les orienta a ajustarse a las demandas del mercado.

Segundo, una vez se dejan circular recursos, información y disposiciones, para el paradigma modernizador neoliberal el siguiente paso es su libre encuentro en la competencia. Los dispositivos tienden hacia la competencia de los recursos financieros, así, los hospitales públicos deben luchar por captar los fondos públicos circulantes en forma de subsidios a la demanda o al establecer contratos y compromisos de gestión con los articuladores. Para ello, los hospitales públicos deben competir por la población a atender y por los articuladores, deben seducirlos, atraerlos, inducir su demanda, para que consuman los servicios que producen. Deben desplegar una serie de informaciones, datos, símbolos, que generen una necesidad de consumo. Entre ellos la libre circulación de precios, premios de calidad, títulos de certificaciones o acreditaciones, infraestructura, compra de equipamientos de última tecnología, introducción de nuevos mecanismos de gestión o de modelos de atención, recursos públicos, entre otros.

Entran en competencia también los equipamientos, medicamentos e insumos. El hospital debe ser autónomo para gestionar estos recursos, comprarlos, almacenarlos, dispensarlos, etc... unirse con otros hospitales en redes para su adquisición. Todos ellos son tecnologías que en tiempos cada vez más cortos se renuevan. Los nuevos equipos o medicamentos cada vez son lanzados al mercado con mayor prontitud.

También requieren la competencia entre los recursos humanos o el talento humano. Ya no se requiere que todos los trabajadores sean de planta o de base, sino que circulen y compitan entre sí para conseguir un empleo. Para ello los trabajadores deben entrar en una carrera por obtener títulos de educación continua o de especializaciones y maestrías. Como señala Sennet, el trabajador debe reinventarse varias veces en su vida laboral para mantenerse en competencia(Sennet 2008). Al hospital le interesa tener esa información y procesarla, gestionarla, incentivarla, etc. Además, los hospitales públicos pueden producir esos servicios de formación y otorgar esos títulos, y la comunidad científica se encuentra en una aceleración en la producción de conocimientos legítimos, a través de la explosión de artículos de revistas científicas, la Medicina Basada en la Evidencia, conferencias internacionales, etc...

Lo importante aquí es que entre mayor sea la competencia entre trabajadores, mayor el número de títulos, mayor la formación, y se asume que mayor calidad técnica se tendrá y, sobretodo, a mayor velocidad.

Pero también, la competencia entre los trabajadores implica libertad para emplearse y para negociar su salario o sus condiciones laborales individualmente. Esto nos lleva a la libre contratación entre hospital y empleado o a la tercerización del trabajo. Puede que una empresa externa contrate con el hospital la producción de un servicio con mejores condiciones técnicas, es decir, refiera información con más títulos de sus trabajadores, mejor tecnología dura, certificados de calidad, etc... compitiendo con los propios trabajadores del hospital.

Finalmente, los dispositivos del hospital modernizado, requieren la competencia de disposiciones de trabajadores y consumidores. Los intereses, motivaciones individuales circulan y entran en competencia en el hospital. Se requieren trabajadores con más compromiso, con sentido de pertenencia, más motivados, más capacidad de decidir, de influir, con un mayor manejo del stress, más habilidades, más interesados en su trabajo y en las necesidades del cliente. La selección, promoción del personal identifica y opta por quienes han acumulado o aumentado más estas disposiciones. Los trabajadores entran en competencia por adquirir estas disposiciones: participan en cursos de motivación o autosuperación, en campañas de clima organizacional, en eventos sociales de integración del personal, etc... En la competencia de disposiciones entre trabajadores el hospital tendrá mejores recursos humanos, será más competente y más eficiente.

La circulación requiere entonces un cambio constante en el sistema de salud, en el hospital público y en el trabajo hospitalario. Los discursos de la OPS, el BM y el BID están plagados de referencia al cambio, renovación, transformación, reestructuración constante. Cambio en la infraestructura, en los equipamientos, en los medicamentos, en los trabajadores, en la gestión, en los títulos y certificados. Y toda una circulación de información sobre ese cambio, pues pareciera que más importante que el cambio mismo es informar sobre él.

Tercero, una vez entran en competencia el mismo sistema de salud, solo, se dirige hacia el equilibrio, a la asignación óptima de recursos. En los discursos de la modernización hospitalaria la competencia entre hospitales, recursos financieros, tecnológicos y humanos y entre disposiciones lleva al sistema a la armonía. ¿Cómo se logra esto? Los extremos espontáneamente tienden al centro. Mediante la competencia los hospitales públicos y los trabajadores que gasten mucho o demasiado poco, que utilicen tecnologías muy viejas o demasiado sofisticadas, que tengan baja o excesiva calidad, estén poco actualizados o sobre especializados, demasiado comprometidos o totalmente desinteresados tenderán a salir de circulación o se deberán autoajustar a lo normal, al centro. La libre circulación más la competencia llevarán al sistema de salud, a los hospitales y a los trabajadores a la distribución óptima de recursos y con ello a la eficiencia. Los sistemas de salud, los hospitales, los trabajadores buscarán con persistencia el centro. La armonía, el equilibrio, el mejoramiento de los servicios tras la competencia se plantea en los discursos como una verdad inobjetable, el BID lo enuncia así al hablar de los hospitales en la planificación normativa: "los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio, ya que no existen alternativas posibles" (*Londoño and Frenk 1997, p. 10*).

Uno de los requerimientos de dejar circular, la competencia, la eficiencia y el equilibrio es la autorresponsabilidad. Para que la competencia lleve al equilibrio se requiere que las tareas y responsabilidades, que en la planificación correspondían a la organización hospitalaria, al planificador, a la autoridad sanitaria o al Estado, ahora se individualicen, en palabras de Bauman, se cedan "al coraje y la energía individuales y dejado en manos de la administración de los individuos y de sus recursos

individualmente administrados”(Bauman 2002, pp 34-35). En los discursos de las agencias multilaterales el *management* hospitalario se debe hacer responsable de los equilibrios en los recursos financieros, humanos y tecnológicos del hospital, gestionando su circulación, estableciendo estrategias en la competencia, resolviendo las carencias en el mercado. Según esta ideología los trabajadores se deben hacer responsables de la supervivencia del hospital, de hacer bien su trabajo, con calidad, y de hacerlo con los menores costos posibles, y responsables de su propia supervivencia, entrando en la competencia por los títulos académicos y por la adquisición de nuevos conocimientos, cada vez más altos y de manera más rápida, pues quien no los obtiene, sale de circulación. Los clientes se hacen responsables de cuidar su salud, de hacer buen uso de los servicios que contratan, pues cuando se comportan mal, y no tienen unos hábitos de vida saludable o consumen servicios que no necesitan, salen del sistema o enferman y mueren. Todos deben ser corresponsables, deben rendir cuentas de sus responsabilidades.

Además de salir de circulación la autorresponsabilidad requiere subordinar los intereses individuales a los de la colectividad, pues los actos irresponsables de los individuos pueden afectarla. No solo los individuos deben responder por los propios actos que los afectan directamente sino también por los desequilibrios del sistema pues estos se originan en los actos y disposiciones de los individuos. De esta forma, ya no se requiere un gran aparato burocrático para controlar a todos haciendo hospitales eficaces, pues quienes quieren continuar circulando deben autocontrolarse y así mantienen el equilibrio de los hospitales. Veamos esta cita sobre el aprendizaje continuo como autorresponsabilidad:

”otro elemento fundamental que cabe mencionar es el aprendizaje continuo, tarea que le compete a la organización como tal y a los individuos que la integran... no solo desde el prisma de la formación personal y de su posibilidad de ascender en la organización, sino también, y fundamentalmente, como un requisito para el crecimiento y mejora de la propia institución”(OPS 2001, pp 222-249).

Para que el *management* o los trabajadores o los pacientes, o los recursos o las disposiciones lleguen al equilibrio deben normalizarse. En estos documentos observamos una estrecha relación entre equilibrio y la media, la normal. La circulación, la libertad y el azar que lleva a cuentas son domables mediante la normalización(Hacking 1995). La normalización pasa por establecer lo que se espera de un fenómeno bajo el lente de la probabilidad. La distribución normal es una distribución de probabilidades, que al llevarla al plano cartesiano asume la imagen de una campana, la campana de Gauss. Lo importante de la normalidad como dispositivo es que permite señalar lo que es normal y lo que es anormal. Lo normal sería aquello que se encuentra en el medio de una distribución de probabilidad y lo anormal aquello que se encuentra en los extremos.

Para identificar lo normal y lo anormal estos discursos hacen un uso extensivo de la probabilidad estadística: cuantificar los recursos financieros, cómo se comporta el flujo financiero de un hospital, sus gastos, sus ingresos; cuantificar las tecnologías y su uso, como el número, ocupación y el giro de camas o el número de quirófanos y procedimientos realizados; el número de trabajadores, de médicos, especialistas, enfermeras; cuantificar sus intereses, motivaciones, etc. Estos fenómenos al ser clasificados en normales y anormales insertándolos en probabilidades pueden ser gestionados por el *management* a nivel del sistema y a nivel hospitalario.

Cuarto, la eficiencia de estos dispositivos de control radica tanto en la autorresponsabilidad como en identificar y atacar solo a los anormales. Esa gestión de los fenómenos considera que en lo anormal, lo ubicado en los extremos opuestos a lado y lado de la media, se presentan horribles peligros (Hacking 1995). Personas, cosas o situaciones que no se comportan normalmente, son intervenidos. Ya no es una vigilancia continua de todos en todo momento. Se intervienen los fenómenos anormales, como por ejemplo, los hospitales o servicios con una productividad por debajo de lo normal, los gastos anormales

prenden las alarmas del gestor del servicio, un número fuera de lo normal de atenciones, el no cumplimiento de metas que normalmente se lograba. La información sobre lo normal y lo anormal es indispensable en la gestión del hospital modernizado. Teniendo claro qué es normal y qué anormal el gestor puede tomar decisiones para orientar lo que circula dinero, tecnologías, trabajadores, intereses, poblaciones.

Pero además de la normalización estadística los discursos de la modernización hospitalaria proponen la comparación como tecnología de gestión. La comparación con otros sirve de patrón sobre lo normal. Tecnologías de gestión como el *benchmarking* entre hospitales o *rankings* de mejores hospitales en América Latina, etc. se basan en dispositivos sinópticos. Es decir, ya no es el Estado o el planificador como gran hermano vigilando desde un panóptico a todos, sino donde los controlados, hospitales públicos y trabajadores, se dedican a observar a unos pocos, como señala Bauman(2002), a los que están en la cima de los *ranking*, a los hospitales o trabajadores exitosos. La obediencia al estándar se da no por coerción del Estado sino por seducción, apareciendo bajo el disfraz de la libre voluntad. Así, los ranking, el benchmarking, las certificaciones, las acreditaciones, se comportan como verdaderos espectáculos donde los controlados observan cómo se deben hacer las cosas. Seducen y promueven cambios. Una observación que debe ser permanente para detectar o anticipar cambios. Una observación que le permite al controlado ubicarse en la posición que le otorga las reglas del dispositivo. El observador queda atrapado en una incesante observación.

Quinto, para estimular la circulación y la competencia, mantener el equilibrio, el sistema se ve obligado a abarcar cada vez más nuevos terrenos, poblaciones, recursos, información, consumidores, instituciones, etc... Es un movimiento centrífugo del sistema. Si en la planificación los sistemas de salud son segmentados y fragmentados como lo describe el documento del BID, es decir, tienen una población específica y unas instituciones particulares que no se pueden mover entre sí, sino solo en su interior, en un movimiento centrípeto, en el sistema de salud modernizado las poblaciones y las instituciones no solo se pueden mover sino que se busca alcanzar nuevas poblaciones y nuevas instituciones. Aumentar las coberturas, haciendo de los pobres consumidores, y permitiendo y promoviendo la iniciativa privada en la prestación de servicios. Los hospitales públicos deben tender hacia su modernización, cada vez en mayor número y de manera más sustancial en su gestión y sus procesos de atención. Nuevas tecnologías son bienvenidas y refuncionalizadas en términos modernizados: las prácticas de medicinas indígenas o alternativas son incorporadas a los sistemas de salud en términos de prestadores de servicios que circulan, compiten, normalizan, responsabilizan, comparan, controlan, hacen más rápido el sistema.

Vimos en este capítulo cómo las diferentes tecnologías de gestión de la Planificación Normativa como de la Modernización Neoliberal son articuladas a los dispositivos de poder, principalmente el primero al disciplinario y el segundo al de seguridad-control. Además, cómo estos encadenamientos de las técnicas con los dispositivos de poder aseguran la reproducción del capitalismo liviano y pesado respectivamente. Así, las tecnologías organizacionales investidas de neutralidad al articularse de una manera particular pero oculta a los dispositivos de poder garantizan ideológicamente la reproducción del capitalismo.

2.2.3. Conclusión

Los contextos de emergencia de los discursos de los paradigmas tanto de la Planificación Normativa y de la Modernización Neoliberal corresponden a un momento específico del capitalismo, el pesado y el liviano, y a la preponderancia de un tipo de capital, el CMI y el CMF. Ambos paradigmas no son naturales sino que responden a contextos particulares de la sociedad y del campo social de la salud. Por otra parte, ambos paradigmas no son neutrales, no están aislados del poder, sino que mostramos cómo el

paradigma de la Planificación Normativa se articuló alrededor de los dispositivos de poder disciplinarios, mientras el de la Modernización Neoliberal lo hizo a los de seguridad-control. Apelar a la naturalidad o neutralidad de ambos es por lo tanto una estrategia ideológica.

3. DISPOSITIVOS DE PODER Y CONSTITUCIÓN DE SUJETOS EN LOS PARADIGMAS DE LAS TRANSFORMACIONES HOSPITALARIAS

Introducción

Siguiendo a De la Garza(2000), para entender las reestructuraciones productivas en su detalle, se deben abordar desde dos niveles: uno externo al hospital, sus relaciones con otras instituciones, y otro al interior del hospital. Para nuestra investigación, el nivel externo lo centraremos en las tecnologías de gestión y organizacionales establecidas para establecer las relaciones entre el hospital con el Estado y con los articuladores. Mientras que en el nivel interno lo abordamos desde las partes del proceso de trabajo: el objeto, las tecnologías, los actos y las relaciones sociales.

En términos de tecnologías organizacionales los paradigmas de las Reestructuraciones Productivas Hospitalarias remiten en su nivel externo a: Estados que no interponen trabas sino que se limiten a definir las reglas de juego por donde fluirá el capital de manera sostenible (Sennet 2008); articuladores que aceleren la rotación del capital, haciéndose intermediarios en el proceso financiamiento-producción de servicios de salud. En su nivel interno a: objetos, tecnologías y actos de trabajo hospitalario estandarizados que eviten la variabilidad médica, por tanto, más predecibles, controlables y expeditos, y, a su vez, flexibles, que puedan circular, aumentar y adaptarse rápidamente a la competencia de los mercados de atención.

Este capítulo tratará de exponer las formas que adquirió la ideología de la modernización neoliberal en los discursos de las agencias multilaterales. Para ello haremos un análisis de discurso en varios planos. Analizaremos las formas como los discursos articulan las tecnologías de ambos niveles de la reestructuración productiva alrededor de los dispositivos de poder. Además, analizaremos cómo este tipo de articulación a su vez interpela a los individuos participantes del contexto hospitalario para sujetarlos de manera específica al orden social del dispositivo de poder, transformando a los directivos en management, a los profesionales en operadores técnicos y a los pacientes en consumidores. Se analizará como los discursos sobre la verdad son producidos por quienes ejercen el poder, es decir, las agencias multilaterales, y cómo esto les provee un mayor poder simbólico para nuevamente producir la verdad. Asimismo, identificaremos las naturalizaciones y generalizaciones de los discursos. Haremos un análisis de cómo los significantes que hablan sobre la reestructuración productiva adquieren un sentido específico, una vez se fijan a uno o un conjunto de enunciados, como la información, integración, libre escogencia o estándar, ocultando las relaciones de poder que definen esa articulación. Finalmente, analizaremos las proposiciones que tratan de demarcar un Nosotros y Ellos para anular al Otro y su historia. Los textos analizados en este capítulo son los mismos del anterior.

3.1. La reestructuración productiva hacia afuera: Estado y aseguradora-articuladora

3.1.1. El Estado modulador y seductor

Los dispositivos de control de la modernización hospitalaria pretenden que las tecnologías que median la relación entre el Estado y el hospital articulen la productividad. En primer lugar, los tres documentos

consideran que el Estado Planificador ejercía el poder de manera coercitiva, a través de leyes o de la burocracia. En el documento del BID Londoño y Frenk subrayan que los Estados planificadores limitaban la circulación, el movimiento natural, de las instituciones y la población. Como consecuencia en estos sistemas de salud había una fuerte Segregación. Había hospitales de la seguridad social que solo atendían a los trabajadores y sus familias, hospitales públicos que solo atendían al ejercito industrial de reserva y a los trabajadores rurales y sus familias, y los privados a quienes asistía los ricos y los demás grupos cuando no eran atendidos por sus respectivas instituciones. Pero la segregación no reflejaba el comportamiento real de la población: su circulación entre instituciones y subsistemas, su interés por consumir en los mejores prestadores, sean públicos, privados o de la seguridad social, elegir la mejor opción; sino expresaba la coerción por parte del Estado. Una coerción contra natura, contra el interés natural de los individuos. En la segregación¹⁵ el Estado mediante el poder coercitivo separa, aparta del grupo, fija límites, inmoviliza.

Lo opuesto a la segregación es la integración, que los Estados modernizados pretenden. El Estado y los hospitales públicos deben ajustarse al comportamiento real de la población, al movimiento. Integrar en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española significa completar un todo con las partes que hacen falta. Muy relacionada está la Integridad, la cual deriva del adjetivo integer que significa intacto, íntegro, no tocado, no alcanzado por un mal. Por lo tanto, el Estado integra cuando no toca, no ejerce su poder, no actúa. Cuando deja circular, no pone trabas: “el cambio en la gestión pública debería plantearse desde la perspectiva del desarrollo de la capacidad de las políticas públicas para movilizar la capacidad de integración y acción conjunta...”(OPS 2001, p. 27). Integrar es dejar circular la población, las instituciones, los hospitales, el dinero, la información, las tecnologías, los actos, las disposiciones.

En la Ideología modernizante neoliberal Integrar es lo que debe hacer el Estado. Así, para el Banco Mundial existen solo dos razones para que intervenga el Estado de manera coercitiva, en los servicios de salud prestados por hospitales(BM 1993). Una tiene que ver con la pobreza y la distribución equitativa de la atención de salud, y la otra con deficiencias del mercado. Las dos tienen que ver o se articulan a la circulación, con la integración, con la competencia, y ambas se consideran reglas de juego del mercado de la salud.

En la primera, los pobres no pueden circular como consumidores pues no tienen dinero para comprar servicios o seguros, por lo tanto, el Estado debe intervenir para identificarlos y constituirlos en tales, articularlos a la circulación, mediante el otorgamiento de subsidios a la demanda, por ejemplo. Por otra parte, el Estado debe abstenerse de crear servicios gratuitos o tener financiamiento universal para todos, pues evita la circulación de los consumidores quienes tienen más ingresos. Un gasto público eficiente es aquel que no se gasta en lo que ya circula, debe por tanto, usarse únicamente para los pobres, pues los ya consumidores son aventajados, privilegiados.

Y en la segunda, el Estado debe intervenir en las deficiencias de los mercados de atención en salud y de seguros médicos, como en casos donde se presenta la selección adversa, el riesgo moral y la competencia imperfecta -intervención del Estado o las economías de escala que no permiten la competencia-. En la selección adversa los clientes enfrentan riesgos diferentes y a los aseguradores les interesa saber quiénes los tienen o los tendrán en el futuro, para excluirlos o cobrarles primas más altas. Esto implica la segregación de esos grupos de riesgo y el aumento de costos de esos servicios. El Estado puede intervenir coercitivamente, fijando un pago igual a las aseguradoras por cada asegurado,

¹⁵Segregar viene del latín segregare -separar, apartar del grupo-, el vocablo latino proviene de ser-, un prefijo de alejamiento y de la raíz gregx, gregis-rebaño-, así segregar significa en su origen separar del rebaño. Un Estado que segrega es un mal pastor.

estableciendo paquetes de servicios mínimos y prohibiendo el rechazo a la afiliación por preexistencia. Así, aquellos grupos de riesgo pueden articularse a la circulación dentro del sistema. Y, al aumentar la demanda también crece y se diversifica la oferta, eliminando los monopolios de grupúsculos de médicos especializados, y poniendo en juego el mercado, se reducen los costos de esos servicios.

En el riesgo moral, es decir, en el traspasar los costos a otros, el consumidor, hospital o trabajador, a pesar de ser consciente de sus acciones no se hace responsable de las consecuencias que de éstas se desprenden. Según el paradigma ideológico modernizante neoliberal, el individuo tiene información privilegiada acerca de las consecuencias de sus propias acciones y, sin embargo, son otras personas las que se hacen responsables de los riesgos asumidos. Cuando están asegurados los pacientes cuidan menos de su salud pues las aseguradoras asumen los costos. También hay riesgo moral cuando los médicos o los hospitales provocan una demanda de unos servicios que ni ellos ni los consumidores habrán de pagar.

Al no haber autorresponsabilidad la circulación de las disposiciones, de los intereses individuales, truncan la eficiencia, pues algunos tendrán más información que otros y pueden usarla en su provecho. Así, se puede aumentar la demanda de atención médica, llevando más dinero del requerido para la productividad a la producción de la atención. Estas disposiciones de los pacientes y médicos, que se concretan en el riesgo moral, no se pueden controlar completamente mediante la coerción. Para controlarlas el Estado de la modernización neoliberal las reduce a información, además, crea un intermediario entre el prestador y la población que al representar a estos últimos y reducir la asimetría de información con los médicos se convierte en un comprador cauto, que evita el aumento de los costos, la circulación ineficiente de dinero por el hospital. A este intermediario Frenk y Londoño le llaman articulador(Londoño and Frenk 1997).

Finalmente, en esta ideología el Estado debe intervenir en situaciones de competencia imperfecta entre proveedores, que permite que las utilidades sean excesivas, el uso de recursos ineficiente, la calidad mala y la producción escasa. Por un lado, evitando el monopolio estatal de la prestación de servicios y abriendo, en una lógica centrífuga, a la participación y competencia con los privados. Por otro, evitando las economías de escala, donde hospitales y especialistas al ser un solo productor grande y mucho más eficiente que los pequeños, lleven a situaciones de falta de competencia. Para asegurar la circulación de grandes y chicos, la competencia y su equilibrio, requiere reglas de juego desde el Estado.

En este sentido, Frenk y Londoño definen los límites del Estado bajo el término Modulación(Londoño and Frenk 1997). En el Diccionario de la Real Academia Española modular significa “Variar con fines armónicos las cualidades del sonido en el habla o en el canto”(Real Academia Española de la Lengua 2013). Mientras que la palabra modulación proviene del término inglés modulates que significa “exert a modifying or controlling influence on”, según el diccionario Oxford (2013), es decir, ejercer una influencia para modificar o controlar algo. Así, la modulación refiere, por un lado, a la armonía y, por otro, a la influencia.

Como vimos en el capítulo anterior, los dispositivos de la modernización neoliberal para llegar a la armonía se debía transitar por la competencia. Entre las principales tecnologías de gestión que debe asumir el Estado para asegurar la armonía, la competencia de intereses, se encuentran la división de funciones y la autonomía hospitalaria, que se mezclan con las propuestas de descentralización.

Una regla de juego centralísima en la propuesta del BID, y que ya se preveía en los textos del Banco Mundial, es la división de funciones. Mediante la división de funciones en: modulación, articulación, prestación y financiamiento, el sistema de salud asegura la circulación de intereses y la armonía: el

Estado se repliega a establecer reglas de juego y a influir mediante la entrega de información, no a coaccionar; los articuladores en competencia se concentran en agilizar la circulación de los consumidores, dinero, recursos, para que ninguno de ellos se demore “más de lo necesario” en los hospitales; los financiadores se separan del Estado para poner a fluir el dinero, sin consideraciones arbitrarias sino basadas en la información, y guiados por las reglas de juego del mercado; y los prestadores, incluidos los hospitales públicos, compiten entre sí por los recursos, el dinero y sus clientes.

La división de funciones asegura la creación de mercados: articuladores-prestadores y articuladores-consumidores. Asegura la competencia entre articuladores y entre prestadores y así se llega a la eficiencia en el gasto y el aumento de la calidad de los servicios, es decir, el autoequilibrio. Asegura que el Estado se concentre en lo que debe hacer, según la propia ideología, y no desperdicie tiempo, recursos y empeño en lo que pueden hacer mejor los privados.

Por otra parte, en este paradigma para que exista real circulación y competencia en los mercados de la salud los hospitales públicos deben autonomizarse del Estado. La modernización neoliberal no busca sólo la privatización de los hospitales públicos en el sentido de cambiar su personalidad jurídica a manos del capital privado. Aunque en el texto del Banco Mundial del 93 se sugiere esta alternativa con cierta insistencia, pues allí el Estado solo debe proveer servicios clínicos esenciales, limitando el financiamiento de los hospitales públicos de mayor complejidad. Pero en los otros dos textos, que son posteriores, lo importante es entrar en la circulación y la competencia. Puede seguir siendo estatal, pero teniendo su propia personalidad jurídica, o establecer mezclas público privadas de construcción y administración de las organizaciones, para no subordinar sus intereses al del gobierno de turno, y teniendo autonomía en el manejo de sus recursos financieros, humanos y físicos. Con la autonomía de los hospitales públicos se crean mercados internos dentro del sector público.

Los hospitales autónomos deben tener sus propios intereses, deben ser autoresponsables por su situación presente y futura, y, por tanto, tomar autónomamente sus propias decisiones, deben gestionar sus propios recursos financieros y administrativos para luchar estratégicamente en el mercado de prestadores con otros públicos y con privados, deben orientarse por sus clientes llámense articuladores o consumidores, deben ser gobernados por el *management*, deben conocer a sus competidores, en una palabra deben empresarizarse. La armonía pasa por la empresa. La autonomía, se disfraza de técnica prometiendo armonía, mientras oculta su articulación al dispositivo de poder de la seguridad-control.

Pero para matizar su empresarización la OPS señala que los hospitales públicos no son empresas que buscan el lucro individual del capitalista sino empresas comprometidas con la sociedad. Como la sociedad, entendida como un capitalista, les entrega recursos a los hospitales y tiene el interés racional de maximizar la utilidad de esa inversión satisfaciendo sus expectativas, los hospitales deben responderles produciendo servicios a bajo costo, rápidos, crecientes y eficaces. A esto le llaman productividad social: “...la productividad social, que marca el actual paradigma de virtud en la gerencia sanitaria, consiste en maximizar la efectividad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales y financieros posibles”(OPS 2001, pp. 73-100). De esta forma, la empresarización del hospital público busca, no principalmente el lucro directo del capitalista individual, sino la reproducción del capital financiero, mediante el paso del dinero por el hospital el menor tiempo posible y su acumulación por las empresas financieras de aseguramiento.

Por otra parte, para la OPS la autonomía hospitalaria y la autogestión es un proceso eminentemente cultural “...de construcción de señas de identidad de una unidad respecto a la misión de un órgano de mayor complejidad...”(OPS 2001, p. 115). Requiere gestionar las disposiciones de los profesionales, el

compromiso e intereses de los trabajadores con la institución, la autoresponsabilización, igualar los valores de los trabajadores con los de la institución etc. Requiere una institución pública que seduzca a sus trabajadores, más precisamente, un *management* que seduzca a los trabajadores para alinear sus disposiciones a los intereses del hospital empresarizado.

De otra forma, los gobiernos centrales en la ideología de la modernización neoliberal no tienen por qué hacerse cargo de toda la regulación, pueden descentralizarse y delegarla en otros, públicos y privados. La descentralización en términos públicos la justifica esta ideología por una supuesta mayor cercanía a la población consumidora y a los prestadores, es decir, a las realidades locales, a esa realidad que es la circulación de la población y sus necesidades. Puede entonces actuar más rápida y eficientemente sobre los problemas que se detecten y mantener la circulación sin interrupciones. Asimismo, la modernización neoliberal procura delegar ámbitos de regulación estatales a privados, como por ejemplo, el control sobre la calidad a instituciones certificadoras. Esto lo justifican como una mayor neutralidad, pues si se establecen correctamente los incentivos a estas instituciones, no beneficiarán a intereses particulares.

Como ya señalamos el Estado modulador debe procurar la armonía del sistema de salud, por medio de la circulación y la competencia de una pluralidad de intereses. Pero además del establecimiento de las reglas de juego armoniosas el Estado debe hacer política, pues también hay fuertes intereses en circulación. Sin embargo, desde el punto de vista ideológico la política moduladora no es una política coercitiva, como abiertamente se señalaba en la planificación, sino reducida a influir.

En esta ideología de la modernización neoliberal la política dice tenerle miedo a la coerción, al poder, al Estado. Una y otra vez en los documentos de la OPS, el BID y el Banco Mundial se relaciona discursivamente al poder con coerción, autoritarismo, esclavitud, burocracia, etc. y esto con el pasado, el atraso, el subdesarrollo. En cambio, el Estado modulador que se construye en estos discursos cobra identidad cuando lo relacionan con la libertad, la influencia, el futuro, el desarrollo, la riqueza. Así, discursiva e ideológicamente se distancian del Estado Benefactor al atarlo al autoritarismo y al pasado y le atribuyen una serie de calificativos positivos al nuevo Estado Neoliberal que tratan de exaltar.

Lo primero que debe hacer un Estado influyente es dejar circular los intereses. No obstante, para enfrentar esos intereses el Estado debe asumir la misma lógica de la competencia y la armonía en la política: el encuentro de múltiples intereses privados opuestos circulantes conlleva a tomar decisiones armoniosas en términos políticos. La formulación o implementación de una política pública no puede realizarla un planificador desde su oficina, sino que debe abrirse a nuevos actores, sobretodo a los múltiples intereses que circulan en la sociedad.

De esta forma, el equilibrio político tras la circulación de intereses en competencia justifica la ampliación de la participación: “La aplicación de un concepto más democrático de las políticas públicas abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es patrimonio exclusivo de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad, aunque ésta sea conducida y regulada por la autoridades.” (OPS 2001, p. 15) Aunque la participación en los hospitales tiene un límite: la OPS propone la participación de los clientes en comités en las juntas directivas, pero que se consideran útiles cuando se ocupan de las relaciones entre el hospital y el entorno, y no cuando se inmiscuyen en asuntos de gestión cotidiana interna. La misma eficiencia es el límite de la circulación de intereses y la participación en estos discursos.

Pero se espera que con esa libre circulación de intereses la política se autoequilibre y los que están en los extremos, los anormales tiendan hacia el centro. La buena armonía política, el éxito de la influencia es llevar todo a lo normal, al centro. La política normalizada constituye un extremo centro.

Segundo, el Estado influyente al dejar circular y competir intereses no los coacciona sino que los orienta, define su flujo mediante la seducción. Seduce porque gestiona los intereses, compromisos, deseos, habilidades, motivaciones, creatividades, valores, creencias, responsabilidades, satisfacciones, realización personal, iniciativa, etc..., en una palabra, las disposiciones y subjetividades de los participantes. El Estado y su *management* seduce gestionando subjetividades de los trabajadores para comprometerlos con las instituciones y su misión y visión, para hacerlos más creativos y recursivos para lidiar con los problemas cotidianos, orienta para interesarlos en las metas institucionales, para que se realicen a través de sus logros profesionales, para hacerlos personas satisfechas con el entorno en el que laboran, y así se puede seguir adelante.

Para gestionar las disposiciones y hacer eficiente la participación, la competencia, la armonía de todos, se requiere que el Estado, los hospitales autónomos y el *management* pongan a circular información seductora. Información que más allá de si es científica o no, verdadera o no, el caso que nos interesa es que seduce.

Si en la planificación la información científica era usada exclusivamente por el programador para formular, implementar y evaluar el plan, y para transmitir los valores de la medicalización, en la modernización neoliberal el Estado la pone a circular entre los participantes para seducirlos, para influir, para gestionar sus disposiciones y subjetividades. De esta forma, el Estado influye en las decisiones de los múltiples participantes del mercado. Más que un discurso seductor el Estado promueve con mucha energía una serie de dispositivos de producción, circulación y consumo de información que termina gestionando la subjetividad de los participantes del campo de la salud, y que se traduce en una aceleración de la productividad hospitalaria.

De esta forma, el Estado seduce al disponer de información sobre precios y calidad de los hospitales públicos y privados los clientes consumirán en los mejores y aquellos lucharán por atraerlos con información, entrando en un círculo virtuoso de mejora permanente. Si los consumidores tienen información pueden elegir mejor que lo que haría el Estado, dónde les es más conveniente ir. Los aseguradores también se beneficiarán de la información eligiendo más eficientemente, más rápidamente a los prestadores que contratará. Si los trabajadores tienen información sobre los avances del hospital en términos económicos, de desempeño, de cobertura o de renovación tecnológica, o información sobre incentivos financieros a la educación o por prácticas de seguridad del paciente, o información sobre incentivos laborales por aumento de número de cirugías, se comprometerán más con la institución y su trabajo.

“La información sobre la eficacia relativa en función de los costos de los distintos procedimientos discrecionales es igualmente valiosa y podría ser utilizada por los aseguradores y los profesionales de la salud para reducir los costos y atraer a los clientes” (BM 1993, p. 65).

Según el paradigma modernizante neoliberal la información suministrada por el Estado debe ser rápida. El acceso oportuno a la información gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación les permite a los consumidores, hospitales y aseguradores tomar decisiones innovadoras, anticipar problemas, ser más eficientes.

Por otra parte, ideológicamente el Estado ya no debe aprovecharse de la información en su beneficio, monopolizándola, sino que debe ponerla a circular, para que la usen quienes saben aprovecharla, para hacer más veloz y eficiente cada decisión que toman. La información debe ser neutral, la seducción no se hace con artimañas sino con la verdad.

Con la información neutra los participantes se incentivarán a tomar decisiones racionales y con ello a entrar en comportamientos normales. La seducción normaliza. Si la información se asume con racionalidad conllevará a la normalización, al equilibrio. En otras palabras, el cálculo costo-beneficio y el desarrollo basado en pruebas -evidencebased- sobre cada decisión de los prestadores, articuladores y consumidores en automático logrará comportamientos normales, los deseados por el management. La información seductora, deberá estar plagada de datos neutros, en cifras, no subjetivos, sí en evidencia, en eficiencia. Las decisiones en el hospital modernizado neoliberal no se toman desde la arbitrariedad de la política sino desde la neutralidad de una ciencia seductora. Lo importante para seducir con información es fijarla en la media, neutral, el centro, intereses puros pues en los extremos hay pura ideología o intereses inconfesables, especiales, no naturales.

El Estado le da legitimidad a los datos, a los indicadores, a los sistemas de información. Para seducir la información debe ser legítima, y de esto se encarga el Estado. A su vez, la información puede legitimar al Estado, señalando que lo hace mejor que los privados, que asegura la sostenibilidad financiera, que aumenta coberturas, que mejora la calidad, etc. Resulta muy interesante percatarnos de que el Estado neoliberal es, como casi todo en esta época, información. La legitimidad del Estado no es menos sorprendente, el Estado es legítimo si la información que lo constituye es confiable, si puede ser utilizada entre otras cosas para seducir legítimamente. Es más, la sola circulación de información, la transparencia del Estado, permiten su legitimidad.

Finalmente, para que la ideología mantenga su potencia la información debe ser creciente, cuantificar nuevos fenómenos, sistematizarlos, ponerlos en circulación. El Estado promueve este aumento de la información y de las instituciones que la gestionan. La seducción de la información recae en parte en que siempre promete algo nuevo, por tanto, los prestadores, articuladores, consumidores, deben estar siempre atentos, siempre en busca de nueva información. Se ven atrapados en el movimiento constante y creciente. La nueva y creciente información sujeta, el informado está seducido.

3.1.2. Aseguradoras o articuladoras: institución que agiliza el dinero y los temores

Como bien lo señala el BID, la figura del articulador es de reciente creación (Londoño and Frenk 1997). Por un lado, entre el hospital público y el paciente había una relación directa. Por otro, el flujo de dinero entre el financiador, que eran los mismos ministerios o secretarías de salud, y los hospitales públicos era también continuo. El financiamiento de los hospitales públicos era por presupuestos globales, en los presupuestos no había mayor detalle de los gastos, se basaban en costos históricos, los cambios eran calculados por los planificadores basados en los costos de los años anteriores, por lo que los médicos gastaban o invertían en su trabajo, en la atención, y la fuente de ingresos era única. El flujo de dinero seguía a los médicos con su paso disciplinario, minucioso, lento.

Actualmente, el principal papel de los articuladores es que los dineros, la población y las disposiciones del *management* hospitalario y de los usuarios, aumenten la velocidad de su circulación. Para ello el articulador sirve de interface entre el prestador y el consumidor y entre el financiamiento y el prestador.

El articulador sirve de interface entre el hospital público y el consumidor, mediante la organización y gerencia del consumo de la atención, gestionan al consumidor. Los articuladores representan a los consumidores y para ello los deben conocer mejor que como ellos mismos se conocen. Pero no como individuos sino como población consumidora: con este fin usan la información estadística y epidemiológica. Lo primero es que deben conocer a la población social, epidemiológica y económicamente, sus intereses, gustos, satisfacciones, motivaciones, etc. Después clasificarla, segmentarla. Gestionar esos grupos humanos contruidos, como nichos de mercado.

Para el paradigma modernizante neoliberal los articuladores tienen información y gestionan las disposiciones de los consumidores: se tiene como obviedad que la creación misma de los articuladores parte de la incertidumbre que le aqueja al consumidor su probabilidad de enfermar, su desconocimiento sobre la eficacia de los tratamientos y los costos financieros que trae. Para ello primero la población debe ser consciente del riesgo al que se enfrenta, es decir, debe tener cifras y nociones de probabilística para analizarlas, y después, de la incertidumbre, o sea, de que sería muy gravoso asumirlo solo como individuo. En seguida, el articulador debe presentarse como asegurador, ante ese miedo, temor, como la solución institucional que puede asumir parcialmente ese riesgo. Ante esa necesidad, el consumidor debe pagar. Hecha la necesidad, hecha la solución institucional. El articulador debe gestionar esa necesidad. La ideología modernizante neoliberal le teme al riesgo y a su vez usa ese temor para crear el mercado de seguros, acelerar la circulación de dinero, información, instituciones, consumidores.

Al conocer epidemiológicamente a la población y los costos que trae su atención, dispersa los riesgos de individuos solos entre toda la población, entre los grupos formados, entre pool de asegurados. Gestiona los temores, necesidades, intereses de los consumidores, esparciéndolos en el conjunto de sus asegurados, mediante técnicas epidemiológicas, econométricas.

El articulador es un administrador de acceso de los consumidores a los hospitales públicos. La información sobre prestadores de servicios, como su calidad técnica o interpersonal, su sostenibilidad financiera y prestigio, que puede existir en un mercado de salud, el articulador la procesa, elige racionalmente, contrata con los más convenientes y le entrega al cliente la información sobre las opciones contratadas. Así, con la información disponible gestiona el tránsito de la población y sus intereses por la red de prestadores con la que establece contratos. Acota las opciones disponibles para los consumidores para que no se vean abrumados por información que no saben o no tienen tiempo de procesar. Bajo esta ideología al definir el prestador o grupo de prestadores al cual debe ir un cliente reduce su incertidumbre y agiliza el uso de los servicios.

El articulador conoce muy bien a los hospitales públicos. Al conocerlos mejor, más que los mismos consumidores, se hace un comprador cauto de servicios a su nombre. El articulador hace uso de toda la información de producción, calidad, satisfacción, etc., que está en el mercado para tomar decisiones rápidas y eficientes por los consumidores. Acelera a los consumidores.

Además, al definir el nivel de atención al que debe asistir el cliente dependiendo de su necesidad, privilegiando el primario, menos complejo y costoso, pone a circular la población y al dinero entre los prestadores solo en el momento que se requiera, no antes, no después. Tiene, por lo tanto, información sobre los prestadores, sobre las necesidades y especialmente sobre el encadenamiento de ambas, para definir donde y cuando el cliente debe asistir y consumir servicios para satisfacerse. Con esa información, el articulador contiene los costos y la población, su flujo, encauza el dinero y los clientes, los racionaliza, los gestiona. En la ideología, el articulador acelera dinero y consumidores. Valga decir, que esta gestión de dinero y clientes la justifica en el fomento de la prevención de la enfermedad y la calidad de los servicios.

Lo anterior nos muestra no solo que el Estado es “información confiable”, sino que el negocio de la salud, la misma productividad hospitalaria, la “certidumbre” que brindan los articuladores ante el temor, entre miles de cosas tiene como base a la información, ¡viva pues la sociedad de la información! La sociedad sujeta, de múltiples modos, a la información.

Por su parte, la interface financiamiento-prestador se refiere a “un continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios

de salud”(Londoño and Frenk 1997, p. 21). El articulador hace uso de toda una batería de tecnologías de gestión financiera en su relación con el hospital público.

Aquí, en primer lugar, las transferencias de dinero están definidas por contratos entre articuladores y los hospitales, donde se incentiva el crecimiento de indicadores de producción, gestión financiera, calidad técnica y satisfacción del usuario. La información sobre recursos para tomar decisiones aumenta.

Segundo, los articuladores convierten la información epidemiológica, de producción, de calidad, y la social, la satisfacción, en información financiera al costearlos. Al traducir esa diversidad de informaciones en información financiera se hacen comparables y al compararlas, puedes elegir, competir, armonizar, acelerar. Al traducir todo en información financiera, en dinero, se pueden llegar a compromisos de gestión, donde los acuerdos plasmados en un contrato entre el *management* hospitalario y los articuladores, sobre todo lo que sucede en el trabajo se reducen a dinero.

A través del dinero, entendido como información, de las formas, tiempos, lugares, donde el articulador lo asigna, lo sitúa, como los mecanismos de pagos, se gestionan los intereses, compromisos, motivaciones, etc. del *management* hospitalario. De esta forma, las variables de los mecanismos de pagos son la información sobre la unidad de pago y sobre el nivel de riesgo implícito entre el que vende y el que compra. El desafío es identificar la combinación de una unidad de pago adecuada, según los objetivos del intermediario financiero, con una distribución del riesgo que actúe como incentivo hacia la búsqueda de la eficiencia del hospital público. Los modelos de contratación y pago deben llegar al equilibrio de la oferta y la demanda, repartir el riesgo financiero -y sus temores e intereses- entre el hospital y el articulador. En estos modelos se pueden encontrar en un extremo la remuneración fija, que representa el pago prospectivo más puro, sin ajustes, como el pago capitativo, en el que los hospitales públicos soportan todo el riesgo financiero derivado de la variabilidad de costos. En el otro extremo, se sitúa el pago retrospectivo o por acto, con el que el riesgo incurrido por los hospitales es nulo y es el financiador quien soporta todo el riesgo derivado de la variabilidad de costos.

Como suele ocurrir, los extremos no parecen óptimos y la cuestión consiste en escoger un sistema de remuneración intermedio, normalizar. La responsabilidad de la sostenibilidad financiera es compartida entre ambos, entre el *management* de unos y otros. Para ello debe haber autonomía, autorresponsabilidad, competencia. Mediante la información sobre riesgos financieros y de morbilidad en el hospital el interés y responsabilidad del *management* es gestionado, acrecentado, acelerado, distribuido, seducido. Las técnicas de información se articulan al dispositivo de seguridad control.

Además, debido a que los mecanismos de pago consideran la variabilidad de costos de las actividades esperables en el siguiente periodo de pagos, el hospital debe disponer de sistemas de información que permitan medir la actividad de las diferentes unidades y servicios e imputar costes a dichas actividades. Como veremos más adelante el encasillamiento de los objetos, tecnologías y actos se hace más riguroso, costeable y también flexible, ajustable, para cada contrato.

Los modelos de pago, estas tecnologías de gestión de información financiera y epidemiológica, son prospectivos no históricos, pasan de seguir a la mirada médica para seguir a las cifras de los consumidores y sus “necesidades”, de la inercia presupuestaria a la avalancha de incentivos y temores del *management* para la aceleración del movimiento de dinero. De una asignación de dinero por lo realizado en los últimos años por los médicos, a un flujo de dinero guiado por los miedos de los clientes en periodos de tiempo cada vez más cortos.

3.2. Las reestructuraciones productivas hacia adentro: objeto y medios de trabajo

3.2.1. El Objeto de Trabajo Hospitalario: de la patología al riesgo y su apropiación por el management

Como todo objeto de trabajo, el objeto hospitalario se recorta, se definen sus límites, se extrae de toda la complejidad que constituye el fenómeno de la enfermedad (Mendes Gonçalves 1984). En la planificación, antes de presentarse al médico en la consulta hospitalaria ya hay un trabajo previo de recorte, algunos fenómenos de la enfermedad son filtrados por los planificadores. Con la planificación se define qué se transforma en los hospitales aún antes de la llegada de los pacientes.

En la planificación del CENDES el objeto tiene varias características. En primer lugar, esta definición es hecha por el mismo cuerpo médico, por medio de la epidemiología. Desde la planificación se espera que el conjunto de servicios transformen datos de morbilidad y mortalidad, a los que llaman daños. Se priorizan los daños, incluyendo unos y excluyendo otros, dependiendo de su magnitud, es decir, de la frecuencia de la morbilidad y mortalidad. Entre mayor morbilidad o mortalidad se asignarán más recursos al trabajo hospitalario para su transformación, y si es menor se asignarán menos o ninguno, con lo cual no podrán ser transformados o se dilatará su transformación.

En segundo lugar, el recorte también lo hacen a partir del criterio de vulnerabilidad, el cual se basa en el conocimiento y las tecnologías de la medicina clínica. La vulnerabilidad se vincula a la capacidad médica para erradicar de forma efectiva un daño. Entre mayor sea esa capacidad se priorizarán más que aquellos donde no exista. Esto implica que el objeto de la planificación, el daño, también incluye el objeto de la medicina clínica, la patología. El daño, por lo tanto, incluye dos planos distintos de la enfermedad, la morbilidad, propio de la epidemiología, y la patología, de la medicina clínica (Almeida Filho 2001).

La vulnerabilidad, la patología y las tecnologías clínicas son de gran importancia para la planificación pues se busca utilizar los recursos allí donde produzcan un mayor efecto. Hay una relación de compromiso entre la planificación y la medicina clínica, el trabajo médico produce cambios eficaces en las patologías, lo que legitima a la planificación y al Estado.

Finalmente, la trascendencia se refiere al impacto sobre la capacidad productiva de una comunidad a partir de un daño. Es decir, las morbilidades y patologías que se transforman en el trabajo hospitalario se priorizarán, tendrán más recursos, cuando se considera que afectan a individuos con una mayor potencialidad para producir. En la planificación y el capitalismo pesado el daño que afecte el trabajo es donde se centran todas las miradas del sistema.

Por otra parte, el encasillamiento de los daños, es decir, su clasificación con criterios poco flexibles pero necesario para administrarlos, se hace a partir de la clasificación patológica. Ese encasillamiento varía según cambia la medicina. Se hace fuera del hospital, de la planificación, lo realizan los investigadores clínicos. El objeto de trabajo hospitalario planificado se constituye a partir del conocimiento médico, la epidemiología y la patología; se encasilla a partir de los avances en las facultades de medicina, centros de investigación, del Complejo Médico Industrial.

Finalmente, el encasillamiento del objeto se plantea como necesidad haciéndola inobjetable. Se define la patología como una necesidad natural (Mendes Gonçalves 1984). Pero como señala Baudrillard, la necesidad es establecida por quienes van a transformarla, por los médicos y sus instituciones, mediante sus tecnologías y saberes prácticos (Baudrillard 1974). Es decir, ni el objeto de trabajo ni la necesidad es natural sino que son hechos culturales, pero que se presentan como naturales. Al naturalizarlos, justifican de manera inobjetable a quienes lo recortan y transforman, sus organizaciones y tecnologías. Además, les da un dominio sobre esa necesidad y sobre los necesitados y automáticamente legitiman su práctica y su posición social. De esta forma, apropiarse del recorte del objeto de trabajo es parte principalísima de la transformación del trabajo y del orden hospitalario.

Por su parte, el recorte del objeto de trabajo hospitalario de la modernización neoliberal continúa apoyándose en los conocimientos médicos, en la epidemiología. De esta última, considera especialmente los riesgos. El riesgo de enfermar o de morir, el riesgo de que una intervención clínica sea eficaz o no, son parte del objeto de trabajo.

En la Planificación normativa el conocimiento médico articulado por dispositivos disciplinarios, como la mirada o la celda disciplinaria, buscaba aproximarse a “lo natural” y lo hacía su justificación. El orden médico y el hospital trataban sobre la patología entendida como necesidad natural. Sin embargo, con la llegada del hospital modernizante neoliberal pareciera haber una transición histórica donde la patología y lo natural deja de ser la justificación del orden para asumir ese papel el riesgo de enfermar, que es medida e interpretada de igual forma que la probabilidad, y por tanto “lo normal”. No es la patología de un individuo la que justifica la intervención de un médico, sino es el comportamiento anormal de un riesgo de enfermarse en una población lo que justifica la intervención del *management*. El *management* no trabaja con personas sino con información de ellas, no se trata de una persona sino de una probabilidad específica -un riesgo calculado- de enfermarse, o de permanecer sano, entre miles de posibilidades. De la patología al riesgo y de su justificación en lo natural a lo normal.

La necesidad con la cual entra el paciente al hospital no solo es una patología sino la incertidumbre de lo que tiene, cómo puede transformarse y qué costos traerá para él o ella. El objeto modernizado neoliberal, la necesidad del cliente, entra al hospital no solo como entidad médica sino con un temor que se puede resolver en el mercado de seguros médicos, como vimos antes. Ese objeto, la necesidad constituida culturalmente, se construye como incertidumbre para hacer inobjetable el seguro médico. Más allá que sea cierto o no, el riesgo y la incertidumbre de la enfermedad, esta inobjetabilidad asegura un orden institucional específico.

Pero además, el recorte del objeto modernizado neoliberal está mediado por la eficacia en función de los costos. Es decir, para el *management* de salud el objeto de trabajo que debe entrar a los hospitales debe filtrarse por las probabilidades de enfermarse de las poblaciones y la eficiencia de las intervenciones clínicas.

Los encasillamientos del objeto modernizado, recortados por los riesgos y criterios de costo eficiencia, se agrupan haciendo paquetes de servicios, como los paquetes de los centros comerciales, que permiten hacer de la enfermedad mercancías intercambiables, transportables y circulantes en el mercado de salud. Así, el encasillamiento actual es más riguroso que el de la planificación normativa, definiéndose desde varios lugares, internos y externos al hospital. Este encasillamiento riguroso le permite circular más fácilmente en el mercado de salud, lo hace más comparable y por tanto, factible de comprar y vender, de promover la competencia, de hacer más eficiente el sistema.

En términos externos, los objetos que entran a los hospitales públicos estarán definidos por el tipo de población consumidora. Si la población es pobre, no consumidora, el Banco Mundial recomienda que deberían financiarse solo conjuntos de intervenciones efectivas en función de los costos. Si la población es rica, podrían pagar paquetes más amplios de servicios. En este sentido, el hospital crea las condiciones para transformar ciertos objetos y otros no dependiendo de la capacidad de consumo de su clientela.

Esto nos lleva al papel que tienen los articuladores. Al entenderse como compradores cautos, representantes de los consumidores, éstos definen qué contratar con cada prestador y por tanto definen los objetos de trabajo de cada hospital. En ambos casos, el objeto de trabajo que entra al hospital público se define por la eficiencia, por la aceleración que promueve el articulador, y no por la eficacia como en la planificación.

Además, los paradigmas modernizantes neoliberales buscan un encasillamiento más estricto del recorte, al promover el uso de protocolos y guías clínicas, y el uso de la Medicina Basada en la Evidencia, que pueden disminuir la variabilidad clínica y con ello el desvío de recursos y pérdida de tiempos. A través de estas tecnologías de gestión pueden controlar mejor el trabajo de diagnóstico de los médicos.

Finalmente, desde afuera del hospital se recorta el objeto a partir de las tecnologías de calidad. Las instituciones certificadoras o acreditadoras tienen la potestad para definir qué objetos pueden ser transformados por un hospital teniendo en cuenta si éste llena ciertos estándares mínimos. O pueden promover la transformación de ciertos objetos si les otorgan certificados a los servicios que los intervienen. Le enviaría una señal al *management* y los clientes de que ese servicio vale la pena ser consumido y por tanto se refuerza.

En términos internos, los objetos de trabajo hospitalario se definen por el *management*. Los gerentes deben definir estratégicamente cuáles objetos el hospital puede transformar y cuáles no, considerando la sostenibilidad financiera de la institución. Si los clientes del hospital, a quienes vende los servicios, sean consumidores o articuladores o el Estado, no compran un tipo de servicio, o no pagan lo suficiente, el *management* puede decidir usar esas instalaciones para transformar otro objeto más rentable. Por lo demás, al ser estratégico, el *management* debe considerar los objetos que transforman los demás prestadores, para decidir si vale la pena competir con ellos.

Mediante todos estos dispositivos los objetos de trabajo pueden circular más fácilmente en los mercados. El objeto modernizado neoliberal, más que la patología mirada por el médico, es información sobre riesgos, costos, paquetes, etc. que es leída por el *management*. Solo circula la información que se consume, solo circula lo que está bien encasillado en riesgos y costos.

Hay una apropiación del objeto hospitalario por el *management*, pues como vimos se define de manera creciente por tecnologías que siguen su lógica y cada vez menos desde el cuerpo médico. El objeto se despega del cuerpo del paciente, no es la patología, del trabajo médico y sus tecnologías en la clínica y se reacomoda como información que circula lejos del cliente y que es gestionada por el *management*.

Estos encasillamientos son por lo tanto flexibles. Los paquetes de servicios pueden variar por definición del Estado o por las condiciones del mercado, las certificaciones pueden variar y los hospitales luchan por mantener o adquirir nuevas, el *management* puede promover ciertas guías o protocolos internos y desatender otros, la medicina basada en la evidencia se mueve constantemente. No son los encasillamientos sólidos del mundo de la planificación sino que se modifican a velocidades cada vez mayores. Las tecnologías se articulan a los dispositivos circulantes de la seguridad-control.

3.3. Tecnologías y actos

3.3.1. Organizacionales: sólidos y jerárquicos vs flexibles y en redes

La gestión del hospital de la ideología modernizante neoliberal requiere su flexibilidad interna. Flexibilizar los aspectos financieros, los equipamientos, medicamentos e insumos, los recursos humanos. Evitar la rigidez de la planificación es el pilar de la gestión hospitalaria actual: “la cultura ... excesivamente legalista y autoritaria, lo cual consolida estructuras más rígidas y paralizan la capacidad de resolución, la creatividad, la innovación y la mejora continua, al tiempo que reduce la flexibilidad necesaria para establecer nexos con otras organizaciones de la red”(OPS 2001, p. 66).

La flexibilidad busca modificar el proceso de trabajo para incrementar la productividad: “La flexibilidad hace referencia a una modificación de las regulaciones existentes del funcionamiento de los procesos de producción, en este caso de servicios de salud, orientados principalmente al aumento de la productividad y la competencia”(OPS 2001, p. 70).

La justificación de la flexibilidad remite a la misma viabilidad y éxito del hospital, pues solo aquellos con capacidad de adaptación a un contexto cambiante, incierto y globalizado sobrevivirán y crecerán. Para ello, los discursos de la gestión modernizante neoliberal diferencian la cultura administrativa del pasado hospitalario, de la cultura empresarial de futuro. De una cultura administrativa basada en la desconfianza, lo estático, la irresponsabilidad, a otra empresarial de productividad, dinamismo, motivación, responsabilización y confianza entre las partes internas y externas. De una cultura administrativa vetusta, médica curativa, biomédica, hospitalaria, jerárquica, autoritaria, conformada por feudos, conformista, con poca capacidad de autocrítica, orientada por la oferta, donde pesan más los intereses gremiales, de los factores de producción y, por tanto, autosuficiente, certera, inmóvil; a otra modernizada, donde se busca racionalizar costos, mejorar continuamente la calidad, configurada en redes institucionales, abierta, plural, democrática, fluida, donde se procuran respuestas adaptadas no al médico sino a las necesidades y demandas de las personas y comunidades. Es decir, de hospitales sólidos y jerárquicos a otros flexibles y en red.

La flexibilidad de la organización, siguiendo los paradigmas neoliberales, se expresa en la planificación estratégica, la autonomización y descentralización del hospital, la centralidad del consumidor y la gestión de los recursos financieros y del talento humano.

La Planificación Estratégica del paradigma modernizador no se reduce al diseño de un plan y definición de metas sostenidos sobre el saber poder médico, como la Planificación Normativa, sino a la autonomía del *management* en la asignación de recursos, en la definición de las esferas de actividad, de los objetos de trabajo, de las tecnologías a usar, de los recursos financieros a emplear, de sus ritmos y flujos al interior del hospital. Es la definición del *management* de la reconfiguración del hospital en cada momento, el cambio constante, dependiendo de las señales del mercado.

Como lo señala la OPS, la planificación estratégica no es la previsión temporal, tampoco la jerarquización y la formalización. La planificación requiere un sentido temporal flexible, un control del mediano y largo plazo, pero sobretodo una gestión operativa de corto plazo. El BID propone una reducción del tiempo de planificación de 10 años a planificaciones bianuales o trianuales. La planificación estratégica no es negocia, no es vertical, autoritaria, jerárquica, sino que se elabora en común acuerdo con todos, se modula y por tanto cambia constantemente.

La planificación estratégica, es decir, la versión de la planificación de la ideología neoliberal modernizante, es seductora: “El éxito que puede obtenerse al seducir al cambio estriba en que la misión y visión propuestas sintonizan con la voluntad colectiva dentro y fuera de la organización”(OPS 2001, p. 167). Requiere del *management* capacidad de seducir para asegurar la transformación hospitalaria, y una de esas herramientas es el manejo que le da a la información sobre indicadores de mejora o de cambio, de costos y calidad.

La estrategia de un hospital recae más en la información sobre las tecnologías que se pueden flexibilizar que en las rígidas, más en lo que se puede circular, transformar, gestionar, modificar, subcontratar, desdoblar, dar nuevas funciones que en la infraestructura, las camas, las instalaciones. La gestión está más en las primeras que en las segundas. Más en la gestión de la información sobre el movimiento de dinero, de las disposiciones, conocimientos, poblaciones, recursos humanos, la calidad. El énfasis de la planificación estratégica radica en estas últimas para maximizar resultados, se aprovecha lo instalado para hacerlo más rápido más eficiente.

La flexibilización del hospital lleva a una estructura modular no jerárquica. La autonomización y descentralización del hospital debe continuar hasta cada uno de los servicios hospitalarios. Para la OPS cada servicio hospitalario debe constituirse en un centro de responsabilidad o costo y convertirse en una pequeña empresa con pequeños empresarios emprendedores. Los servicios y departamentos médicos del hospital público son ahora microempresas de un cluster. Estos centros de costos deben circular – aparecer, desaparecer, crecer, reducirse según la demanda-, competir entre ellos por recursos, gestionar sus recursos y su información, gestionar las disposiciones de sus trabajadores, gestionar a sus consumidores, tener su propio *management*. Las relaciones internas del hospital sufren una eclosión, donde el hospital transmuta en una configuración de pequeñas empresas, donde el *management* del centro se relaciona con el *management* de los servicios por relaciones de mercado, empleando la misma lógica, negociando la actividad esperable, y ajustando los incentivos y los elementos disuasorios necesarios.

Por otra parte, si el objeto de trabajo, la necesidad del cliente modernizado implica el riesgo, la incertidumbre, el miedo, el temor y su interés, deben existir tecnologías que la transformen. De allí todo el aparato técnico sobre satisfacción del usuario y la calidad percibida. Dentro del hospital se crean oficinas, se forma personal, se destinan recursos, se realizan encuestas, se ponen buzones de quejas, se hacen cursos, se sancionan trabajadores, para medir y gestionar esa satisfacción. El hospital debe ser flexible para responder al riesgo, al miedo y la incertidumbre de sus clientes. El hospital sigue a un consumidor temeroso.

Ahora, hablamos previamente sobre la flexibilización de las tecnologías de gestión financiera en el acápite de articulación y hablaremos de la gestión de la calidad en el siguiente. Por ahora abordemos la flexibilización de la administración de los recursos humanos y la gestión del talento humano.

El tránsito entre la administración de los recursos humanos y la gestión del talento humano reside en que la primera ajusta el personal a la norma, es disciplinaria; mientras la segunda pretende descubrir y desarrollar las potencialidades de los trabajadores, las deja circular en un movimiento centrífugo, siempre creciente, les promete la liberación de sus ataduras. Todo esto para aprovecharlo en la productividad.

La OPS señala que las personas no son recursos, sino que tienen recursos como conocimientos, talentos, competencias, valores, capacidades y experiencias, y el *management* al dejarlos circular, los gestiona.

Busca que los trabajadores no tengan que trabajar sino que quieran trabajar, que disfruten su trabajo. Siendo libres y felices harán más productivo el hospital.

Según los discursos neoliberales en los hospitales planificados la selección del personal estaba a cargo de los gremios profesionales al interior del hospital, plagados de intereses, corrupción, inercia, cultura médica; en cambio, en los modernizados se usan técnicas psicológicas, se definen perfiles, se buscan méritos, que se articulan a los intereses del *management*. Pero éstas se asumen como neutras y por tanto legítimas e inapelables.

Ahora, las potencialidades de los trabajadores son las que pueden ser aprovechadas por la productividad. Si las “circunstancias” del mercado lo exigen, el *management* debe contratar, despedir, cambiar, trabajadores y perfiles laborales. El *management* debe preguntarse si facilita la productividad reconvertir los trabajadores que tiene para adaptarse a los demandas cambiantes de la clientela o despedir y contratar una nueva plantilla ya ajustada. El consumo define el trabajo, los clientes a los médicos.

La gestión del talento humano es sobretodo una gestión de disposiciones, como el interés, las necesidades, el compromiso, la motivación, la iniciativa, la autorregulación, la responsabilización de los trabajadores. Disposiciones que son tenidas en cuenta cuando pueden ser aprovechadas para la productividad. Disposiciones que le permitan al trabajador sortear cualquier demora en la producción. De allí el término competencias de la OPS: “Conjunto de habilidades, capacidades, conocimientos, patrones de comportamiento y clases de actitud que definen un desempeño superior y resolutivo frente a determinado problema”(OPS 2001, p. 230). Los problemas de la producción no pueden ser resueltos por la norma, deben dejarse circular las disposiciones de los trabajadores, no atarlos al reglamento, sino liberar su creatividad. Pero una creatividad dirigida a la productividad, solo interesa la que sirve a la eficiencia. La creatividad se articula con la circulación.

Una creatividad siempre creciente si se libera a la competencia con otros, o consigo mismo. Lo importante es competir. El talento humano busca que el trabajador se supere a sí mismo o a los demás de manera permanente.

Para ello utiliza incentivos y disuasorios¹⁶ para acelerar la producción. Incentivos como sistemas de remuneraciones basados en las responsabilidades asumidas, el desempeño individual y la productividad.

De igual forma, la gestión de disposiciones realiza evaluaciones de desempeño, donde se busca la normalización de habilidades y conocimientos de los trabajadores: definiendo las normas técnicas y disposicionales que busca el hospital en función de la productividad, dándoselas a conocer previamente a los trabajadores, y permitiendo que los resultados sirvan como estímulo a los trabajadores para autoajustarse.

Por otra parte, para la OPS la gestión de disposiciones se puede desarrollar mediante el aprendizaje. Consideran que el recurso humano es un sistema abierto, como unos vasos vacíos, donde se introducen contenidos mentales que le permiten después actuar con su entorno con autonomía. De aquí se infiere que los “contenidos mentales” también se pueden empaquetar, encasillar, como cualquier objeto de trabajo(Lave 1991). La motivación, por ejemplo, se puede gestionar dándole al trabajador información

¹⁶Para la OPS el término incentivo se utiliza para denominar aquellas intervenciones que modulan la conducta del trabajador de la salud en el desempeño de su labor cotidiana. Como vimos la modulación influye, no es coercitiva, y busca la armonía, mediante la normalización, la gestión de disposiciones, la liberación de la circulación y la competencia.

sobre la trascendencia de su trabajo para la comunidad, la importancia del hospital en términos de calidad, su participación en las decisiones y definición de límites de sus actos de trabajo.

Pero además, el aprendizaje de la gestión del talento humano debe ser permanente, hacia el cambio continuo. Como el *management* requiere un cambio permanente de las instituciones más allá de cualquier otra consideración, no lo deben detener; igualmente las disposiciones deben mantenerse en movimiento y con ello las tecnologías del cambio.

Como en el hospital modernizado neoliberal algunos servicios o departamentos pueden estar subrogados o tercerizados, la gestión del talento humano se enfoca más claramente en estos casos, no en la relación laboral con los trabajadores subcontratados, sino en la gestión de sus disposiciones, de su compromiso con una institución con la cual no están contratados.

En el hospital modernizado neoliberal, el trabajo es valorado por la producción, no por el tiempo. Lo que se busca es eliminar el tiempo, básico en la planificación, no ampararse en él. Para ello se contraponen el “empleo vitalicio” al mérito. La extensión del tiempo, la conservación, implica poder, coerción. Una de las armas de los trabajadores del capitalismo pesado (Sennet 2008). En cambio, el mérito da esa impresión de esfuerzo individual, emprendimiento, igualdad, competencia y disponibilidad inmediata. Todas esas disposiciones del *management*. Al eliminar el tiempo, las condiciones laborales se disponen fragmentándolo cada vez más, pasando de contratos por jornada, a contratos por horas, por horarios variables, con horarios comprimidos.

3.3.2. *Tecnologías en el trabajo clínico y administrativo: Tareas e Instrumentos vs Estándares y gestión clínica*

En la Planificación las tecnologías duras -equipamientos, fármacos e insumos- se encasillan mediante la instrumentalización, es decir, la combinación de recursos de conformidad con ciertas normas. El instrumento por un lado, es convertible en indicador escogiéndose el recurso menos divisible de toda la combinación de recursos, por ejemplo, la cama de hospitalización o el número de cirugías, que sirven como indicadores de toda la combinación de recursos que implica la hospitalización o las cirugías. Y el instrumento sirve como meta. Con el encasillamiento se construye la norma a la cual llegar, la meta, y ésta es sólida.

Por otro lado, la instrumentalización es otra tarea del programador para buscar la eficacia y la eficiencia. El programador tiene la potestad, desde su oficina, para definir las múltiples combinaciones de recursos que tiene un hospital público, para que racionalmente el trabajo hospitalario sea eficaz y eficiente. El instrumento puede ser vigilado, descompuesto en cada una de sus partes, hasta donde el programador considere necesario y no sea excesivamente costoso.

Las tecnologías duras en la Planificación no se pueden cambiar con facilidad, son muy restrictivas, no pueden reasignarse a diferentes tareas. Por ello, la programación debe trabajar sobre el futuro, pues una vez adquirida la tecnología solo podrá desempeñar una sola función y ésta tendrá relacionada costos e ingresos financieros, eficacia, etc. Así, las tecnologías duras restrictivas requieren de una planeación de largo aliento. La solidez de los instrumentos perdura en el tiempo, están hechos y pensados para tiempos prolongados.

Por su parte, cada acto de trabajo se amarra con las tecnologías encasilladas, encasillándose. Toda tecnología trae consigo la forma como se usa. Este amarre el CENDES lo llama tarea: “toda acción o

conjunto de acciones que se realizan en sucesión cronológica, para lograr un objetivo de salud definible y medible.... Cada tarea es realizada por un instrumento...” (Ahumada, Arreaza et al. 1965, p. 30).

Importante subrayar que desde la planificación debe controlarse todo acto de trabajo, cada paso que se da, su temporalidad, su relacionamiento óptimo con otros actos y otros trabajadores, su encadenamiento, y por tanto, los tiempos y movimientos de todos los trabajadores del hospital. En la planificación todo acto de trabajo y cada instrumento debe ser controlado para hacerlo útil. Como señalamos esa continuidad en la vigilancia la hace el médico mediante su mirada disciplinaria, no mediante la administración.

Ahora, en la instrumentalización de tecnologías y de actos la planificación del CENDES proponía dos alternativas: por investigación o por estimación. Bajo la investigación experimental se permitía definir las normas que representan la máxima eficiencia. Mientras que con la estimación se podía obtener por consenso de opiniones autorizadas o por análisis de valores observados en un país o en varios países. Reconocer la experiencia y las disposiciones de las opiniones autorizadas, implicaba reconocer a los médicos en su trabajo cotidiano, en el hospital, en su experiencia, su saber hacer, más allá de la rigurosidad del método científico y alejados de las comunidades científicas. Era la puerta de entrada en la planificación del reconocimiento de los saberes y prácticas médicas, del orden social que producían, de la inclusión y uso de los dispositivos de disciplina médica, de la mirada médica, para la planificación, para la organización del hospital como institución racional. A su vez, de los huecos, debilidades, faltas, que mantenía la administración sanitaria como conjunto de saberes y prácticas racionales sobre el trabajo médico para controlarlo. En consecuencia, permitía la autonomía médica, el control de los actos médicos por sus propios pares, del trabajo por los propios trabajadores. Fortalecía el cuerpo médico como unidad, como cabeza de la jerarquía hospitalaria, la subordinación del cuerpo directivo a sus miradas y decisiones, de los otros trabajadores como apoyo y una relación estrecha, sin intermediarios con el paciente como individuo, a quien individualiza.

La administración hospitalaria ejercía un control suave del cuerpo médico y de su trabajo, mientras ejercía un control fuerte de la enfermería y demás trabajos hospitalarios, bajo la disciplina tayloriana. El control del trabajo y los costos, eran suaves con los médicos y fuertes con los demás trabajos dominados.

Por su parte, en los paradigmas modernizantes neoliberales se entiende al hospital como una institución que emplea muchos profesionales que producen, aplican, preservan, comunican conocimiento. Por tanto, sus gestores se enfrentan a diario con el desafío de articular autoridad y conocimiento. En este sentido, los textos señalan técnicas del *management* para controlar el trabajo médico como la calidad y la gestión clínica -el *clinical management*, *case-mix management*, o *resource management*-, los cuales comparten algún sistema de encasillamiento, aquí llamado estandarización, de los problemas de salud de los pacientes que ingresan en un hospital asociado con los recursos que se deben emplear en su atención. La gestión clínica y las tecnologías de la calidad son esa pretensión del *management* por rearticular, refuncionalizar, la lógica administrativa, política -entendida como modulación- y la clínica, bajo su dominio y sus dispositivos de poder.

En el hospital de la modernización neoliberal encontramos estándares no instrumentos o tareas para controlar las tecnologías y los actos. El término instrumento remite a una cosa sólida, hecha de varias piezas, que se usa con un fin útil, para doblegar la naturaleza. Además, se encuentra muy cercano al acto de instruir, que remite a penetrar algo sólido. Las tareas, los actos del trabajo, se instruyen. En cambio, el término estándar tiene otro sentido. Tiene un origen inglés: *standard*, el cual remite a la lanza del rey del medioevo que no debía caer en las manos del enemigo en una batalla. Compuesto por

stand -pararse- y hard -fuerte, firme-, su significado se extendió a autoridad, modelo, norma o patrón. La idea es que si se quiere demostrar autoridad sobre un territorio se tiene que mostrar standard. También si el territorio del otro representa un territorio más grande que el mío, quiere decir que el otro tiene mejor standard. Standard remitiría a comparar, a demostrar al otro. El estándar no está hecho para hacer algo útil, como el instrumento, sino tiene un uso especialmente simbólico, de status, de comparación, es información. El estándar no es solo una cosa, es inmediatamente información que evoca a la acción. Mientras el instrumento es un medio para el trabajo, el estándar es información para la competencia, batalla, mercado, consumo, acción, velocidad. El estándar se articula a la información, a la circulación, a la supuesta armonía.

A partir de esta idea de estándar se constituyen las tecnologías de calidad como la habilitación, acreditación, certificación, seguridad del paciente. También los protocolos y guías de práctica clínica. Mediante unos y otros se encasillan tanto las tecnologías duras, como los saberes y los actos de trabajo hospitalario, para hacerlos información y con ella venderlos, comprarlos y competir. La calidad es información sobre las estructuras, los procesos y los resultados del trabajo, para competir en el mercado.

La diferencia con el encasillamiento de la planificación es que ésta se realiza desde la lógica del *management* no de la lógica médica, por instituciones especializadas no médicas. Si el encasillamiento en la planificación se hacía desde las facultades de medicina, centros de investigación, en general desde las instituciones del Complejo Médico industrial, el encasillamiento de la modernización neoliberal sigue apoyándose en estas instituciones pero como lo señalamos antes ahora refuncionalizado por el *management* y sus instituciones, convirtiéndolas en información para el mercado.

La OPS (2001) entiende la calidad como hacer lo correcto de manera correcta, de inmediato. Con la calidad el encasillamiento requiere recortar, reducir tiempos, un estándar tiene implícito el tiempo, la oportunidad para adelantarse a la competencia. El giro cama se convierte en información clave del trabajo hospitalario y de la competencia en el mercado de la salud. La institución que informe una mayor rotación de pacientes en el menor tiempo está haciendo el trabajo bien.

Con la calidad se busca también reducir la influencia del espacio lo mínimo posible en la productividad. La estandarización permite controlar la circulación dentro del hospital de equipamientos, fármacos e insumos, la calendarización de compras, la reserva en almacenes, la diversidad de recursos. Por lo tanto, la estandarización agiliza el movimiento de las tecnologías duras, hace más eficiente el espacio, lo hace menos costoso, y a la vez reduce el tiempo de esas tecnologías en el hospital y por tanto del capital en la producción. Técnicas como el *Just in time* pueden realizarse bajo la estandarización, la búsqueda de un nulo o bajo stock de equipamientos, fármacos e insumos. De plano el espacio del hospital se puede suprimir, mediante modelos de atención donde se busca la menor permanencia del paciente en la cama hospitalaria y devolverlo a su hogar, tipo hospital día u hospitalización domiciliaria.

Tanto la reducción del tiempo como del espacio en el hospital se justifica con enunciados epidemiológicos sobre calidad: "Las razones de esta nueva política hospitalaria no son únicamente financieras: se trata igualmente de reducir los riesgos sanitarios en materia de infecciones intrahospitalarias y de responder de manera más eficiente a las necesidades de salud, mejorando la calidad de la atención"(OPS 2001, p. 192). La calidad es la contracara de la gestión financiera, es la técnica que enmascara el dispositivo de poder, para aumentar la productividad, y el aceleramiento de la rotación del capital por el hospital.

Se pueden distinguir dos niveles de tecnologías de calidad. En un nivel se encuentra el control de la calidad y la gestión de la calidad, donde el primero busca la conformidad de un producto o servicio con el encaillamiento, con las normas establecidas. Según la OPS, el método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito (OPS 2001). Este método se resume en la espiral de Deming -planificar-hacer-controlar-actuar-. Ese control se hace por medio de indicadores de calidad, por nueva información.

En la modernización neoliberal la mínima distancia entre la norma, el estándar, y la realidad, penalizada en la planificación, generalmente no se castiga, sino que se acepta, da la posibilidad de moverse entre márgenes de error más amplios, tiene mayor tolerancia, los deja circular. Para crear e innovar, para que la aceleración de la productividad sea constante, el error es una oportunidad para aprender. En el control de la calidad más bien se fijan umbrales de normalidad, y lo que se salga de allí es llevado de nuevo al medio. Esto a través de gestionar disposiciones: educación y comunicación, de seducir.

La gestión de la calidad es todo el proceso de institucionalización de la calidad al interior del hospital, mediante la creación de oficinas de calidad, *management* especializado, construcción de discursos, búsqueda de aceptación entre el cuerpo médico, etc.

El segundo nivel es el de la garantía de la calidad, con la cual se busca la confianza en la obtención de la calidad. Aquí se busca demostrar mediante títulos, que funcionan como información, que se respeta lo encaillado y organizarlo mediante un control externo -fiscalización, certificación, acreditación, etiquetado-. Deben estar ambos niveles siempre, pero sobretodo este último, pues esa información es la que sirve para la competencia en el mercado de la salud.

La garantía de la calidad, el control de la calidad y la gestión clínica requieren de circulación de información seductora. Requiere que los participantes del mercado conozcan indicadores sobre la calidad técnica y percibida de la institución. La primera, sobre condiciones objetivas del hospital, sus tecnologías y conocimientos de los trabajadores. Mientras las demás, más sobre disposiciones, sobre la satisfacción de los usuarios y la institucionalización de la calidad en el hospital. Toda esta información se pone a circular para que los participantes, del mercado de salud o del mercado intrahospitalario, tomen decisiones racionales, se comprometan con la institución, se impliquen con el trabajo.

La OPS justifica la gestión clínica y su estandarización de tecnologías y actos sobre la base de pruebas científicas disponibles, para contrarrestar las presiones del CMI, para reducir la variabilidad clínica, para relacionar el uso de tecnologías con su impacto social (OPS 2001). Con la estandarización, se controla el interés de médicos, gremios, industrias, en pro de la sociedad en su conjunto. Inapalable.

3.4. Producción de Sujetos y el orden hospitalario

Las estrategias a partir de las cuales se estructuraron los discursos de la modernización neoliberal, giraron en torno al contraste entre ellos y nosotros. A través del contraste no solo justifican la transformación en la producción de servicios sino de cierto tipo de sujetos que se ajusten a ese nuevo tipo de producción. Los paradigmas, sus dispositivos, estrategias discursivas y sus sujeciones buscan asegurar la transformación del orden social hospitalario. Estos discursos son la puesta en marcha de la ideología hegemónica dominante.

Primero, los discursos de la modernización neoliberal se construyen sobre un contraste entre Nosotros, a los que valoran positivamente, y Ellos a los que asignan valoraciones negativas. Usan una forma lineal de ver la historia y sobre la teoría del progreso continuo para argumentar ese contraste. En los tres

documentos se asume que el desarrollo es lineal y creciente, dividiéndolo en dos épocas claramente definidas: un pasado ligado al Estado de Bienestar, al autoritarismo, a la planificación centralizada de la salud y su segregación, a direcciones hospitalarias y planificadores entendidos como burócratas racionales pero con fuertes limitaciones de información, a la salud medicalizada, al control déspota de los médicos, a hospitales jerarquizados y a individuos sumisos, pacientes. En cambio el futuro es el del Estado modulador, del mercado y el *management*, todos ellos seductores, influyentes, cercanos a la gente, a los clientes, integradores, basados en la ciencia, emprendedores, de trabajadores hospitalarios responsables y técnicos, de los consumidores libres y activos.

Una vez distinguidos los momentos históricos en el discurso, la contrastación se refuerza estableciendo configuraciones de relaciones entre palabras. Así, cuando estos discursos trataban sobre la planificación siempre se estaba acompañado de términos como viejo, pobre, subdesarrollado, médico-salubrista, el hospital y su administración, desigualdad, autoritarismo-coerción, pasividad, Estado, burocracia, no calidad, segregación, privilegios, discrecional. En contraste las propuestas neoliberales se relacionaban con lo Emergente, lo nuevo, rico, desarrollado, gerencia del sistema, relaciones y reglas del sistema, competencia, libertad, igualdad, democracia, acción, demanda de los consumidores, calidad, disfrute, pluralidad, diversidad de propietarios, diversidad de intereses, integración, esencial. Cuando lo pasado emergía en el discurso los términos de la modernización no aparecían y viceversa. En ciertos pasos de los textos los términos podían casi que ser intercambiables, por ejemplo, términos como Estado o burocracia se asimilaban a corrupción y mercado a libertad.

En los discursos se establecía que ese pasado correspondía a las propuestas donde no primaba el mercado, era elaborado por “Ellos”, que estaban interesados en continuar con los beneficios y privilegios egoístas del sistema. Mientras que a “Nosotros”, los que escribían los documentos neoliberales, los motivaba la solidaridad, la integración, la libertad, los pobres, la equidad. Ellos eran los pacientes, el cuerpo médico, las direcciones hospitalarias, Nosotros eran los clientes, los médicos técnicos operarios y el *management*.

Segundo, en los discursos se argumenta que la propuesta de Ellos pudo funcionar en el contexto de mediados del siglo XX, pero que en los actuales momentos era impensable. El actual es un mundo de encrucijadas, complejo, interrelacionado, sistémico, lleno de incertidumbres, el de la Globalización, donde no podrían funcionar el sistema de salud y ni los hospitales del pasado: “Este debate no gravita tanto en torno a alcanzar o prescindir del Estado de Bienestar... sino en torno a si el Estado de Bienestar moderno es coherente con lo sustantivo de la modernización del Estado, esto es sus límites y formas de actuación en el nuevo contexto de la globalización y democratización económica, social y política” (OPS 2001, p. 26).

Tercero, en los discursos modernizadores se señala que debido a estos cambios en los momentos históricos es indispensable la transformación de los hospitales y de los sujetos hospitalarios. Pero también debido a los resultados de los sistemas de salud y hospitales pasados. Para ello los textos tienen una serie de datos objetivos sobre la baja calidad, coberturas deficientes, ineficiencia, etc. de los sistemas del pasado que justificaban su cambio. Además, se argumenta que el cambio en todos los hospitales públicos es forzoso porque ya otros lo están haciendo. El cambio, la innovación, lo nuevo es por lo tanto una obligación permanente: “El status quo Imposible. Esta expresión... traduce la situación actual del sector salud y los hospitales: la urgencia y envergadura de los cambios que se han de propiciar es tal que resulta imposible permanecer inmóvil”(OPS 2001, p. 74). Era impensable mantener los mismos sujetos de la planificación, el status quo imposible obligaba a transformarlos.

Como vemos, los textos neoliberales usan una serie de estrategias discursivas para diferenciar y constituir los Ellos y los Nosotros. De igual forma, los dispositivos de los paradigmas de la Planificación Normativa y su lentitud, coerción, disciplina, panoptismo, como los de la Modernización Neoliberal y sus dispositivos acelerados, de circulación, competencia, autorresponsabilización, sinopsis, equilibrio, normalización, constituyen sujetos.

Como lo hemos venido señalando la gestión de la información sobre aspectos de las personas, de las cosas y las situaciones del sistema de salud, es decir, la gestión de su producción, circulación y consumo en aumento y aceleramiento, busca incrementar la velocidad de la rotación del capital por la producción de servicios de salud al alimentar a los agentes en competencia del mercado sanitario y llevarlos a la armonía espontánea. Así se expresa el dispositivo de la seguridad control en los discursos del paradigma modernizante neoliberal. El equilibrio en el sistema de salud se obtiene si se le hace caso a la información, sobretudo a la información del mercado. Si el mercado “informa que hay que reducir personal, cambiarlo, atender tales riesgos y no otros, pensar distinto, ser emprendedor, actuar diferente, sonreír, etcétera, entonces el *management* influirá, seducirá a todos, trabajadores y clientes, en la nueva dirección, en la nueva disposición. De lo anterior tendríamos que el sujeto de la reestructuración hospitalaria neoliberal es un sujeto de la información. Y que un sujeto legítimo es quien sea capaz de mostrar su sujeción al estándar pues el estándar está cambiando de acuerdo con la información válida y neutral de la realidad que recoge el *management*.

Las estrategias discursivas y la gestión de la información sujetan de una forma particular a los participantes del trabajo hospitalario, como Ellos o como Nosotros, como el pasado o el futuro, como la rigidez o el cambio, como el fracaso o el éxito, como Directivos o como *Management*, como Médicos y enfermeras o como operadores técnicos, como Pacientes o como Consumidores.

3.4.1. De pacientes trabajadores a consumidores en potencia

La Planificación Normativa se dirige a la población trabajadora. La distinción de los individuos del capitalismo pesado radicaba en si eran trabajadores o no. Se hacían sujetos por su relación con el trabajo. Un sujeto trabajador se constituía a partir de su vinculación laboral con una empresa, de todos los beneficios que podía obtener, no solo en términos de ingreso, sino especialmente sociales, culturales y políticos. El individuo se constituía como sujeto a través de su trabajo, de la institución en la que trabajaba y de todos los mundos sociales a los que podía acceder gracias a ello. Los sistemas de salud ayudaban de varias maneras, desde dividiendo las instituciones por subsistemas según la relación laboral de los pacientes, hasta creando símbolos de la seguridad social haciendo referencia a la fuerza de trabajo, como el Seguro Social de El Salvador. Los sistemas de salud ayudaban a crear el sujeto trabajador. Era interpelado y él correspondía con esa sujeción.

En la planificación el trabajador y su trabajo eran centrales. Se priorizaban los daños de morbilidad y mortalidad que podían afectar más a la capacidad productiva de una comunidad. El objetivo de un servicio de salud era aumentar el número de años de capacidad potencial productiva de una comunidad -ACP-. De esta forma, la población se relacionaba con el trabajo y se fijaba con el espacio geográfico donde trabajaba, con un territorio. El sistema de salud y el trabajador se arraigaban a un territorio. El territorio donde trabajaba lo aquietaba, lo determinaba, lo sujetaba. El paradigma de la planificación sanitaria, y su división territorial, ayudaba a constituir a un trabajador sujetado a su trabajo, a la institución donde laboraba y al territorio. El dispositivo disciplinario con su mirada médica y su vigilancia continua sobre los cuerpos, en espacios y tiempos estrictamente segmentados y jerarquizados, interpelaba a la persona como objeto de vigilancia, perteneciente a un territorio y a una fábrica donde debía ser útil, dócil y producir y a un hospital donde debía ser dócil para ser atendido y controlado por

su médico vigilante. Así, las disposiciones del pobre de la planificación giraban alrededor del trabajo, de toda una ética del trabajo, de la postergación de las satisfacciones, de la identidad creada a partir del trabajo, del compromiso con la empresa y con su empleador, etc.

Por el contrario, en los discursos de la modernización hospitalaria a quienes van dirigidos los servicios son los miembros de la población consumidora. Sus dispositivos de poder giran en torno a la gestión de la información y por tanto interpelan a las personas usuarias de los servicios como productores, circuladores o consumidores de información. Las disposiciones de la modernización neoliberal giran en torno al consumo, su rapidez, su desarraigo a las empresas y el territorio. Los individuos pobres deben ser transformados, sujetados de otra manera.

La división de la población en estos discursos y en los sistemas de salud, es entre quienes ya son consumidores y los consumidores en potencia. A los primeros llaman ricos y a los segundos pobres. No son los mismos pobres que atendía el hospital público de la planificación, definidos así por no tener trabajo. Son pobres porque no son consumidores. El discurso señala que el pobre lo es por no tener ingresos, dinero para consumir. Pero no solo es cuestión de ingresos, es toda una clasificación de múltiples disposiciones: el pobre es paciente, sometido, siervo, disciplinado, acepta la desigualdad, del pasado, del subdesarrollo, egoísta, ignorante, busca privilegios sin méritos. Mientras el rico es cliente, activo, móvil, ciudadano, es igual, del futuro, del desarrollo, solidario, autoresponsable, culto, adepto a la meritocracia y para todo ello debe estar informado. El paradigma pretende interpelar a los individuos a través de estas clasificaciones de disposiciones que gravitan sobre la información, poniendo como positivo el hacerse rico, que es lo mismo que hacerse un consumidor informado. En este sentido consumidor informado podría ser una tautología. Más que aumentar sus ingresos, estos discursos buscan cambiar la mentalidad del pobre a través de la información, constituyéndole disposiciones para producirla, circularla, consumirla de manera eficiente.

Por otra parte, los discursos asumen que los pobres no son individuos sino poblaciones. Los consumidores a constituir se consideran población, no son individuos. La gestión eficiente de los pobres no se hace sobre cada individuo concreto sino a partir de información sobre grupos enteros, de “pooles” de consumidores. La gestión de los pobres no es pues la caridad cristiana que el pastor ejercía sobre cada oveja particular sino se trabaja sobre cifras de grupos enteros del rebaño. Más eficiente agruparlos y después solo controlar individualmente a quienes la información señala como desviados. Para ello la focalización de los pobres.

La focalización sirve para identificar, vigilar y constituir a los pobres, de manera neutra. Son mecanismos técnicos y científicos, basados en criterios como el gasto por familia, es decir, por consumo, para establecer si son o no pobres. Después con esos criterios se cuantifican y se clasifican a los individuos a partir de escalas numéricas. Con la focalización se busca interpelarlos con información cuantificable, objetiva de consumo, y que ellos acepten esa sujeción como pobres por la información sobre su condición de no consumidores. A quienes interpela como pobres y lo aceptan se les otorga un subsidio para que salgan al mercado de seguros y compren como consumidores informados. Los pobres son consumidores en potencia hechos por información y que consumen información.

Una vez hechos consumidores deben romper con la relación directa y estable entre los médicos y el paciente, y establecen una nueva relación flexible como población consumidora de información gestionada por el *management*. La portabilidad de los subsidios, la libertad de elección de los aseguradores y prestadores, la segunda opinión, los derechos de los pacientes, todos estos basados en la circulación y consumo de información para tomar decisiones racionales, son técnicas para hacer de los pobres consumidores libres en el mercado y no sujetos a la vigilancia médica.

Por otra parte, el consumidor no se liga a un territorio, al contrario, es indispensable que eso no sea un impedimento para su circulación y su consumo. La superación de barreras geográficas, la portabilidad de los subsidios, las referencias entre hospitales reunidos en redes, son ejemplos de cómo en esta lógica se busca neutralizar el arraigo del consumidor al territorio. La liberación del consumidor del territorio lo sujeta a la consumatividad. El compromiso es entre articulador y consumidor, entre el management que gestiona el consumo mediante la gestión de la información y el cliente consumidor de esa información. El cliente debe consumir y procesar información sobre todos los prestadores con los que tiene contrato el articulador y a los que puede elegir, no necesariamente debe elegir el más cercano, sino el que la información indica como el de mayor calidad y mejor precio y que no depende de las limitaciones geográficas. Es su decisión si elige uno u otro, así se libera del espacio.

El consumidor debe ser autorresponsable de su salud y responsable de que sus actos de consumo no desestabilicen el sistema de salud y su financiamiento. Desde la inducción a la demanda de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta los modelos de atención donde se busca la menor permanencia del paciente en la cama hospitalaria y devolverlo a su hogar, tipo hospital día u hospitalización domiciliaria, se justifican en la responsabilidad que los clientes y sus familias tienen sobre su salud y cuidado. El consumidor para elegir sus hábitos saludables o sus acciones frente a la atención, debe estar informado de los riesgos en el que vive, de las opciones que provee el mundo del consumo y de los riesgos que conlleva sus actos de consumo. Su primera responsabilidad con él mismo y con la sociedad entera es estar informado. Además, muchas de estas tecnologías se facilitan gracias a la miniaturización e innovaciones en equipamientos que permiten su traslado a las casas.

Así, para la OPS, este rompimiento de la relación médico paciente y la autorresponsabilidad se justifica en el paso de una ética individual de la gestión hospitalaria, expresada en indicadores como la ocupación de cama y el caso individual de la relación médico paciente, de una ética médica, orientada a maximizar el bienestar individual de cada paciente determinada por el médico, único profesional que puede establecer la mezcla adecuada de procedimientos diagnóstico y terapéuticos; a una ética social, que se basa en información sobre costo efectividad de poblaciones, pues los recursos que se destinan a un paciente individual pueden beneficiar a más personas pobres, a más clientes deseosos por consumir. La ética individual se soporta en el caso concreto de una persona y su patología, mientras la ética social a las cifras de grupos poblacionales.

Por otra parte, el consumidor es temeroso del riesgo de enfermar y sus consecuencias para su vida y su bolsillo. La información sobre los riesgos a la salud es abrumadora, perfilando un deseo por el consumo de seguros. Y como la información señala que los riesgos de enfermar están en todos lados y en todo momento, la necesidad de consumir seguros es constante e inmediata. No puede postergarse la compra del seguro de salud, su satisfacción debe ser sin dilaciones en el tiempo.

Pero como la información sobre los riesgos y cómo gestionarlos es inmensa, el cliente no puede tomar decisiones racionales, debe delegarlas en alguien. Los discursos señalan que los individuos deben tener temor a sus propias decisiones, pueden ir en contravía de su salud. Eso sí, el consumidor tiene la libertad de elegir a quién delegar sus decisiones para enfrentar sus riesgos y temores, es decir, libre de delegar a los aseguradores su salud. Tiene una necesidad natural y una racionalidad de consumir seguros. El articulador interpela a la persona como cliente temeroso.

Hay una semejanza entre la información y Dios, del mismo modo que entre las aseguradoras y la Iglesia Católica. Plantea la Biblia que Dios es la fuente de todo bien, pero la relación con él es compleja: además de amarlo hay que temerle, porque la ira de Dios es la fuerza más terrible que ha existido. A ello, inclusive se menciona como “temor de Dios” en las múltiples sectas de la religión cristiana. Bueno, el

hecho es que a la información hay que amarla porque está detrás de todo movimiento productivo, médico, hospitalario, quirúrgico, etcétera. ¿Pero qué ocurre si el sujeto no sabe manejar información y toma malas decisiones? Entonces debe delegar la toma de decisiones a las instancias que saben hacerlo, al *management*, a los articuladores. Del mismo modo que a los seres humanos se les convenció, hace ya muchos siglos, de que no eran capaces de sostener su relación directa con Dios y por tanto debía seguir existiendo la Iglesia Católica (Durand 1999).

El consumidor tiene que informarse y tener capacidad de definir, a partir de esa información, la institución a quien le delega sus decisiones. Debe estar atento a los rankings, a las certificaciones y acreditaciones, de aseguradoras, de hospitales, de médicos. Además, debe evaluar directamente constantemente al hospital y los trabajadores que lo atienden. Debe estar valorando constantemente la atención a través del prisma del costo-efectividad y de la satisfacción de la hotelería hospitalaria. Esa es su competencia. Los clientes son obligados a consumir información y quejarse, es una de sus responsabilidades. Si no se informan y cometen errores, no eligen bien el articulador o el hospital o el médico, o no acusan, es su responsabilidad.

La sostenibilidad, la calidad, la eficiencia, la aceleración de la rotación del capital, el hospital empresarizado, el sistema de salud mercantilizado, el capitalismo liviano solo se asegura sujetando a los pobres como consumidores. Sintonizando las disposiciones de los pobres con las características de los dispositivos de los paradigmas modernizantes neoliberales, a consumir y producir información para el equilibrio espontáneo del mercado.

3.4.2. Directivos y planificadores vs management y gerentes

El orden social hospitalario de la modernización neoliberal pertenece al *management*. El *management* busca apropiarse del trabajo médico e intenta sujetar a los trabajadores hospitalarios y a los clientes como consumidores, a quienes les gestiona sus intereses, necesidades y satisfacciones, por medio de la información. Pero al mismo tiempo que gestionan el sistema, a los trabajadores y a los clientes, los administrativos son sujetados como *management*.

Las relaciones del *management* con el resto del sistema son distintas a las que establecía la dirección hospitalaria planificadora. En los discursos de los paradigmas de la modernización neoliberal, el *management* lo primero que hace es distanciarse de los planificadores, de la administración normativa. El contraste discursivo también funciona bien acá: hay una linealidad en el progreso de la dirección hospitalaria antigua y el *management* del futuro. El primero se configura a la par de términos como la “tradición burocrática latinoamericana”, fijado a su cargo, parte del cuerpo médico y por tanto comprometido con su causa y sus privilegios, lo que lleva a la exclusión, autoritarismo, verticalismo, a la incompetencia administrativa, autonomía irresponsable, privilegios, y a la corrupción.

En cambio el *management* tiene un punto de vista superior, observa alejado las organizaciones concretas, lejos de los factores de producción, de los trabajadores, del cuerpo médico y las relaciones entre ellos. Por lo tanto, neutro, democrático, pluralista, del futuro, de las sociedades desarrolladas.

El *management* debe tener toda una serie de disposiciones: Emprendimiento, interés, racionalidad costo beneficio, motivación, movilidad, actividad, serenidad, dinamismo, capacidad de comunicación, sensibilidad, perseverancia, estoico por tener un trabajo que no reconoce sus aportes a la sociedad, evita el sufrimiento de otros manejando bien su dinero, capacidad de negociar, etc.

Ese punto de vista superior implica que el *management* debe conocer todos los procesos que se den en su servicio. No al detalle de cada movimiento del trabajador como el planificador, pero sí tener

información suficiente que lo alerte sobre lo desviado, lo que no circule lo suficientemente rápido. Debe tener una visión sistémica de todos los procedimientos, tecnologías y sus costos.

Además, el *management* debe producir, circular, difundir y consumir información, de todos sus clientes internos y externos. Así, debe según el Banco Mundial (1993) controlar a los médicos y contrarrestar su tendencia con fines de lucro a recetar demasiados medicamentos y aconsejar pruebas de diagnóstico y procedimientos excesivos. Para ello debe tener información sobre las valoraciones, percepciones y apreciaciones de los médicos, enfermeros, pacientes, familiares, acompañantes, proveedores de bienes y servicios, así como toda la comunidad relacionada con el hospital.

Además, como no es autoritario, el management con toda esa información circulante debe intentar armonizar los intereses divergentes de los participantes, satisfacerlos como clientes. El *management* no coacciona, no se debe hacer cargo de todo, observar los cuerpos de todos. La mirada médica no le es necesaria. El *management* coordina, influye, armoniza, equilibra, escucha, deja participar, deja circular: “Un buen gerente en la actualidad es aquel que consigue que los demás hagan lo que corresponde y saben hacer, aquel que dirige y delega. ...que permitan el desarrollo de individuos de una organización, alentando su creatividad individual y de grupo con objeto de facilitar cumplimiento de los propósitos institucionales” (OPS 2001, p. 178). El *management* debe seducir para producir más.

El *management* seduce y para ser eficiente en su seducción tiene que identificar y gestionar a los líderes naturales, los que tienen más influencia en la organización. Este grupo debe convertirse en el garante público de la reforma y respaldar el proyecto de cambios. Estos líderes naturales pueden o no coincidir con las jefaturas intermedias, es decir, el *management* aunque mantiene las jerarquías del hospital debe ser hábil y seductor para no amarrarse a ellas o para normalizarlas, llevar los extremos al centro. Las normas no pueden parar la producción acelerada.

Para seducir el *management* estimula la competencia. La OPS señala que la tecnología de gestión más disruptiva en términos de talento humano es el desarrollo de sistemas de remuneraciones basados en el desempeño individual y la productividad. Gestionar información sobre los profesionales de manera estratégica, buscando la competencia entre ellos, rompe con la solidaridad que cohesiona el cuerpo médico.

El *management* seduce haciendo participar a los demás. En el esquema tradicional limitaba la representación a parte o todos los jefes o directores de los servicios clínicos o departamentos. En cambio ahora el management crea espacios para la participación del personal de enfermería y a otros profesionales sanitarios. En ellos mediante la comunicación, la gestión de información, el *management* puede convencerlos, influirlos, integrarlos a la corriente hegemónica, indicarles la inefabilidad de las cifras y la probabilística, comprometerlos con la institución y la sociedad y no con grupúsculos, implicarlos con la producción, con la circulación y el consumo de información.

Toda esa información compleja debe ser constante, fluida e inmediata, pues cambia en situaciones y contextos que siempre están en transformación. Le exige al *management* una recolección, sistematización y análisis constante de información. El *management* está atrapado en volúmenes crecientes de información circulante. Este ejercicio de seducción no puede ser discontinuo, su influencia y vigilancia debe permanecer en el tiempo debido a que las transformaciones del hospital llevan consigo inestabilidad e incertidumbre en las relaciones de poder del hospital y de los intereses de los participantes. Pero, la aplicación de la coerción sí puede y debe ser discontinua, solo en los casos extremos, cuando se salgan de la normal. Casos justificados. Solo ataja a lo desviado, los desequilibrios

financieros, las inversiones muy costosas, las atenciones con costos catastróficos, los médicos rebeldes, etc.

Mediante la seducción y la coerción el *management* gestiona las disposiciones de los trabajadores y clientes. Las necesidades, los intereses, los deseos, satisfacciones, motivaciones etc., que hemos abordado atrás, son gestados por el *management* para aumentar la productividad a través de la gestión de información:

“Por tanto, para motivarlos es conveniente disponer de incentivos económicos cada vez más flexibles, diversificados e individualizados, basados en resultados verificables y previamente pactados. ...la creación de puntos de encuentro -áreas de interés común- entre clínicos y gestores, que hagan converger efectividad clínica y calidad técnica -interés clínico- con la eficiencia administrativa y la racionalización de costos -interés del gestor-. Asimismo será necesario identificar áreas de interés compartido entre clínicos, gestores y políticos y convertir en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa a todos desarrollar, como la satisfacción de los usuarios -calidad percibida-, la relación costo beneficio de nuevas tecnologías o intervenciones -eficiencia económica- y la confianza y el apoyo social -sostenibilidad política y financiera-... Acaso ese sea el principal desafío para mejorar la gerencia hospitalaria orientada a la productividad social: saber y concertar con claridad hacia dónde se va y compartir también con claridad cuáles son las posibilidades y las limitaciones de la excelencia institucional” (OPS 2001).

El *management* debe ser cada vez más seductor, sus conocimientos no pueden limitarse a la administración, la clínica o la salud pública sino extenderse a la epidemiología, la economía, la ética, las ciencias sociales, la psicología, el marketing. El *management* es un área multidisciplinaria, móvil, trasciende las fronteras de las disciplinas que aún tenían dificultades para articularse en la planificación. Pero las usa de manera estratégica, cuando le permite mayor productividad. Debe combinar el raciocinio técnico-médico con el político y el administrativo.

“...equipos de gestión capacitados para solucionar problemas en contextos de creciente complejidad y apreciables dosis de incertidumbre...Se precisa de directivos más capacitados en el uso de enfoque probabilísticos y de contingencias que en el de modelos normativos o de certezas... capaz de conceptualizar y manejar las exigencias de los procesos de reforma en su triple dimensión de cambios en la organización del trabajo, cambios en las prácticas y en los papeles y cambios en la cultura institucional” (OPS 2001).

La seducción del *management* no es engaño. Debe usar sus disposiciones y la verdad científica y técnica para convencer a sus clientes. Entre más cercano a la verdad el impacto de la seducción es mayor.

El *management* debe ser responsable de los casos individuales, de la satisfacción de cada uno de sus clientes, de los costos, de las tecnologías, de los trabajadores. Para los discursos de la modernización neoliberal eso implica que también es responsable de toda la sociedad. Sobre el *management* recae la responsabilidad de la productividad hospitalaria, de su sostenibilidad. La OPS pregunta “¿cuál es la mejor dotación y combinación y el monto de los recursos necesarios para generar los productos que se esperan del hospital? La respuesta... determina el volumen, tipo y composición de los recursos... La respuesta sí compete a la gerencia hospitalaria y es ésta la que tiene que rendir cuentas de ellas”(OPS 2001).

El *management* debe hacerse responsable de decisiones con complejidades éticas importantes. Esos conflictos éticos se resuelven soportándose en la ética social con la que se compromete y no la ética individual del médico. Son más llevaderas con información neutra sobre poblaciones, epidemiología o

costo-eficacia, y no sobre individuos concretos, sus patologías y experiencias de enfermedad y el trabajo cotidiano de los médicos. Son más llevaderas si son las “circunstancias” las que lo exigen. Despedir, contratar, cambiar perfiles laborales, modificar, eliminar, promover servicios hospitalarios, negar, permitir atenciones a pacientes, son definidos desde la sociedad, desde el mercado, desde la clientela del hospital. Todos estos hablan a través de indicadores de productividad. El management solo los lee y decide por el bien de la sociedad, por la salud del mercado. No es autoritario, juega con las reglas de juego.

Asimismo, en el paradigma modernizador el *management* se define por su emprendimiento, por su capacidad de innovar. Por sortear las normas, usar la información, comunicar, negociar, buscar nuevas vías, nuevos usos del proceso de trabajo, nuevas combinaciones de objetos de trabajo, de tecnologías, de trabajadores, de clientes. Innovar en el hospital implica también innovar en sí mismo. Así como el hospital no se detiene, el *management* tampoco. Su capacidad de influencia transformadora de la conducción de una organización, debe reproducirse sobre sí mismo, reconvertirse constantemente. Un cambio permanente de sí mismo.

Para que el *management* funcione todas las instituciones deben estar lideradas por él, sean privadas, el Estado, articuladores o los hospitales públicos. El *management* debe ser observado, es un modelo a seguir. Su ética social, su responsabilidad, sus conocimientos múltiples, su trabajo no valorado entre los médicos, su seducción, su emprendimiento, lo hacen el referente positivo a seguir. El *management* legitima el modelo.

3.4.3. Del Cuerpo Médico a operadores técnicos y clientes internos

En los documentos sobre planificación cuando se habla de médicos se trata indistintamente a los individuos como al gremio. Están hablando de lo mismo. La efectividad de su trabajo radicaba en la cohesión como grupo, con una empresa común, con prácticas y ritos iguales, con disposiciones equivalentes. La autonomía médica residía en buena medida allí, la no intromisión de la administración o de otras profesiones en las decisiones fundamentales de su trabajo, sobre su objeto, sus tecnologías, eran posibles gracias a que funcionaban como uno. Se comportaban como un cuerpo médico íntegro.

Por otra parte, los paradigmas modernizantes neoliberales se estructuran discursivamente sobre una comparación entre pasado y futuro para construir sujetos. En el caso que nos ocupa ahora, los médicos de la planificación son generalmente vilipendiados: la cultura médica y su poder sería la causante de sistemas de salud y hospitales rígidos, obsoletos y verticales, de la concentración del dinero y las tecnologías en la punta de la jerarquía médica, de la inequidad, la ineficiencia.

El prestigio asociado con los médicos especialistas, sus intereses de gremio y el poder que les otorga a los médicos, sería el motivo para definir el curso de los servicios hospitalarios, que no coincidirán con los del conjunto de la red asistencial, ni tampoco con los de los clientes. La cultura médica estaría siempre viciada por intereses individuales o gremiales, la pretensión, el status, va en contra de los intereses de la población de consumidores, que acarrea costos injustificados y con resultados de calidad insuficientes.

Asimismo, para estos discursos la actual cultura médica tendría una actitud muy arraigada de desconfianza frente a la autoridad administrativa, “...a rumores, a conversaciones silentes que nunca se expresan abierta y formalmente...surge la resignación, el resentimiento y tantos otros sentimientos negativos”(OPS 2001, p 183).

Los médicos tendrían además comportamientos incorrectos, harían procedimientos innecesarios e incluso riesgosos, inducirían demandas inapropiadas. Tendrían una vieja concepción de medicina

individual, donde hay una asimetría en los flujos de información sumada a una fuerte asimetría de poder entre médicos, directivas y pacientes.

Además, la misma cultura médica, enfrascada en un requisito de permanente progreso de los profesionales, de reconocimiento por la pericia en el uso de nuevas tecnologías, deja a los médicos y a los establecimientos de salud en una situación de vulnerabilidad a la influencia de las industrias del CMI. Una cultura médica que a la vez que es irreverente con la administración es débil con las industrias de equipamientos, medicamentos e insumos.

Pero en estos discursos se hace una salvedad: esto sucede especialmente en los países en desarrollo, en Latinoamérica. Así, relacionan la cultura médica, el status, el prestigio, con el atraso, la pobreza, la ignorancia, el chisme, los privilegios autoritarios.

Estos discursos argumentan que la Salud Pública y los Determinantes de la Salud han cuestionado y puesto en duda a la medicina científica y a la importancia del hospital. Señalan que la concentración de recursos es inversamente proporcional a la contribución que el hospital -y de paso los médicos- aportan a la salud y al bienestar de la sociedad.

Para el paradigma neoliberal los médicos deben neutralizarse, debe transformarse en un operador técnico: "El médico no es más ese hombre solo que ejerce una práctica liberal en el marco de un coloquio singular con su paciente; se vuelve cada vez más un operador de equipo, que debe actualizar sus conocimientos regularmente y además enfrentar problemas económicos y financieros." (OPS 2001, p. 78). Es un operador, se proletariza, cruzado por información técnica médica y financiera.

Para ello, proponen debilitarlo, por ejemplo, impulsando políticas de financiamiento de capacitación para enfermeras, parteras, salubristas y administradores y al mismo tiempo limitando y eliminando las subvenciones a especialistas médicos.

Neutralizarlos con la competencia pero bajo su propia lógica: insertarlos en una competencia desenfrenada por actualizarse. La velocidad que ha tomado el hospital requiere transformar a los médicos para que se reinventen, rápida y constantemente. Se especialicen para poder usar los equipamientos y medicamentos eficientes que salen al mercado, para hacerlo mejor que el médico de al lado. La Reconversión profesional rompe con la solidaridad del cuerpo médico.

Médicos que hagan uso de las tecnologías de la información para hacer atenciones desde cualquier parte del hospital o hasta fuera del hospital, sin la presencia corpórea del paciente, sino solo frente a imágenes que fluyen por la red informática. Una medicina sin espacios. Pero también una medicina sin otros médicos al lado, sin contacto cara a cara con su par. Ya no importa quién hace el diagnóstico, la lectura de la resonancia, solo es un portador de conocimientos técnicos.

Otra forma de debilitarlos es mediante el trabajo en equipo. Allí se busca comprometer las aportaciones de todos los integrantes de las organizaciones con sus objetivos, es la integración médica en equipos de gestión multidisciplinarios, con otros no médicos. Eso significa que ni los objetivos hospitalarios ni sus medios son gobernados por médicos. También significa que la medicina es un conocimiento técnico muy limitado, a la clínica, mientras la gestión lo incluye y desborda. Para la OPS la gestión hospitalaria ha evolucionado hasta niveles de complejidad que impiden que la gestión clínica y la responsabilidad recaigan en personas con un perfil uniprofesional. Por eso consideran que sería más razonable que estas fueran asumidas por equipos multiprofesionales. Ello supone que el papel del médico cambie, pues dentro de equipos multidisciplinarios su participación será más paritaria y menos jerárquica que lo habitual. Su disposición disciplinaria, su vigilancia con sus pares, con los otros trabajadores y con los

pacientes estaría en entredicho. Él no sería el gran hermano, el vigilante sino haría parte de un equipo de vigilantes y sería vigilado.

Otras tecnologías que debilitan al cuerpo médico son las dirigidas a obligar al médico a la competencia por el cliente, y a liberar al consumidor de su poder. Entre ellas están la segunda opinión, la evaluación concurrente, la revisión de pares. Su justificación ética y científica no quita que lo debilita de manera importante.

Otra manera de doblegar a los médicos es obligarlos a participar en la recolección y sistematización de información abundante y circulante. A entramparse en el cruce de informaciones de todo tipo. Además, deben ajustarse a los cambios en los indicadores de gestión y en los formatos que se modifican desde las oficinas del management. Y se le suma que deben capacitarse para esa función.

Los discursos neoliberales buscan que el nuevo médico, ese operador técnico, tenga conciencia de los costos. Debe incorporar la integración de las dimensiones o perspectivas medico asistencial y administrativo financiera. Eso significa hacerse un poco management, para que entienda el discurso del *management* y lo obedezca.

Al igual que a los consumidores y al *management*, para la OPS los médicos deben incorporar una cultura de la responsabilidad y ejercerla en todos los niveles de la organización del hospital. Responsabilidad con los otros trabajadores, haciendo su trabajo de manera coordinada, sin retrasos, con los pacientes, haciendo su diagnóstico y tratamientos de acuerdo al MBE, con el *management*, siguiendo los protocolos, guías, prácticas de calidad, y con la sociedad, haciendo un uso eficiente de los recursos.

Además, los médicos deben fortalecer su compromiso con la institución, guardar un sentido compartido del objetivo de la institución. No importa si tiene vínculos laborales directos o no con la institución.

Los médicos se constituyen como clientes internos, es decir, que deben responder a la información sobre incentivos y disuasivos del mercado interno del hospital. Información sobre incentivos al desempeño que equilibren sus actos, que los hagan eficientes. Se buscan médicos que mejoren continuamente su desempeño con una alta capacidad resolutive. Médicos que no hagan perder el tiempo y el dinero del paciente, del hospital, de la sociedad.

El Médico debe dar confianza y sentido de pertenencia. Para implicarse con la institución se les da garantía de trabajo a largo plazo, algo que antes no era un incentivo, pues era obvio, ahora es un premio. Las garantías y derechos individuales especiales como subsidios a educación o apoyo a la familia son refuncionalizados para la producción.

Finalmente, según la OPS los médicos deben “usar un lenguaje claro y comprensible; reconocer oportuna y públicamente los resultados valiosos del trabajo profesional; admitir con franqueza los errores de gestión y corregirlos transformándolos en oportunidades de mejora; estimular la innovación técnica ligada al desempeño cotidiano, a la mejora del trato a los pacientes y familiares, y al fomento de las relaciones interpersonales; consultar previamente y diseminar luego los cambios de la misión, los objetivos, o los procedimientos generales de la institución; fomentar las habilidades necesarias para el correcto desempeño de las tareas y promoción profesional; disuadir de que los comportamientos incorrectos no reciban aprobación interna o externa, y sancionar, poco y eficazmente, buscando alternativas para el sancionado.”OPS01

3.5. Conclusiones

En este capítulo vimos que la ideología de la modernización neoliberal sigue ésta lógica: a partir de diferentes técnicas se busca poner a circular y competir el capital financiero, recursos físicos y humanos, disposiciones e información, lo que supuestamente conllevará la armonía del sistema. Sobre el capital financiero, las reestructuraciones tienen por objetivo la aceleración y crecimiento de su rotación en la producción de servicios hospitalarios. Crecimiento del flujo de capitales hacia el mercado de la salud convirtiendo a los pobres en consumidores en potencia, dándoles dinero para que consuman.

Las reestructuraciones también buscan el aumento de la velocidad de la circulación de los recursos físicos y humanos. Allí se busca establecer estrategias de flexibilización laboral donde los trabajadores se desprenden en términos de empleo del hospital y se ponen a circular velozmente en el mercado de salud. Igualmente los recursos físicos como equipamientos, medicamentos e insumos han entrado en un aumento de su circulación en la producción, cada vez salen al mercado nuevas mercancías de manera más rápida, como también el aceleramiento en su consumo al interior del hospital, pues se busca que la compra, almacenamiento y suministro a los clientes, sea ocupando el menor tiempo y espacio posibles.

Sin embargo, en el hospital modernizado neoliberal este control del aceleramiento debe hacerse de manera eficiente y no coercitiva. Debido a ello encontramos el aumento de la circulación de disposiciones e información. No es a través de la celda disciplinaria, de la vigilancia panóptica médica sobre los recursos o las personas o de la planificación normativa y coercitiva estatal sino mediante mecanismos de poder más suaves, es decir, de la gestión de las formas como *management*, trabajadores y clientes perciben, valoran y actúan “libre y autónomamente” en el mercado de la salud. Se busca un autocontrol, un autoajuste de las personas a las demandas del sistema y para ello se usan estrategias de gestión de información sobre incentivos, la competencia o el sinoptismo. Son la masa de personas las que en su libre albedrío se autocontrolan guiadas por la información sobre los incentivos económicos o de status, información sobre los “otros” para estimular el interés egoísta producido por la competencia, o información sobre los casos exitosos para motivar su admiración y emulación.

Cuando la información sobre los incentivos, la competencia y el sinoptismo se gestiona de forma adecuada desde el *management* la multiplicidad incontrolable de acciones individuales, por una suerte de magia, espontáneamente lleva al equilibrio, a la armonía del sistema sanitario, a la desaparición de los antagonismos sociales. Por lo tanto, no es necesario un Estado coercitivo, burocrático y penalizador, sino uno modulador, es decir, que gestione, regule, eficientemente las disposiciones mediante la producción, circulación y consumo de información. No que castigue por no cumplir la norma sino que gestione las disposiciones de las personas, que aprenda de la información sobre los errores. No que intervenga en las relaciones de oferta y demanda de la producción de la atención sino que se limite a regular la información sobre las fallas de mercado, gestionando disposiciones.

Como se ve la gestión de disposiciones se hace especialmente a través de la gestión de información. Para el hospital modernizado neoliberal gestionar los intereses, motivaciones, compromisos, del *management* hospitalario, de los trabajadores y de los clientes implica saber ubicar la información correcta en el momento y lugar correctos. Esto requiere, por un lado, un aumento en la producción y circulación de información sobre situaciones, cosas y personas del hospital y del mercado de la salud, y por otro, su análisis y gestión, por expertos. Como vimos, se pretende un incremento en la producción de información desde los servicios clínicos hasta las gerencias, que es abrumadora, y por otro, su circulación inmediata hacia el *management*. A continuación, el *management*, esté ubicado en el Estado, en los articuladores o en los hospitales, al consumir la información la analiza, clasifica, selecciona, y elige cuál pone nuevamente en circulación para gestionar las disposiciones de otros *management*,

trabajadores y clientes. El Estado, los articuladores y el management gestionan esa información y se hacen seductores.

El análisis del *management* de esa información generalmente es normalizador. Eso significa que la información recolectada consiste principalmente en cifras sobre la circulación de recursos, personas o situaciones, datos cuantitativos que los dispone en series, analizando los cambios entre periodos y definiendo los rangos de normalidad y anormalidad. No son datos sobre individuos, no son números, sino información sobre poblaciones, series, cifras. Actúa eficientemente cuando la información prende los focos rojos de la anormalidad y pone a circular nueva información para que aquello anormal se normalice, para gestionar las disposiciones de quienes están haciendo algo anormal y orientarlas a lo normal. Las cifras normales y anormales orientan la gestión de las maneras como trabajadores y clientes perciben, valoran y actúan sobre la producción de la atención hospitalaria.

Esto significa también que las disposiciones del *management*, de los trabajadores y clientes deben ser flexibles, preparadas para el cambio continuo y en el menor tiempo posible. Cuando las formas como las personas perciben, valoran o actúan son muy arraigadas no facilitan las transformaciones, y se señala que tienen miedo al cambio. Por lo tanto, deben constituirse disposiciones livianas, líquidas, que se amolden al instante a las nuevas demandas del mercado, a lo señalado por las cifras, a la normalización.

El sistema sujeta a las directivas, a los médicos y enfermeras y a los pacientes a la información haciéndolos *management*, operadores técnicos y clientes. Todos están abrumados por la información: el trabajo del *management* es la gestión de la producción, circulación y ubicación de la información en el sistema y en el hospital, los médicos y enfermeras deben leer la información proveniente del management y de las instituciones productoras de conocimiento científico y de las instituciones que ponen a circular esa información como las revistas o encuentros científicos de todo tipo, para identificar y actuar frente a los incentivos, la competencia y los casos exitosos, y los clientes deben elegir racionalmente en el mercado la mejor opción o quejarse, todo a partir de información.

Pero a pesar que la información permite moverse en el sistema, porque el sistema está hecho de información, también atemoriza, porque esta habla sobre riesgos financieros y morbilidades, y de las probabilidades de quedar pobres y enfermar, como también porque solo los expertos pueden leerla, ya que hay asimetrías de información, y que por lo tanto deben delegarse en otros las decisiones, la riqueza y la vida. Los articuladores cumplen aquí su papel, ante esa avalancha de información sobre riesgos y sobre las formas de enfrentarlos, mejor depositar en ellos las decisiones, convencer a los clientes que la libre decisión es delegar libremente quién toma la decisión sobre ellos y su vida. Son ellos quienes tienen más información y saben cómo administrarla, no la gente.

La información permite entonces tomar decisiones, y por lo tanto ser emprendedores. Se le exige al *management*, a los trabajadores y a los clientes que lo sean. Emprendedores para sortear cualquier obstáculo, frente a las trabas que son rígidas, tener capacidad de innovación, de inventar, de ultrapasar la solidez de la norma. O, como señalamos, tener información y emprendimiento para elegir a quién delegar. Un emprendedor es un sujeto informado.

Los discursos de la modernización neoliberal hospitalaria se articulan principalmente sobre dispositivos de seguridad-control, constituyendo al Estado modulador y seductor, articuladores que agilizan la circulación de dinero e información, objetos de trabajo hospitalario basados en la información sobre poblaciones recortados externamente y tecnologías duras y blandas duras estandarizadas que circulan en el mercado de la salud. Con ello producen sujetos que interpelados por la información, requieren ser flexibles, temerosos y emprendedores.

4. LA IDEOLOGÍA SOBRE LAS REESTRUCTURACIONES PRODUCTIVAS HOSPITALARIAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DE MÉXICO

Introducción

En este capítulo analizaremos las formas como se expresa el paradigma ideológico modernizante neoliberal en los discursos de las principales políticas públicas de salud en México. A modo de introducción recordaremos nuestro concepto de paradigma ideológico y los principales componentes del modernizante neoliberal en los discursos sobre la reestructuración productiva hospitalaria.

En primer lugar, entendemos la ideología como una configuración particular de paradigmas, subjetividades, rituales y prácticas, que aseguran la producción, reproducción y transformación del orden social, constituida de manera tal que oculta esta pretensión pragmática. En palabras de Žižek: “estamos dentro del espacio ideológico en sentido estricto desde el momento en que este contenido... es funcional respecto de alguna relación de dominación social -“poder”, “explotación”- de un modo no transparente: la lógica misma de la legitimación de la relación de dominación debe permanecer oculta para ser efectiva...” (Žižek 2003a, p. 15).

Como hemos señalado para esta investigación nos centraremos en los paradigmas ideológicos, dejando las subjetividades, rituales y prácticas para investigaciones posteriores. De esta forma entendemos los paradigmas ideológicos como las significaciones/construcciones de la realidad destinados a convencernos de su verdad y, sin embargo, están al servicio de algún interés inconfeso por mantener o reproducir ciertas relaciones de poder (Žižek 2003a). Mientras que los llamamos paradigmas sociales en tanto son teorías, convicciones, creencias o procedimientos argumentativos construidos y reconocidos por grupos sociales que, durante cierto tiempo, les proporcionan formas para aprehender el mundo y que entran en disputa con otras pertenecientes a otros grupos sociales para definir las que son universalmente aceptables en un orden social determinado. Es similar al concepto de Paradigma de Kuhn (1971), en tanto es un modelo de pensamiento a partir del cual se estructuran y derivan nociones aplicadas a un conjunto de situaciones, elementos y procesos diferentes, estructurándose con nociones científicas, técnicas y de representaciones sociales, que permiten caracterizar ese modelo, pero se distancia de aquel, al no corresponder estrictamente al campo del conocimiento científico.

En los capítulos dos y tres ahondamos sobre las principales características del paradigma ideológico de la modernización neoliberal en los documentos de las agencias multilaterales. Allí mostramos cómo se articulaban los componentes y técnicas del sistema de salud neoliberal alrededor del dispositivo de seguridad-control así: la naturaleza propia de los objetos de trabajo -riesgos sanitarios y financieros y patologías-, las tecnologías, saberes tecnológicos, los hospitales, las instituciones de salud, los clientes, trabajadores, *management* y las situaciones de la atención, circulan de manera libre y cada vez más amplia, donde su encuentro en la competencia produce un equilibrio espontáneo, llevando los extremos hacia lo normal. Producto de esta supuesta armonía los antagonismos sociales del campo de la salud y del hospital desaparecen. Por lo tanto, el poder se ejerce de manera preponderante a través de la seducción, es decir, la gestión de los temores y culpas de los clientes, trabajadores y *management* sobre los riesgos financieros y sanitarios de sus actos y disposiciones, para lo que se necesita una producción, circulación y consumo de volúmenes crecientes de información sobre esos riesgos. Se presume que los consumidores de la información sobre los riesgos, teniendo una racionalidad limitada -que se expresa en

el concepto de asimetrías de información-, serán autorresponsables y se autocontrolarán, eligiendo las prácticas y disposiciones normales para no sufrir las consecuencias de los riesgos.

Según esta ideología el fin último de los hospitales es el aumento de la productividad, pues la sociedad le ha entregado recursos escasos y como respuesta busca mejorar cada vez más su salud. Por ello en la reestructuración productiva las relaciones entre el hospital y las otras instituciones del sistema de salud, se requiere un Estado jibarizado que no obstruya dicha circulación, la competencia y el equilibrio espontáneo y que garantice y legitime la información producida y difundida sobre los riesgos, a sus productores y medios de difusión. También requiere un articulador que se presente como la protección ahistórica contra los riesgos, y gestione los temores y culpas de clientes, trabajadores y management hospitalarios, acelerando la circulación de dinero, de la producción de la atención hospitalaria y del consumo de seguros, compitiendo en el mercado de la salud. La justificación para realizar la reestructuración productiva se origina directamente del interés unificado de la sociedad, generalizando el interés del capital y constituyéndolo como inobjetable.

En esta ideología, para incrementar la productividad hospitalaria, la competencia, la armonía y la circulación veloz de dinero se requiere reestructurar el interior mismo del hospital mediante la articulación de los objetos, medios y actos de trabajo hospitalario al dispositivo de seguridad-control. Esto es posible a través del encasillamiento, utilizando técnicas como paquetes de servicios, la gestión de la calidad, las guías de práctica clínica y la Medicina Basada en la Evidencia -MBE-. En este mismo sentido, para incrementar aún más la competencia el encasillamiento se hace mediante la estandarización, es decir, se usa una serie de símbolos que pretenden significar distintos tipos de calidad de una institución y que sirven como diferenciadores entre mercancías en el mercado de salud. Asimismo, los trabajadores dejan de estar atados al hospital, circulan libremente en el mercado laboral de la salud. Se les definen reglas de juego laborales como el salario, la contratación, los incentivos o la evaluación del desempeño seduciéndolos a ser más productivos y creativos, gestionándoles sus miedos y temores sobre el riesgo del paro y del descenso en el trabajo y haciéndolos responsables de su suerte profesional. Para poder jugar en el mercado de la salud se debe traducir la complejidad del proceso de trabajo en cantidades y proporciones, y de éstos en sumas de dinero para así administrarlo. Finalmente, esta ideología requiere constituir discursivamente un hospital empresarizado, que como tal sea autónomo y flexible, que compita por la obtención de financiamiento, por los clientes, y que haga competir a los trabajadores internamente. Por ello un hospital debe ser flexible: cambiar con facilidad siguiendo al dinero y a sus portadores, los clientes, y modificar rápidamente al trabajo en su interior para satisfacerlos.

Esta ideología conforma una serie de sujeciones a los individuos que se encuentran en el hospital. De esta manera se constituye un *management* quien debe asumir que con un punto de vista superior y distante de la atención cotidiana puede apropiarse del proceso de trabajo y del trabajador hospitalario para gestionarlo, usando el encasillamiento y la estandarización, la flexibilización laboral y su manipulación de temores y culpas, con la traducción del proceso de trabajo en dinero y con su juego en el mercado sanitario. Los trabajadores deben sujetarse a ser operadores técnicos, seguir con las menores variaciones los encasillamientos de sus procesos de trabajo, sujetarse a las tecnologías y a los actos encasillados y al mismo encasillamiento, es decir, a la cultura de la calidad. Los clientes de estas empresas se sujetan a su creciente insatisfacción, deben exigir lo que se establece en los paquetes de servicios, siguiendo las estandarizaciones, y además demandar la calidez de los operadores técnicos.

Finalmente, todos ellos están sujetos en la producción, sistematización, análisis, circulación y consumo de Información sobre los riesgos de enfermarse, trabajar o gestionar en un sistema de salud y una sociedad plena de incertidumbre, sujetos a una sociedad que da total libertad de circulación pero

al mismo tiempo sujetos al autocontrol y autorresponsabilidad. Por ello quien maneja este tipo de dispositivo de poder, quien puede sujetar mejor a los individuos del hospital, es quien tiene el monopolio de la producción del conocimiento, de la información sobre los riesgos sanitarios, financieros, laborales, etc. y quien seduce a los otros sobre la responsabilidad de cada individuo sobre las consecuencias de sus actos libres, pero informados.

En el presente análisis de las políticas públicas mexicanas tomaremos el periodo posterior a la alternancia presidencial y la llegada de Julio Frenk a la Secretaría de Salud -SSA -, desde el 2000 hasta el año 2010. El análisis se realizó a partir de los siguientes documentos: el capítulo de Salud de los Planes de Desarrollo de la administración Fox y de la administración Calderón, los Programas Nacional de Salud de los correspondientes periodos y finalmente la Ley General de Salud.

El capítulo se divide en dos partes. Iniciaremos abordando el contexto político nacional y del campo de la salud donde indicamos cómo la configuración de relaciones de poder enmarcadas en el corporativismo, asume una “transición democrática” y una reestructuración productiva lenta y plagada de “convergencias”, sin sobresaltos. Por otra parte, señalamos cómo las comunidades científicas que ejercen la hegemonía ideológica, los neosalubristas, se fortalecen a partir de su relación con el Estado y el empresariado y su institucionalización en FUNSALUD y el INSP.

En la segunda parte entramos de lleno a la ideología de la reestructuración productiva. Al igual que en el anterior capítulo desarrollaremos la crítica ideológica en varios planos. Analizaremos las formas como los discursos articulan las tecnologías de ambos niveles de la reestructuración productiva -hacia el exterior e internamente al hospital- alrededor de los dispositivos de poder de seguridad-control y disciplinario. Además, analizaremos cómo este tipo de articulación a su vez interpela a los individuos participantes del contexto hospitalario para sujetarlos de manera específica al orden social del dispositivo de poder. Se analizará cómo los discursos sobre la verdad son producidos por quienes ejercen el poder, es decir, comunidades científicas instituidas en FUNSALUD y el INSP y estrechamente vinculadas con el prisma y panismo neoliberal y el empresariado, y cómo esto les provee un mayor poder para nuevamente producir la verdad. Asimismo, identificaremos las naturalizaciones y generalizaciones de los discursos. Haremos un análisis de cómo los significantes que hablan sobre la reestructuración productiva adquieren un sentido específico, una vez se fijan a uno o un conjunto de enunciados, como la información, Integración, libre escogencia o estándar, ocultando las relaciones de poder que definen esa articulación. Finalmente, analizaremos las proposiciones que tratan de demarcar un Nosotros y Ellos para anular al Otro y su historia.

4.1. Contexto Mexicano: Corporativismo y continuidad

4.1.1. Contexto Socio Político

Desde la revolución mexicana el Estado se caracterizó por el establecimiento de compromisos y la inclusión de las clases trabajadoras, las campesinas y los sindicatos. Además de una relación ambivalente con el empresariado, que dividido entre el Norte, el grupo Monterrey y los del centro, han tenido momentos de distanciamiento y otros de acercamiento con el Estado (Montesinos 2005). Así, el empresariado mantenía una posición de relativa marginalidad ante el entramado corporativo y ubicado en una posición de subordinación política respecto a la burocracia política priista. Pero actualmente, esta división del empresariado es menor, acogiendo en su mayoría la ideología neoliberal, posicionándola en medios de comunicación, constituyendo productores de discursos, intelectuales y líderes de opinión y con ello influyendo en la formación ideológica de los cuadros profesionistas que se

formaban en las universidades privadas. Además, el empresariado ha mantenido una relación más estrecha tanto con los gobiernos neoliberales del PRI como del PAN. Así, desde el giro neoliberal en los 90, parte importante del gran empresariado continuó o comenzó una nueva alianza con el PRI y con el PAN, pues vieron su participación en la política una excelente forma de consolidar sus negocios, y aumentar su influencia en la toma de decisiones gubernamentales.

Estos compromisos se articularon desde los años 40 con un presidencialismo autoritario, pieza central del sistema político. Según Crespo (2005) este presidencialismo subordinaba verticalmente los otros poderes del Estado, nombraba a dedo a su sucesor, no rendía cuentas y gozaba de plena impunidad, entre otras prerrogativas. Asimismo, el presidencialismo autoritario utilizaba como palanca fundamental del poder al PRI cuyo control recaía en el propio presidente, quien era considerado su jefe nato. De esta forma, el presidente hacía un ejercicio del poder mediante la articulación, desde la presidencia del Estado, del gobierno y del PRI, del entramado de relaciones de fuerza tejida entre sindicatos, empresarios y la burocracia estatal.

La creación del PRI aseguraba la imposición del orden mediante la institucionalización del compromiso y vinculación de las clases trabajadoras con la burocracia estatal y por el apoyo de un sector empresarial importante del centro del país, consolidado desde los años 30 por los beneficios del proyecto de Industrialización por Sustitución de Importaciones -ISI- del Estado mexicano y su política crediticia en la zona centro del país. También la legitimidad del orden presidido por la burocracia política del PRI descansaba en el apoyo de las clases trabajadoras y el apoyo de un importante sector empresarial. Así, el PRI se constituyó en un operador de una compleja red de intereses y lealtades corporativas, y estructurando a la élite política mexicana a partir de la cohesión y lealtad básica. Esto se liga a un ejercicio del poder basado en el no enfrentamiento o la pugna: “quien se enoja pierde” era la máxima de la política priista adoptada por todos quienes querían mantener o acceder a los cargos donde se ejerce el poder.

De esta forma, el PRI gobernó la federación ininterrumpidamente desde su fundación en 1929 convirtiéndose en el partido hegemónico y centralizado y haciendo su sistema político un sistema autoritario y semicompetitivo. Hasta los años 70 se instauró una reforma electoral que dio pie al crecimiento del pluripartidismo débil hasta entonces, consolidado con la reforma de 1996.

La creación y consolidación de los sindicatos de trabajadores era uno de los soportes claves de la burocracia estatal. Tenían y aún mantienen una función gubernamental de control social y de intercambio de favores con la cúpula del poder político y empresarial. En términos generales el régimen sindical mexicano es un caso típico de corporativismo estatal (Bensusán 2005), donde poco importa si dichas organizaciones seguían representando o no efectivamente los intereses de los trabajadores, si son mayorías ficticias o artificiales del movimiento trabajador o cuál es el origen partidario del presidente y de los liderazgos sindicales.

Con la crisis económica de 1982 y la nacionalización de la banca privada sobre endeudada, el conflicto empresarios-burocracia política se encontró en uno de sus puntos más candentes¹⁷. De la Madrid debía resolver tanto la crisis económica como el conflicto político, y por ello al final de ese mismo año devolvió a los privados la banca, recién nacionalizada por su antecesor pero ya saneada y comenzó una serie de privatizaciones y la apertura económica a los capitales extranjeros. Así se consolidó el giro del modelo

¹⁷ La crisis económica se puede resumir en los siguientes indicadores: una pérdida de alrededor 300 mil empleos, la disminución del salario mínimo en un 51%, ubicándose en uno de los más bajos del mundo, el crecimiento del PIB anual de 0,1% y en el sector salud una inversión constante desde 1980-87, es decir, una reducción real.

de desarrollo que finalmente se orientó con Salinas hacia el neoliberalismo. Con el salinismo la privatización tuvo su mayor impulso, y cerró en 1993 con la firma del Acuerdo de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá. Así, la tecnocracia comenzó a reemplazar a la burocracia política.

En el 2000 se presentó la primera alternancia presidencial, la profunda crisis de violencia y las necesidades sociales fueron canalizadas en la campaña electoral de Fox mediante una idea: la necesidad de cambio. Dado el papel del presidente en el autoritarismo mexicano, se difundieron mensajes de la alternancia, sacar al PRI de los Pinos, como la expresión de un cambio democrático¹⁸. Sin embargo, a pesar de la llegada del PAN, pareciera que el entramado de relaciones de fuerza corporativa entre los sindicatos, empresarios priistas y burocracia estatal se mantuvo gracias a su capacidad de guardar la cohesión y lealtad.

Como señala Montesinos (2005), el PAN para mantener la eficacia gubernamental y dar cierta certidumbre sobre la transición mantuvo personajes en las elites estatales identificados con la burocracia política priista. Además, las posiciones medias en el gobierno no fueron ocupadas por panistas por otros motivos, como por ejemplo, la falta de cuadros formados técnicamente. También, cuando fue visto como un canal para obtener puestos públicos se llenó de arribistas y oportunistas, erosionando la vieja fidelidad y disciplina partidaria y su fama de partido democrático. Al PAN en la presidencia le costó años entender que había pasado de ser un partido de la oposición para convertirse en el partido de gobierno (Alonso 2005). Mediante estas acciones el PAN, el partido del cambio, reprodujo el sistema corporativista. Al mismo tiempo, con la inclusión de los empresarios neopanistas se garantizó el impulso del proyecto neoliberal a la mexicana. Es decir, con el PAN se consolidó el neoliberalismo a la mexicana: corporativismo y libre mercado.

Mientras tanto según Alonso, el PRI pasó de ser un partido hegemónico a predominante (Alonso 2005). La presidencia, que le había dado una férrea disciplina jerárquica a sus cuadros, al perderse rompe el orden y con ello el acceso a los recursos, debilitando a su burocracia y enfrentando divisiones con gran dramatismo. Pareciera que la principal lucha en su interior es entre el nacionalismo burocrático y el reformismo salinista. Pero el viejo estilo corporativo y autoritario se mantuvo en distintos niveles entre ellos los del gobierno de las entidades federativas donde conserva aún gran poder, sobre todo en la actualidad con el regreso del PRI a la presidencia de la federación.

Para Alonso, en México se pasó de un partido de Estado a una partidocracia en el sentido que el PRI, el PAN, el PRD y los demás pequeños se han centrado en su propia existencia y trataron de acomodarse al nuevo escenario alejándose de los intereses de la sociedad, entrampándose en los intereses de las élites políticas y de los grupos de poder tanto del corporativismo, como del empresariado no priista y de los grandes medios de comunicación (Alonso 2005).

El PRI y su manejo de las relaciones de poder, intereses y lealtades era imprescindible para hacer las reformas sustanciales. La alianza entre el PRI y el PAN hizo prosperar el neoliberalismo y al mismo tiempo el corporativismo.

¹⁸ Para algunos analistas el poder presidencialista había venido acotándose desde hacía varios decenios, por el fortalecimiento de otros actores e instituciones políticas que han cobrado cierta autonomía, expresado por ejemplo, en el avance de la oposición en cargos de elección popular en alguna gubernaturas y de algunos gobernadores del PRI que mostraron cierta independencia del presidente. Crespo, J. A. (2005). Del absolutismo presidencial al presidencialismo débil. El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS, Porrúa. I.

Por su parte el sindicalismo mexicano tuvo un papel muy limitado en el cambio, y para Bensusán fue más un obstáculo que un factor coadyuvante de la transición (Bensusán 2005). Los sindicatos se pusieron al servicio de la continuidad de la política macroeconómica de bajos salarios. Continuó siendo un sistema de representación cada vez más distante de dicha representación y siguió siendo útil al gobierno y empresarios. Con la llegada de Fox existió un acuerdo implícito entre el PAN, el PRI y los grupos empresariales para mantener el status quo de los sindicatos por razones tanto económicas como políticas, dejando de lado su democratización.

Con la llegada del PAN se mantuvo la matriz corporativista y al mismo tiempo se dio un nuevo impulso al neoliberalismo. Las reformas neoliberales son un delicado ajuste político entre asegurar la reproducción de los vínculos de la burocracia política, los sindicatos y los empresarios, mediante el mantenimiento del Estado y la expansión de la tecnocracia. Para ambas corrientes el alejamiento de los intereses de la sociedad del sistema político y la despolitización de la sociedad, es primordial. En el campo de la salud la ideología modernizante neoliberal asegura la reproducción de la despolitización poniendo en el centro de la preocupación de la salud pública la producción, circulación y consumo de información científica, la gestión de los hospitales y sus individuos a partir de ella y la consecuente supuesta armonización social por el mercado de la salud.

4.1.2. Contexto del campo de la salud

Siguiendo a Abrantes (2010) la reforma del sistema sanitario mexicano se podría entender a partir de la división socio política entre salubristas y neosalubristas. Los salubristas estarían integrados tanto por el ala nacionalista desarrollista del PRI, los sindicatos, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, una parte de las comunidades científicas alojadas en el Instituto Nacional de Salud Pública, como por la izquierda vinculada al PRD y a investigadores de los programas de posgrado de la UAM-Xochimilco. Mientras que los neosalubristas como actores del cambio, estarían vinculados al neopanismo, al priismo neoliberal y su empresariado, y a comunidades científicas, que giran en torno a personajes como Guillermo Soberón y Julio Frenk. En parte, la orientación de las reformas respondió a un momento de reducción del Estado, de su rol como prestador y financiador de la atención, como lo proponían los neosalubristas, y también, a la respuesta, de parte de los salubristas, de defensa del papel del Estado.

Los neosalubristas estarían arropados bajo instituciones creadas en y para la reforma como la Fundación Mexicana de la Salud -FUNSALUD- y una parte del INSP. Como lo señala Abrantes, FUNSALUD fungió como el intermediario entre los empresarios y los tomadores de decisiones. Fue Guillermo Soberón, Secretario de Salud del gobierno de De la Madrid, quien convocó a un grupo de empresarios de la industria, del comercio y de las finanzas para crearla con el fin de mantener una presencia continua de sus intereses en las políticas de salud. Como señala Laurell (2012a) FUNSALUD ha agrupado capitales con distintos intereses, desde los propios del Complejo Médico Industrial, como las principales empresas farmacéuticas transnacionales -Bayer, GlaxoSmithKline, Sanfer, MSD y Pfizer-, distribuidores de medicamentos -NADRO- y hospitales privados -Ángeles, MedMex y Hospitales Nacionales, SA de CV-, cuyos intereses giran en torno a la producción de tecnologías médicas, a la difusión de su uso en programas académicos y hospitales universitarios y su consumo por parte del Estado, los hospitales públicos y privados. También se encontraron allí los intereses del Capital Financiero como Banorte, Visa-Bancomer, Seguros Monterrey Aetna, Seguros La Comercial América, entre otros, quienes tienen interés en el aumento de consumo de seguros de salud¹⁹. Además de los empresarios, en FUNSALUD

¹⁹ También se encuentran otros sectores económicos representados en productores de alcohol, refresco y alimentos -Bacardí, Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma, Pepsico y Nestlé- y de comunicaciones como Televisa.

también participaron políticos del PRI y del PAN, cuadros académicos del sector médico y profesionales del sector salud.

Consideramos que FUNSALUD logró cohesionar un empresariado que estaba histórica e ideológicamente fragmentado. Logró articular los diversos intereses de estos capitales y de los políticos del PRI y el PAN, alrededor de su propuesta de pluralismo estructurado, pero donde el énfasis de la organización del sector recae en la participación del sector privado en la prestación de la atención y secundado en la expansión del aseguramiento. Consideramos que tanto los intereses del Complejo Médico Industrial -CMI- y del Complejo Médico Financiero -CMF- coinciden en el interés por aumentar la productividad hospitalaria, aunque en el primero la tecnologización de la medicina sería central, mientras los intereses de la segunda podrían realizarse con o sin el incremento de las tecnologías y los saberes tecnológicos. Según esto el neosalubrismo y el pluralismo estructurado mexicano lo definimos como la articulación de un sector privado diverso, que alrededor del CMI tiene interés en invertir y obtener ganancias de los hospitales y clínicas privadas y públicas y de la tecnologización de la salud, y que instrumentaliza al CMF, el aseguramiento privado para ese fin. Una configuración de relaciones e intereses de los distintos sectores empresariales de la salud que se aparta de la que se presentó en Colombia, como veremos en ese apartado.

Las reformas respondieron a un momento de fortalecimiento de los diversos capitales privados en el sector salud. Por ejemplo, en México el gasto de bolsillo es uno de los más altos de América Latina lo que en buena medida va a parar a los empresarios de los hospitales privados y a las aseguradoras. Estas últimas, quienes tenían para el 2008 una cobertura de alrededor de 5 millones de personas -aproximadamente el 5% de la población, primordialmente la de altos ingresos o como prestación laboral-, según Laurell (2008a), han sido promovidas por el Estado mediante subsidios cruzados: la prima pagada a las aseguradoras se deduce del pago de impuestos, o sea, es subsidiada por el erario público. Así, entre el 2004 y 2007, el monto de ese subsidio ascendió de 5 mil 533 a 7 mil 605 millones de pesos. Por persona significó mil 320 pesos anuales aproximadamente, en contraste con el subsidio promedio por persona asegurada al Seguro Popular que se reduce a unos 850 pesos al año. Siguiendo la exposición de Laurell, podríamos asegurar que el financiamiento para el programa de salud estrella de la reforma recibe menos recursos que el subsidio “invisible” que recibe el CMF. Además, las aseguradoras privadas son subsidiadas por una segunda vía por el Estado: cuando se agotan los recursos de su seguro, los pacientes acuden a alguna institución pública para seguir su tratamiento.

En este mismo sentido, Tetelboin y Granados (2000) nos señalan cómo desde los 90 que en el sector privado de los servicios de salud se ha presentado el fortalecimiento de grandes corporaciones vinculadas a administradores de fondos con prestación de servicios, contratación de terceros -clínicas, sanatorios u hospitales privados- y aseguradoras que ofrecen diversas modalidades y coberturas definida por criterios de mercado, de la ganancia.

Sin embargo, en la lucha política alrededor de la reforma y su conducción, que parte a mediados de los 80, los actores por distintas razones han reproducido las alianzas tradicionales con los grupos organizados y de poder, sin alterar de manera significativa las coaliciones corporativas dominantes. De esta forma se hizo lenta la reforma. Tetelboin y Granados nos recuerdan como el proceso de descentralización, por ejemplo, fue realizado con dificultad en los 80 (Tetelboin and Granados 2000). Con la llegada del PAN en el 2000 a la presidencia, el gobierno federal nombró como secretario de salud a uno de los neosalubristas más connotados, Julio Frenk Mora. En este periodo Mercedes Juan López fue Secretaria del Consejo de Salubridad General, y logró imponer el Seguro Popular y debilitar al IMSS. En pocas palabras el Seguro Popular es un articulador, un asegurador estatal, que afilia a los no derechohabientes de la seguridad social y contrata hospitales públicos mediante mecanismos de mercado,

exigiéndoles a los prestadores las tecnologías de gestión de la modernización neoliberal como las hemos visto.

Sin embargo, aún en ese periodo el neosalubrismo debía enfrentarse a un poderoso salubrismo que pudo apaciguar el impulso de las reformas. Así cobra sentido la afirmación de Laurell (2010), quien citando a Laskin señala que la manera como Julio Frenk logró la aprobación del SP en 2003 fue dependiendo casi exclusivamente del apoyo de Vicente Fox y luego, por medio del chantaje a los gobernadores al obligarlos a afiliar familias al Seguro Popular para conseguir recursos frescos para salud, que logró los primeros avances en su implementación.

No obstante, con el recambio de los altos círculos de poder de la SSA a personajes más cercanos a Julio Frenk y su visión neosalubrista, con un gabinete compuesto por actores vinculados al mundo de los negocios y pertenecientes a grupos políticos diversos elegidos con criterios pragmáticos (Tetelboin, Granados et al. 2005), al mismo tiempo se mantuvieron mandos medios priistas, salubristas. El PAN no tenía suficientes cuadros formados en el neosalubrismo para arrebatar los cargos claves para la implementación de la política. En parte, por ello intentó ubicar médicos con especialidades clínicas en posiciones antes asumidas por salubristas. Es decir, se dio una apertura de la gestión sectorial a grupos profesionales proclives a los avances de las industrias y el conocimiento tecnológico biomédico.

Para Abrantes (2010), los salubristas, dentro de su heterogeneidad, se apartaron de la propuesta de cambio de los neosalubristas, debido a diversas razones: porque iba en contra de los intereses de la maquinaria corporativa; porque la reducción del gasto público en salud y la ínfima inversión que se ha extendido casi por casi 30 años (Laurell 2008b), había traído efectos negativos en la calidad y eficacia de los servicios, como el desabasto de insumos y las filas de espera; por el aumento de la demanda de servicios de la SSA debido al deterioro del empleo general y la desafiliación a la Seguridad Social; y por la reducción de los salarios de los trabajadores del sector, entre otras. Otros rechazaron las reformas por el reemplazo de los salubristas en los programas de salud pública o dentro de la SSA por médicos con especialidades clínicas, sin experiencia en salud pública, o salubristas formados en el exterior.

Durante toda la reforma, se favorecieron acuerdos negociados, como ocurrió con la reforma de la ley del IMSS, donde el Estado atendió las demandas corporativas, reforzándoles su poder. O, cuando los sindicatos como el del SSA -fuertemente comprometido con el PRI- aceptaron reformas como la descentralización, pero protegiendo las plazas y sueldos de los trabajadores y la unidad del sindicato. O cuando se hizo la reforma al ISSSTE que, según Ulloa Padilla and Alonso Raya (2007) partió de un consenso social sino del consenso dominante: diseñada y elaborada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Dirección General del ISSSTE, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la oficina de la Presidencia de la República en el sexenio de Fox, financiada y asesorada por el Banco Mundial y en acuerdo con el PRI y el respaldo de las dirigencias de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación. De esta forma, Laurell (2008b) alega que el Seguro Popular falló por la resistencia de los sindicatos del IMSS y de la Secretaría de Salud a competir por la atención de los pacientes con el sector privado. Igualmente le pareció una derrota institucional que el nuevo personal se haya negado a trabajar por contrato sin las prestaciones de ley.

En estos casos la transformación pausada estaba asegurada, vía la permanencia de salubristas priistas en la administración pública, que veían con recelo el neosalubrismo o se ajustaban a la Nueva Salud Pública con pausa o vía clínicos que adoptaban la Nueva Salud Pública pero subordinada a los requerimientos de la medicalización y tecnologización del sector. Cabe subrayar que llamamos reforma pausada cuando la comparamos con el caso colombiano, porque aunque la mexicana avanza a paso

firme ya se acerca a los 30 años desde que se comenzó a forjar, en cambio en el caso colombiano su discusión no demoró más de tres años en la agenda política, con la entrada de la administración Gaviria en el 90 hasta la firma de la ley 100 en el año 1993. En la comparación los tiempos mexicanos parecen enormes.

Así, en México la reproducción de los intereses del CMI se ha asegurado en este largo transcurso de la reforma: tanto con los salubristas, con su defensa del Estado y de la eficacia de los hospitales públicos, como entre neosalubristas²⁰, y su defensa de los empresarios hospitalarios, los hospitales privados y la subrogación de hospitales públicos en sus manos, como los HRAE -Hospitales Regionales de Alta Especialidad-, permiten extender la tecnologización de la salud. Mientras que el CMF hasta ahora se fortalece solo mediante su articulación a los prestadores privados y los subsidios estatales cruzados.

Esto podría explicar por qué según Abrantes (2010) en México fracasó la reforma de los neosalubristas, o lo señalado por Menéndez según el cual, la “transición mexicana” en el sector salud fue más una continuidad que una discontinuidad, de una transición que comenzó en los 60 o 70 (Menendez 2005) o por Tetelboin, Granados et al. (2005) cuando indican que con la alternancia presidencial más que rupturas hay continuidades. Este cambio pausado es debido a que la estructura de poder del priatose ha mantenido, aunque en el campo de salud si se estableció una nueva reconfiguración de los sujetos políticos con la inclusión de los neosalubristas.

Por otra parte, las corrientes que integran a los salubristas tienen en común que consideran al Estado como un campo decisivo de acción social y de lucha política. Los salubristas se caracterizarían por su aceptación abierta a tener vínculos políticos y compromisos sociales y comunitarios. Como contraparte, los neosalubristas se distanciarían de la política y los compromisos comunitarios y se arrojarían con los discursos científicos que les darían un manto de tecnicidad y neutralidad. Así, una de las principales estrategias de este grupo en favor del proyecto de reforma fue la producción, puesta en circulación e institucionalización del discurso de la Nueva Salud Pública que la justificaría y la orientaría, distanciándose de esa vieja salud pública ligada al priato. La Salud Pública debía dejar de considerarse un ámbito del Estado para la realización de la política de salud para establecerla como ciencia al servicio del *management*. Aquí la Nueva Salud Pública se asumió más como la capacidad gerencial del sistema de salud para mejorar distribuir los recursos escasos.

Este discurso científico-managerial se institucionalizó, por un lado, en FUNSALUD, el cual constituido como un ThinkTank de los intereses del empresariado mexicano influyó en la gestación y conducción de la reforma. También a través de la creación del Centro de Investigación en Salud Pública -CISP- en 1984, que se fundió en 1987 con otro centro creado por la misma época, el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas y con la Escuela de Salud Pública de México -ESPM-, para conformar el Instituto Nacional de Salud Pública. Parece claro señalar que estas instituciones no solo produjeron información sobre Salud Pública sino que tenían una orientación ideológica de modernización neoliberal, sirviendo para justificar la reforma y para formar cuadros neosalubristas, que como tecnócratas, con el tiempo le arrebatarían las posiciones de poder en el estado a los salubristas, a la burocracia política, reorientando el sistema de salud.

²⁰ Podríamos considerar que los salubristas nacionalistas, como los nombra Abrantes, quienes proponen estrategias como la Atención Primaria en Salud Integral y el trabajo comunitario podrían alejarse y ser críticos a esa relación entre el CMI y el Estado. Mientras que los “desarrollistas” quienes tienen un trabajo más urbano, podrían tener un enfoque más centrado en la tecnología médica y por tanto más complaciente con la tecnologización de la salud.

De esta manera, los espacios de producción y circulación de discursos se constituyeron en territorios de lucha entre salubristas y neosalubristas. Por ejemplo, la Revista de Salud Pública de México pasó de ser un lugar donde se divulgaban las experiencias de los salubristas en su trabajo a un territorio exclusivo del mundo científico. El CISP, por ejemplo, fue creado duplicando el papel que ya desempeñaba la ESPM, donde estaban los salubristas ligados al PRI, y en momentos en que se reducía drásticamente el gasto público. Lo que se buscaba era competir con un espacio de producción de discursos acaparado por el salubrismo. O cuando los neosalubristas produjeron y pusieron en circulación información científica para justificar la reforma, teniendo como caja de resonancia los organismos internacionales, como sucedió con el documento Invertir en Salud del Banco Mundial, que contó con la participación de José Luis Bobadilla; o el informe de la OMS de 1999, donde Julio Frenk fue su subdirector, y donde se analizaban los sistemas de salud del mundo concluyendo que el caso colombiano se destacaba como el número uno en equidad financiera; o con la propuesta del Pluralismo Estructurado del BID de 1996 analizados en los capítulos anteriores. O en revistas de elite y alto reconocimiento en el campo, como *TheLancet*, como aquel artículo donde caracterizan al Seguro Popular como el modelo a seguir, ocultando sus graves problemas(Laurell 2012b).

Esta lucha estaba dirigida a incidir en la toma de decisiones. Para ello la investigación se orientó y sometió a los temas que le interesa al *management* de la Nueva Salud Pública, mediante distintos mecanismos como la identificación de las “prioridades” de salud, o sea, la delimitación de los objetos de conocimientos legítimos, el reconocimiento de una sola forma válida de conocer los fenómenos de la salud, y unos mecanismos institucionales y de financiamiento que aseguraban la producción y circulación de cierta información apta a la reforma. Tanto objetos como formas de conocer del salubrismo fueron puestos en la periferia y por ello no reconocidos para la toma de decisiones. A esto le llamaron “investigación con misión” que señalaban como neutra por adoptar el método científico.

Pero como el neosalubrismo está estrechamente vinculado al empresariado del CMI y del CMF la definición que desde allí se hace de los objetos, metodologías, mecanismos institucionales y financiamiento de la investigación legítima se encuentra entrampada en sus intereses. Como señala Laurell “quien tiene el dinero decide qué se hace en función de sus agendas e intereses particulares”(Laurell 2012b).

En la reforma los pactos sobre los Hospitales Públicos entre los actores del campo de la salud parecen combinar un pacto de continuidad en la estructura de poder corporativo, pero impulsando la idea que la modificación al interior de cada institución no es una cuestión política sino técnica. Es decir, no parece cambiar de individuos pero si de objetos de trabajo hospitalarios y de medios para su transformación. Mayor tecnologización y mayor productividad. Su mejor apuesta son los Hospitales Regionales de alta Especialidad, que precisamente combinan ambos intereses. En general los individuos y las posiciones sociales siguen siendo los mismos que estaban antes de la reforma pero ahora se busca que trabajen sobre otras cosas y de otra forma. El neosalubrismo debe pues producir discursos que articulen la Nueva Salud Pública con la tecnologización de la salud y a la par difundir ampliamente los saberes tecnológicos para producir servicios bajo esa nueva óptica y modificar a los sujetos producidos especialmente a los médicos, subespecializando a los clínicos aún más desde el saber biomédico y/o reconviertiendo a los directivos en management médico.

La reforma administrativa de la SSA buscaba “controlar menos, para controlar más y aplicar más, con más energías y recursos para custodiar a los custodios” como lo señala Abrantes (2010) citando un documento de la Secretaría. Para ello se necesita la formación extensiva de *management* en los cuadros directivos médicos, se necesita cambiarles la mente. Y por tanto, a pesar de ser las mismas personas su disposición busca modificarse. Al capital no le interesa quien lo hace o nombre de qué institución sino

que asegure la aceleración de su rotación y eso en la seguridad se hace modificando la mente del *management*, los trabajadores y los usuarios.

4.2. La Ideología Modernizante Neoliberal en las Políticas Públicas de Salud

Mexicanas

En los discursos analizados la alternancia presidencial se utilizó como argumento ideológico para darle sentido a las reformas sanitarias por venir. Por un lado, en ellos se subrayaban los que se consideraban errores del pasado y que sin nombrarlos hacían referencia implícita al salubrimo, el priismo y su defensa del Estado y la planificación: una economía no sólida, corrupción, impunidad, miseria, intransigencia, monólogos, dogmas o verdades absolutas e imposición que violentaba la conciencia individual. Todo esto en medio de la difusión constante de una idea de Estado gigante e ineficiente, burocrático, dispendioso e hipertrofiado. Por el otro, se planteaban los deseos del futuro, que vendrían acompañados por el proceso de transición, e igual, sin nombrarlos, la llegada de los neosalubristas y el *management*, los intereses empresariales del campo de la salud y su orientación de libertad de mercado: vivir en paz y seguridad económica y personal, libertad, unidad, oportunidad, pluralismo, respeto a las diferencias, gobernabilidad democrática y servidores públicos que tuvieran como origen y destino al ciudadano, un Estado apegado a la ley, coexistencia entre los actores políticos, relación de respeto entre gobierno y sociedad, transparencia y rendición de cuentas, gobierno de calidad, que cueste menos y dé más y mejores servicios, responsabilidad en materia de finanzas públicas y un firme compromiso con el cambio y la innovación en el ejercicio de gobierno.

“La transición no ha sido fácil... Lo nuevo ha desplazado a lo viejo, lo moderno a lo tradicional, lo dinámico a lo inerte” (Presidencia de la República 2001, p. 31).

En estos discursos el cambio, la “transición” en salud, que discuten, es simplemente el reflejo de las demandas de la sociedad, de su pensamiento. Es ajustar el sistema de salud a la realidad externa. Lo interesante es que esa realidad externa tiene las características del *management*, según estos autores, la sociedad mexicana es competitiva, emprendedora, neutral, libre, que deja ser, plural, justa. Un sistema de salud que se anticipa, prevé, y asigna los recursos en el lugar y el tiempo que el cliente lo necesita, no antes ni después, en el instante. Un sistema tipo *management* que se compromete con el cliente y sus necesidades, uno de calidad total.

“Este programa refleja claramente el pensamiento de una sociedad que apuesta por un país con desarrollo humano sustentable, una nación en donde todos vivamos mejor, por un México fuerte, sano, democrático, justo y ganador”(Secretaría de Salud 2007, p. 6).

“La administración pública federal tendrá presente al ciudadano como origen y destino de sus acciones;...” (Presidencia de la República 2001).

Este mecanismo discursivo de contrastación ideológica entre lo viejo y lo nuevo, entre el Estado y el mercado, entre la planificación normativa y la modernización neoliberal repite lo analizado ya en los capítulos 2 y 3. Lo específico del caso México es que se subrayaba que ese cambio era muy profundo y complejo, que incumbía desde la globalización pasando por los cambios tecnológicos hasta la modificación de valores, percepciones, motivaciones, conductas y actitudes individuales y colectivos, así como la recomposición de grupos sociales debido a la emergencia de organizaciones no vinculados con el Estado, que defendían intereses particulares, de carácter reivindicativo y de ayuda mutua. La alternancia presidencial se presentaba como una expresión de ese cambio societal, que se alejaba del

Estado nacionalista y desarrollista y su control sobre la población y se acercaba a la libre circulación y al equilibrio espontáneo del mercado y de los individuos.

Ahora, siguiendo con la lógica del Estado seductor los cambios de la “transición” no deben ser impuestos. En los discursos se distancia del autoritarismo que se le imputa al priismo y al estatismo, reconociendo la multiplicidad de intereses y actores y que su libre circulación alientan todo el sistema. Lo que se requiere entonces en esta democratización no es la coerción sino la convergencia:

“El mandato de la transición mexicana fue claro: la necesidad de construir convergencias. La diversidad política y social se manifiesta en la ausencia de consensos automáticos o impuestos por una sola fuerza política. La pluralidad obliga a la discusión respetuosa, a la negociación entre los distintos ámbitos y poderes de gobierno, entre los partidos y entre las diferentes fuerzas sociales”(Presidencia de la República 2001, p. 33).

Con la convergencia los discursos matizan la contrastación entre lo viejo y lo nuevo, que era muy clara en los discursos de las agencias multilaterales. Pero teniendo en cuenta el contexto mexicano donde las relaciones de poder entre los salubristas y neosalubristas no eran totalmente hegemónicas ni para unos como para los otros, donde el sistema corporativo seguía casi intacto después de la alternancia, la aceptación de los salubristas del proyecto de reforma era imprescindible. Por eso en los documentos resaltan los éxitos del pasado, los éxitos del salubrismo.

Sin embargo, hábilmente se indica que estos éxitos, que hicieron los salubristas, traen nuevos retos y giros:

“En salud siempre somos víctimas de nuestros éxitos. Los avances del pasado abren en nuestro horizonte nuevos retos que ahora nos toca enfrentar”(Secretaría de Salud 2001, p.1).

“... para responder al anhelado cambio de los mexicanos de hoy...todo proceso de transformación implica una combinación compleja de continuidad e innovación” (Presidencia de la República 2001).

Siguiendo estos discursos la reforma a la salud mexicana es un esfuerzo de conciliación:

“Hablamos de un esfuerzo de previsión, de racionalidad, de orden, de coordinación y, sobre todo, de un gran trabajo de conciliación: los intereses de los individuos y los de la sociedad; entre las opiniones de los especialistas y las del ciudadano que sabe mejor cuáles son sus necesidades inmediatas; entre la experiencia y el sentido innovador; entre el pasado y el futuro” (Presidencia de la República 2001, p. 9).

Pero en los discursos se señala que aún existen resistencias al cambio. Indican que esto se debe a inercias, conformismos y rutinas arraigadas o al hecho que algunos de estos actores defienden intereses creados ligados al status quo. Quienes se resisten son irracionales, marcados por intereses egoístas, por el pasado, y son autoritarios. Enfrentar la resistencia al cambio es convencer a los resistentes que hay una dicotomía entre el pasado y el futuro, la experiencia y la innovación, la inercia y la racionalidad y que caen en lo primero cuando la historia indica con toda su fuerza que sobrevivirá lo segundo.

Pero siguiendo con las armas ideológicas de la modernización neoliberal, esos cambios no tenían un puerto seguro sino que entraban en una maraña de múltiples riesgos que podría hacer volver al pasado y al Estado, a quienes se debía tener temor. Esos riesgos que eran expresión de la crisis en la que se encontraba el país eran ahora re-instrumentalizados para justificar las reformas.

“La globalización y la nueva economía crean oportunidades para México y los mexicanos de avanzar en su desarrollo, pero también presentan enormes riesgos que podrían recrudecer la situación actual de rezago económico y tecnológico” (Presidencia de la República 2001, p. 28).

Ahora, como los riesgos solo se pueden conocer a través del conocimiento científico, por tanto, solo ciertas comunidades científicas, que manejan las formas legítimas de conocerlos, tienen la posibilidad de hablar sobre ellos. Los riesgos no dependen de sujetos individuales sino de poblaciones, por lo tanto, las ciencias que tienen por objeto de estudio los segundos, como la epidemiología, la salud pública o la economía, son las legítimas para señalarlos, y no los médicos que trabajan sobre individuos y sus patologías.

Finalmente, otra de las formas como los discursos conciliaron lo nuevo y lo viejo y tal vez la más importante, entre la planificación normativa y la modernización neoliberal, entre la disciplina y la seguridad-control, entre el CMI y el CMF, fue mediante la constante enunciación del fortalecimiento de la tecnologización de la medicina, el mantenimiento de un margen de autonomía importante del cuerpo médico y la incursión lenta de la gestión de esa tecnologización y de la autonomía, a través de la calidad y el control de costos.

“La transición demográfica y epidemiológica está dando lugar a retos inéditos que nos generan la obligación de anticiparnos a las nuevas demandas de atención, que requieren de mayores recursos financieros, recursos humanos capacitados en la atención de enfermedades no transmisibles, servicios con un alto contenido tecnológico y una infraestructura en salud más flexible. Para ello es necesario incorporar a la planeación, políticas con un enfoque integral que consideren las necesidades y posiciones de todos los participantes del sector” (SSA 2007).

En los discursos mexicanos se asumen estos cambios como el anuncio de una sociedad y hombre nuevo, y el arribo de la democracia y la libertad. En los discursos analizados el cambio discursivo también trajo consigo la re-funcionalización, interpretación y traducción de términos, articulándolos a la lógica del dispositivo de la modernización neoliberal. En ese entusiasmo por la alternancia estos discursos hicieron sinónimos el cliente y el ciudadano y los contratos mercantiles de paquetes de servicios y los derechos sociales:

“El 2 de julio del año 2000 los mexicanos dimos un gran paso hacia la maduración de nuestros derechos políticos, y al darlo abrimos también, irremediablemente, una nueva agenda para la vida pública de nuestro país: el ejercicio pleno de los derechos sociales. Tras la maduración de la ciudadanía política, es necesario ahora dar el paso definitivo hacia una verdadera ciudadanía social” (SSA 2001).

En estos discursos el concepto de ciudadanía se limita a la protección contra los riesgos de la población y a su exigibilidad. En estos discursos la necesidad del ciudadano es lo mismo que los riesgos de los clientes. Los riesgos y las formas de intervenirlos son definidos por la ciencia y las comunidades científicas, por lo tanto, son asumidos como neutros y universales. Además, al ser definidos externamente, los riesgos pueden constituirse como paquetes de beneficios, y con ello hacerse mercancías que se pueden transar en el mercado. Asimismo, al empaquetarlos los clientes solo pueden exigir eso como derecho y no otros. Para estos discursos el cliente es ciudadano, porque se le atienden sus “necesidades”, que son riesgos empaquetados. De allí se desprende que estos discursos limitan a considerar la salud como mercancía solo cuando hay un pago directo entre institución y cliente por la prestación de un servicio. O la salud como privilegio o como objeto de asistencia cuando es prestado directamente por el Estado. En los discursos no se cansan de repetir que su propuesta no trata a la salud como mercancía o como privilegio o asistencia.

Pero a nuestra consideración sigue siendo tanto mercancía como privilegio y asistencia cuando en realidad los riesgos y sus formas de atención están cruzados por los intereses del neosalubrismo en estrecha relación con el CMI y el CMF, cuando las necesidades como las formas de atención se definen desde fuera del mismo sujeto, cuando el individuo es obligado a reconocer que no tiene el conocimiento científico para exigir otra cosa que no produzcan los científicos deslegitimando sus propios saberes, cuando solo puede exigir lo establecido en un contrato mercantil, y cuando la complejidad de su enfermedad y la atención se reduce a un paquete de beneficios, no estamos hablando de ciudadanos, que ejercen su poder sobre sí mismos y la sociedad y que gozan de sus derechos, sino de clientes que satisfacen deseos y demandan lo establecido en un contrato mercantil. Puede no existir transacción económica de por medio o la atención puede proveerse desde un hospital público, pero la enfermedad al insertarse en la ideología modernizante neoliberal es ya una mercancía.

Por otra parte, el Programa Nacional de Salud –PRONASA- de Fox anunciaba que sus valores eran la justicia, la autonomía y la corresponsabilidad social. Allí, la justicia tenía dos acepciones básicas. En la primera, la “garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes”, se tradujo en los discursos en estandarizaciones y programas de calidad que aseguraban la circulación de “paquetes de beneficios”. Mientras que la justicia entendida como “la búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades” se terminó entendiendo como la asignación óptima de recursos por medio de la competencia en el mercado.

En cuanto a la autonomía de las personas, se entendía como “la libertad para elegir informadamente lo que más le conviene”, es decir, la libertad de elección de los clientes. La autonomía va de la mano con la corresponsabilidad: la obligación de los individuos a comportarse según lo definido por otros, o sea, la libertad de delegar las decisiones personales sobre su enfermedad o la atención en científicos o empresas o el Estado. Esta libertad de delegar se convierte en un derecho: “los usuarios de los servicios deben tener la posibilidad de ejercer su derecho a elegir a quien se hará cargo de su salud y la de su familia”(SSA 2001, p. 75). Como siempre, para elegir eficientemente en el mercado se requiere tener información, y ésta la dan las comunidades científicas, el Estado o las empresas. La libertad del cliente de la salud es esa capacidad de elegir informadamente a quién someter su enfermedad y su experiencia de enfermarse. Según estos discursos la autonomía de los clientes para elegir su institución y médico de preferencia no solo trae beneficios para ellos, sino que conduce a una mejoría espontánea de la calidad, de la productividad hospitalaria y de la integración.

4.2.1. *El Estado Seductor Mexicano*

Al Estado mexicano jibarizado se le encargó un papel seductor. En el PRONASA de Fox se enunciaba que el fortalecimiento del papel rector de la SSA se circunscribía a tres funciones: la información, la conducción de políticas y la regulación. Como vimos anteriormente la seducción parte de la información. Así a la Secretaría de Salud se le encargaría, en la Ley General de Salud, de la definición de las características y periodicidad de la información que deberían proveer las dependencias y entidades del sector salud, establecer un sistema de información, e impulsar las actividades científicas, entre otras. Como vemos, las dos primeras que remiten a la producción y sistematización de datos son obligación del Estado, mientras que sobre el componente analítico de la información se limita a la promoción y se delega a las comunidades científicas, para darle ese cariz apolítico y técnico. Así, se asume que las características y periodicidad de la información y el sistema de información solo son instrumentos neutros que usa el Estado, y el análisis donde podría entrar a jugar la subjetividad se hace por fuera del Estado. Es doblemente ciego. El Estado jibarizado es un viejo rejuvenecido porque es ciego y no sabe a quién seduce.

Sin embargo, con esta información neutra el Estado establece prioridades de todo tipo y a partir de ellas orienta la asignación de recursos del sistema de salud y evalúa lo que se debería hacer. Es decir, al monopolizar los objetos de conocimiento, las formas de conocer y la gestión de esa información el Estado amarra sin coerción, solo “impulsa”, “propone”, “coordina” y todos esos verbos seductores, lo que los agentes deben hacer del sistema de salud: la formación y distribución de los profesionales de la salud, la responsabilización de los individuos sobre el cuidado de su salud, la asignación de recursos financieros y la planificación de los servicios de salud. Por ello la lucha primera que establecieron los neosalubristas fue la institucionalización y legitimación de la Nueva Salud Pública y sus particulares objetos y formas de conocer los problemas de salud, enfermedad y atención. Y con ello garantizaron que los intereses del empresariado se cubrieran de neutralidad y se hicieran universales. La Salud Pública como ciencia al servicio del management.

El PND Fox proponía que el fortalecimiento de la comunicación entre Sociedad Civil y el gobierno se hiciera en buena medida a través de garantizar el derecho a la información. Esto lo podemos leer de doble vía. La información va de la Sociedad Civil al gobierno: una información que se produce desde las comunidades científicas en mancomunidad con el CMI y CMF, que en México se institucionalizó en FUNSALUD y en el INSP, y que es orientado por los neosalubristas. Y la información que va desde el gobierno a la Sociedad Civil: esa información ya definida y estandarizada por esos científicos de FUNSALUD y el INSP, es recopilada por el gobierno y difundida entre los consumidores para tomar decisiones informadas y por tanto más racionales, sobre su enfermedad y la atención.

El PRONASA de Fox anudaba la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión en salud con la necesidad de las autoridades de tener propuestas informadas y consensuadas. Es decir, la participación de los colectivos entra al sistema si hablan sobre la información que produce y circula desde el mismo Estado y producido por las comunidades científicas. O sea, si los colectivos tienen acceso a la información, saben manejar la información encriptada en discursos científicos de la economía, la salud pública y la medicina, y saben estructurar sus propuestas basadas en estas tres modalidades discursivas. El consenso será sobre eso, no sobre saberes no sistematizados, fragmentados y con racionalidades diferentes, es decir, el de las comunidades no científicas. Por ello la creación de espacios de participación, la democratización de la toma de decisiones, que se anuncia en estos planes, de antemano asegura la reproducción y transformación del sistema con una orientación modernizante neoliberal.

Por ello una preocupación primordial era constituir un Sistema Nacional de Información de Salud - SINAIS-. En el PRONASA se denunciaba que los sistemas de información estaban desconectados, con poca información sobre riesgos y desempeño, desvinculado de la toma de decisiones y con casi ninguna información del sector privado. La integración del sistema, constituirlo en un mercado abierto, requería sobretodo de la circulación de información de todas las instituciones del sistema incluido del sector privado, especialmente de los riesgos sanitarios y financieros –objeto de trabajo de la protección social- y de la gestión managerial de las instituciones.

El PRONASA Fox anunciaba entonces la creación del SINAIS y del Grupo Interinstitucional de Información de Salud, constituido por representantes de las instituciones públicas y la reciente entrada de instituciones del sector privado. En el PRONASA de Calderón se señalaba la creciente integración de la información, sus procesos, formatos y productos, pues se percataron de que la ineficiencia de la recolección de la información y la proliferación de formatos llevó a aumentos en la carga administrativa a médicos y duplicaciones y contradicciones de la información. Se buscaría información cada vez más eficiente, más rápida, más encasillada, más tecnologizada, más automatizada, que hablase sobre el trabajador y el cliente, pero cada vez más alejada de ellos.

La fe en la tecnología les permite afirmar que “los avances informáticos han contribuido a hacer más transparentes las acciones de gobierno”(SSA 2007, p. 122). Creando toda una serie de mecanismos compromisos, prácticas alrededor de las nuevas tecnologías automatizadas de información para el control. Un control del trabajo hospitalario que se ejerce, por un lado, en la misma recolección de la información y, por otro, por la información misma que se recolecta y sistematiza. El aumento de la carga administrativa a los profesionales de la salud por la recolección de información es parte primordial para sujetarlos a la información, para inculcarles una disposición por la información y su capacidad de transparentar todo. Los tiempos, espacios y tecnologías usadas en el trabajo hospitalario se reconfiguran a partir de la oportunidad y confiabilidad de la información.

Este control del gobierno según estos discursos se hace mediante la transparencia. Esta transparencia remite a la difusión y consumo de información del Estado. Nuevamente se asume que la información es neutra y que desnuda al gobierno. De forma paralela a la información procesada por el SINAIS ésta debía ser utilizada para evaluar las instituciones del sistema y la rendición de cuentas. Esta evaluación implicaba la definición de indicadores seleccionados y estandarizados. Nuevamente, de la selección de estos indicadores de evaluación dependería la toma de decisiones y el rumbo que seguiría el sistema. Consideramos que si la evaluación se realizaba a partir de la información que producían los científicos, articulados al empresariado, pues el camino seguirá los intereses de estos últimos.

Desnudar al Estado con información es pues quitarle unas prendas y dejarle otras. Siempre será parcial su transparencia. Pero los discursos lo plantean como una desnudez casi pornográfica, donde a partir de información se podría hurgar hasta el último rincón de ese Estado rejuvenecido. Sin embargo, al asumir que la desnudez completa del Estado es posible, los discursos plantean la aceleración de la producción, circulación y consumo de información. Como ese volumen es inmanejable deben elegir eficientemente cuál información es válida y cuál no, y en esa nueva selección se define nuevamente el punto de vista, qué prendas se le quitarán al Estado y cuáles no. Cuál parte se dejará vulnerable y cuál se arropará. Esa es una decisión política y no técnica, y los neosalubristas y sus discursos saben cómo arroparla discursivamente como la última.

Además, se señala otra instancia estatal, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad como la responsable de promover la investigación científica en salud y coordinar los esfuerzos para mejorar los entornos normativos, de financiamiento y desarrollo de la investigación en salud. Su principal función en este sentido es encasillar la investigación en protocolos, lo que pensamos, permitiría controlar la producción de la investigación y a sus productores, definir desde el Estado los objetos y los modos de conocer legítimos.

En el PND Fox se enuncia también que se debe promover una “cultura de la información” dentro de la administración pública para promover la seriedad y objetividad en la difusión de información. Esto implicaría que se considera que existe un temor entre la burocracia por desnudar con información una parte de su trabajo y ésta sería la comprobación que la información cumple su función. A la información se le teme y es a la vez el motor de todo el sistema. La cultura de la información sería aceptar el temor a la información, el burócrata debería auto-controlarse para que el indicador se cumpla, debe entregar la información que lo puede castigar. Se deja la impresión que siempre será posible desnudar completamente al Estado, que el burócrata quedará en entredicho y por eso su miedo.

Ahora, como el estado es seductor, un viejo rejuvenecido, que usa solo información, no debe verse envuelto en cuestiones prácticas:

“Para poder cumplir de manera adecuada con sus obligaciones como cabeza de sector, la Secretaría de Salud debe concentrarse en el desarrollo de actividades de planeación estratégica, regulación de la atención a la salud, generación y recopilación de información, y evaluación del desempeño....Promover la separación de las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud a la persona en los servicios estatales de salud” (Presidencia de la República 2001).

En los discursos de distintas formas se indica que el Estado es la cabeza del sector, es decir, no son las manos, es información y por tanto no producción, es planeación estratégica no prestación. Repite la división tayloriana entre planeación y ejecución que se hacía en las fábricas o la escisión entre cuerpo y alma cartesiana. Al asignarle esa posición “intelectual” al Estado se le quita su poder de actuar. De esta forma, la “concentración” a la que debe abocarse el Estado no solo remite a reunir recursos y esfuerzos sino a un ejercicio mental.

4.2.2. El Estado Segregador e integrador.

Como se señaló en el capítulo 3 según los discursos Modernizantes neoliberales la segregación de los sistemas de salud es la madre de todos los defectos y es producto de un Estado desbordado y de la política:

“...la falta de un marco jurídico que favorezca la integración estructural y/o funcional de las principales instituciones públicas de salud, empezando por el hecho de que la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos le asigna a los trabajadores derechos en materia de salud diferenciados en función de su condición laboral” (SSA 2007, p. 78).

“la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió... manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad”(SSA 2001, p. 58).

En los discursos mexicanos esto se replica, al subrayar la manera como la segregación es irracional desde el punto de vista técnico y además innatural, porque no permite la libertad de los agentes. Se argumenta, por ejemplo, que según la información científica algunas instituciones son más productivas que otras y de inmediato se sugiere que la integración por la competencia llevaría a un equilibrio espontáneo de la productividad de todos los agentes del sistema de salud. A la segregación del Estado, la integración del mercado.

La integración es pues abrir las instituciones al libre mercado, y se sugiere hacerlo mediante la redefinición de las reglas de juego, eliminando las restricciones legales impuestas por el Estado en su pasado coercitivo y priista. A esas divisiones delimitadas por el trabajo y la dictadura ahora se abriría el sistema al consumo libre entre instituciones, a la pluralidad del mercado, a la democracia. La integración sería el centro de una generación nueva de reformas: “...en el momento actual dan impulso a una tercera generación de reformas, que apunta hacia la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural” (SSA 2001, p. 59).

4.2.3. La Articulación: La Protección Social en Salud y el Seguro Popular en Salud.

Además de la integración, otro elemento al que apunta con insistencia la reforma es la protección en salud. En la reforma de los 80 se incorporó a la constitución política de México el derecho a ser afiliados al Sistema de Protección Social en Salud sin importar su condición social. Según la LGS la protección social remite a la garantía del Estado por el acceso de los usuarios a la atención médico-quirúrgica y a los

medicamentos siguiendo criterios tanto médicos como económicos. Es decir, la garantía del Estado de la reproducción del CMI pero considerando el control del gasto.

La Protección en Salud de la modernización neoliberal mexicana establece como objetos de trabajo los riesgos sanitarios y financieros. De esta forma, en el PRONASA Fox se definen como indicadores de salud los Años de Vida Saludable -AVISA- que “facilita la presentación de la información sobre las principales necesidades de salud, que incluyen las causas de enfermedad, las causas de muerte y los factores de riesgo”(SSA 2001, p. 33). Así, los riesgos quedan insertos en los indicadores que orientan el sistema.

Como señalamos más arriba el objeto de trabajo incluye los riesgos pero estos están acompañados de temores. Estos documentos plantean que los riesgos no solo están por todos lados sino que en cualquier momento pueden atacar a una persona, generando una sensación de vulnerabilidad ante lo que nos rodea:

“En algunas ciudades del país la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población.... La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuándo va a enfermar”(SSA 2001, p. 50).

El riesgo se presenta en cualquier momento y lugar, se presenta como información científica y no tanto, es difundido por múltiples canales de comunicación. En el PRONASA de Calderón se podrían agrupar los riesgos en externos, como los naturales, políticos o económicos, y los internos de cada individuo, como los estilos de vida. De esta forma se debe tener temor tanto de lo externo como de las propias decisiones individuales, de sí mismo.

Por ello cuidar de sí, requiere delegar en los seguros y los hospitales ultratecnologizados las decisiones sobre la enfermedad y la atención. El riesgo obliga a las sociedades a enfrentarlo a través del aseguramiento:

“La multiplicación del riesgo en la sociedad contemporánea y la ineficacia de numerosas políticas para promover el desarrollo social y humano han contribuido a configurar situaciones de inseguridad y a extender la vulnerabilidad entre vastos sectores de la población. La pérdida de la confianza de los mexicanos es uno de los retos a enfrentar por el presente gobierno” (Presidencia de la República 2001).

En estos discursos el cuidar de sí es una obligación, porque tener “malos estilos de vida” implica costos muy grandes para la sociedad. De esta forma, se privatizan las consecuencias de los determinantes de la enfermedad, es decir, se hace responsables a los individuos de fenómenos que son socialmente definidos. No solo entonces deben sentir temor por los riesgos sino culpa por no cuidarse. Los que comen más o menos, los diabéticos, los hipertensos, los viejos, los niños, los alcohólicos o los fumadores, los adictos o los accidentados del tránsito, deben sentir temor de su riesgo y culpa si lo sufren. Siguiendo la lógica de la modernización neoliberal, si se gestionan estas dos disposiciones, la culpa y el temor, se pueden controlar momentáneamente los riesgos, y con ello se reducen los costos del sistema de salud y aumenta la productividad de los servicios.

“Frente a esta situación es indispensable implantar acciones tendientes a desechar estilos de vida que favorecen el sobrepeso y la obesidad, influyen en la aparición de diversas enfermedades crónicas asociadas a estos riesgos -diabetes y enfermedades cardiovasculares-, e impactan de manera considerable el costo de los servicios de salud” (SSA 2001).

Frente a estos riesgos, por un lado, se encuentra el Seguro Popular el cual en los discursos se dirige a proteger a las familias ante el riesgo de profundizar la pobreza debido a los riesgos sanitarios.

“...el derecho a la protección de la salud trasciende los límites de la prestación de servicios. El Estado debe garantizar también la protección de la economía de los usuarios de los servicios de salud” (SSA 2007, p. 118).

Como señalamos anteriormente, una vez constituidos los riesgos como el problema de la enfermedad que debe enfrentar el sistema de salud, también se constituyen los seguros y las aseguradoras privadas que lucran “protegiendo” contra esos riesgos. En estos discursos un sistema más justo y que proteja a la población contra pagos catastróficos se estructura a partir de la inversión anticipada en seguros, quienes podrán gestionar el consumo y a los hospitales, como vimos en el capítulo anterior.

“La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre... Si estos acontecimientos impredecibles se enfrentan sin un seguro de salud o sin ahorros suficientes, se corre el peligro de incurrir en gastos catastróficos. Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud, debido a la incapacidad para tomar decisiones bien informadas y a la imposibilidad de generar recursos por efecto de la misma enfermedad. No obstante, más de la mitad del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo” (Presidencia de la República 2001).

En los discursos las investigaciones e información sobre “gastos de bolsillo” se repiten constantemente como una justificación al aseguramiento. Interesante considerar que precisamente este fenómeno se nombre con un término fácil de entender para las personas no especialistas y que se asume que puede ser fácilmente significada por ellos en sus cálculos cotidianos sobre gastos del hogar. Esto podría generar un apoyo a las reformas tanto por los usuarios de los servicios como por políticos que los pueden emplear en sus campañas.

Por otra parte, en los discursos se iguala el Seguro Popular a la Seguridad Social.

“El sistema mexicano de salud moderno, que nace en 1943, con la creación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia -hoy Secretaría de Salud- y el IMSS, ha garantizado el derecho a la protección de la salud sólo a los trabajadores del sector formal de la economía. El SPSS nace precisamente con el objetivo de extender ese derecho al resto de la población mexicana” (Presidencia de la República 2007).

Se traduce el término “seguro” de un dispositivo centrado en el trabajo, que fortalecía el compromiso entre el capital, con el Estado y los trabajadores por su salud, su utilidad y su docilidad, por el término “seguro” que articulado al dispositivo de seguridad-control, representa el compromiso de la aseguradora-prestadora-industria con los temores del consumidor y la satisfacción de sus deseos por un paquete de beneficios. De un seguro centrado en un acuerdo político, a un seguro que gravita en la satisfacción de deseos constituidos por quienes gestionan los miedos y los riesgos, y quienes producen las soluciones en forma de aseguradoras, tecnologías, hospitales y operadores técnicos. Así, los usuarios de la SSA ya no son nombrados como población abierta sino como derechohabientes.

Aquí se usa además una estratégica ideológica por excelencia, la naturalización de los actos del hombre, la descontextualización de la protección social:

“La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad” (Presidencia de la República 2001, p. 17).

En los discursos se plantea que la protección social tiene la propiedad de fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades en el acceso a los servicios. Si todos los clientes tienen la oportunidad de elegir libremente la institución que les puede satisfacer sus necesidades, reduce las tensiones sociales y permite la cohesión. En estos discursos lo que garantiza la cohesión es entonces la información sobre ampliación de coberturas y afiliación, entre una mayor proporción de población asegurada e informada, más cohesión. Asimismo, entre mayores las cifras de afiliación se genera mayor confianza de los ciudadanos con el gobierno.

Pero si la consumatividad -central en un modelo de salud de mercado-, es decir, la gestión del consumo, busca producir una insatisfacción constante, un deseo impostergable de consumo, lo que le conviene al sistema de salud de la modernización neoliberal no es la cohesión sino la diferenciación para estimular el deseo. De esta forma, las reglas de juego se plantean para premiar una estructuración de la oferta diferenciada por clase social, que busca estimular ese deseo de consumir cada vez más, que en el caso mexicano se garantiza por el crecimiento de los hospitales privados de élite basados y atrapados en la tecnologización. La insatisfacción de las clases populares no se encuentra en el no acceso, como antaño, sino en un acceso cada vez más tecnologizado, más sujetado a la tecnología y al orden médico hegemónico. Se necesita gestionar el consumo para mantener ese deseo. Se necesita garantizar esa confianza que el Estado va a mantener las reglas de juego de forma tal que ese deseo por las tecnologías médicas en algún momento se podrá satisfacer.

De igual forma, las reglas de juego del mercado de la salud permiten la oferta de seguros de salud por clase social, lo que estimula el deseo de estar protegidos contra el riesgo de quedar pobre por riesgos sanitarios, cada vez más amplios, cada vez más insuficientes. La cultura del aseguramiento, es decir, la gestión del temor y la culpa al riesgo se estimula constantemente. Y las reglas de juego estimulan la compra de nuevos seguros. Pero además, según el PRONASA Fox con el seguro se estimula la compra de más seguros y de otros bienes y servicios, pues el pago anticipado puede liberar recursos de los clientes y sustituirlos para consumir otras “necesidades básicas”. Así, el seguro y la Protección Social es un motor de la economía como un todo.

Pero para que los seguros y las tecnologías sean consumidos se requiere que sean conocidos y temidos. Por ello toda la vasta circulación de información de riesgos de enfermarse que hay en los medios masivos de comunicación. Además, discursivamente los riesgos son enunciados de forma tal que se les tema explícitamente. Así, encontramos los “catastróficos”, este grupo de riesgos, gastos o enfermedades, que remiten a un miedo que debe ser impostergable de evitar, proteger, asegurar. Siguiendo a la Ley General de Salud los gastos catastróficos son los altos costos derivados de tratamientos y medicamentos, definidos por el Consejo de Salubridad General, con criterios de carácter clínico y epidemiológico, seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Es decir, estos temores a la “catástrofe” se definen desde la medicina y la salud pública en relación con la economía, es decir, para hablar de lo catastrófico desde esta definición se debe tomar la Nueva Salud Pública como punto de vista y quienes tendrían la legitimidad para hacerlo serían los neosalubristas.

Según estos discursos en México, los riesgos catastróficos tienen la cualidad que se demandan con menor frecuencia que otros servicios médicos, lo que por un lado, dificulta la conformación de una cartera de riesgos lo suficientemente grande para minimizar el costo total que la prestación de estos servicios genera para el sector público, y por otro, los servicios de alta especialidad que los atienden son muy costosos por lo que cualquier variación puede poner en riesgo financiero a una institución. Por ello proponen un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos, que permita la mancomunación de riesgos para todas las instituciones públicas. De esta forma, el temor a la catástrofe obliga a

integrarse, a derribar diferencias institucionales y crear mercados libres y abiertos, a mancomunar los dineros de la seguridad social, el aseguramiento privado y la SSA. Mientras que a los usuarios, el miedo a la catástrofe los obliga a asegurarse. El temor al riesgo financiero o sanitario obliga a articularse a la modernización neoliberal. Siguiendo a Laurell (2007), la razón de canalizar más y más dinero al Seguro Popular corresponde a la idea sobre cómo organizar el sistema de salud. Se busca crear un fondo público de salud para la privatización parcial de la prestación de servicios y luego de la administración de fondos. Primero los intereses de los prestadores privados y luego del CMF.

Como hemos visto, la lógica de la modernización neoliberal indica que una vez convergen los fondos la asignación de los recursos se hace por la competencia en el mercado. Allí se justifica la portabilidad de beneficios y derechos, que son un paquete de servicios a los que mediante un contrato comprado se puede exigir. Bajo esa lógica un derecho se cosifica de manera tal que se puede portar, cargarse encima, llevarse en el bolsillo para cualquier lado. Como hemos señalado, con la portabilidad se crea el mercado al vincular el dinero con la demanda, los clientes que se mueven, que circulan, que son naturalmente libres para elegir, y no con la oferta, los hospitales.

Para estos discursos la portabilidad propiciará que los recursos sigan al paciente y sus necesidades para con ello reducir las duplicidades y el doble pago de coberturas. De esta forma, el discurso pareciera decir que el dinero cobra vida y autónomamente sigue a las personas, y como el dinero también es neutral, es pura información, no hay intervención humana ni sus intereses, ni política.

La figura del dinero siguiendo a las personas además asume que éstas libremente saben a dónde dirigirse cuando están informadas. Pero como hemos señalado si las personas se guían por la información y ésta la producen comunidades científicas en mancomún con la industria y las aseguradoras, pues el dinero los seguirá a ellos. Y para que los siga deben romper con la división institucional, con la segregación, e integrar todo el sistema para que el dinero circule lo más rápido posible, siguiendo la información que ellos producen.

En el PRONASA Calderón se señala que los recursos no son suficientes, que el gasto en salud particularmente el público es comparativamente menor al de otros países de América Latina y por ello se requiere un aumento significativo. Pero ese aumento discursivamente se liga a la protección ante riesgos, es decir, a todo el dispositivo de poder de la modernización neoliberal. Con ello concuerdan los aumentos considerables al SP mientras el resto de la seguridad social tiene cambios más moderados y hasta negativos en su financiamiento. Así, una vez se rompan las barreras institucionales y todo circule, especialmente el dinero y la población, se deben aumentar los recursos de la salud para que sigan a los que producen la información. Como el seguro de la modernización neoliberal y los intereses de los inversores en el sector, requieren de la integración, la competencia, también requieren de la ampliación de coberturas permanente, la universalización y más allá, y con ello el incremento constante del dinero.

El problema no es entonces el aumento de recursos al sector, o el aumento de las coberturas, pues los intereses del capital del CMI o el CMF los necesitan para su reproducción y así lo exigirán. Tal vez ese crecimiento de la financiación no se daría en la velocidad que ellos quisieran, por los intereses de los otros sectores económicos en reducir o controlar los costos de la seguridad social de sus trabajadores. Pero consideramos que con la conformación de FUNSALUD probablemente se garantiza que se lleguen a acuerdos en ese sentido, en un crecimiento paulatino y controlado. El problema del sistema a largo plazo no es entonces el monto de los recursos o la cobertura sino lo que sucede en la atención.

La conservación general de la configuración de relaciones de poder en el campo, la pérdida relativa de presencia del gremio médico y un posible aumento del poder del neosalubrismo y su orientación hacia el management, consideramos se expresa en la conformación de los consejos que se establecen en la Ley General de Salud. Así, al definir los integrantes del Consejo de Salubridad General, formado en los 80, se enuncia explícitamente la participación como vocales a los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, mientras que en el Consejo Nacional de Protección Social en Salud, creado en el periodo de estudio y de más fuerza reformadora, no se hace explícita su participación sino que agregada en el Secretario del Consejo de Salubridad General. En cambio, la participación de la burocracia o tecnocracia no aparece en el primero mientras en el segundo sí.

4.3. Ideología y el proceso de trabajo hospitalario

4.3.1. Objetos de Trabajo en el Sistema de Salud en México

Como señalamos en el capítulo anterior, el encasillamiento y empaquetamiento del objeto de trabajo, llámense patologías y riesgos sanitarios, permite su circulación libre en el sistema de salud, entre instituciones, para ser compradas y vendidas en el mercado. La enfermedad al reducirse a patologías y riesgos se transforma en el trabajo privilegiadamente a través de las tecnologías y actos de la medicina hegemónica. Se empaquetan entonces objetos de trabajo con las tecnologías y actos médicos que según la ciencia son eficaces y eficientes para transformarlos.

En el caso mexicano el empaquetamiento de objetos de trabajo del Seguro Popular se llama CAUSES - Catálogo Universal de servicios de Salud-, que incluyen intervenciones de consulta, urgencias, hospitalización y de gastos catastróficos. Según el PRONASA Calderón el empaquetamiento de las intervenciones se realiza mediante un ejercicio de priorización siguiendo evaluaciones clínicas, éticas, sociales y económicas. Nuevamente, el tema de la producción de la información tecnocientífica se pone en el centro. Aquellos criterios con los que se priorizan son monopolizados por las comunidades científicas en relación estrecha con los intereses del CMI y el CMF. La definición del objeto de conocimiento y de trabajo y las maneras de conocer excluyen otras formas de comprender la enfermedad y la atención y por tanto otros actores sociales, pero sobretodo a los enfermos quienes son los que viven su experiencia de enfermarse y vivir con esa enfermedad.

El problema que queremos indicar es que ideológicamente la forma como lo plantean estos discursos procura que la discusión gire en torno al número de intervenciones que se incluyen. Por ello los discursos señalan que paulatinamente se irán sumando nuevas intervenciones con el pasar del tiempo. Por supuesto, el problema más importante es ese, en el sentido que muchas personas se enfermarán y otras muchas perderán la vida porque el CAUSES no ha incorporado “aún” ciertas intervenciones²¹. Pero aquí queremos indicar que planteado de esa forma, el número de intervenciones y el tiempo en que se incorporarán será progresivo, garantiza la legitimidad del sistema y de los actores que se encuentran detrás. Pues como hemos visto, pareciera conveniente para el CMI, el CMF y sus comunidades

²¹ Para Laurell, con el CAUSES del Seguro Popular persiste de esta manera una barrera económica muy importante de acceso a la atención médica de los beneficiarios. De las mil 400 enfermedades publicadas por el SP son en realidad 497, aplicando la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10- de la Organización Mundial de la Salud -OMS- e incluyendo los diagnósticos y sus subclasificaciones. Para Laurell, el discurso sobre la cobertura universal de salud confunde intencionalmente la cobertura de un seguro con el acceso oportuno a los servicios y medicamentos requeridos y es, por ello, propaganda. Laurell, A. C. (2012b). La lógica de las «reformas estructurales» y la investigación científica. *La Jornada*. Opinión.

científicas, el aumento paulatino del financiamiento del sistema de salud, ya que en buena parte ello irá para sus arcas o sus intereses. A quienes les perjudicaría sería el capital no ligado a salud.

El problema ideológico es pues el paquete en sí: el que se pueda encasillar la enfermedad en un conjunto, amplio o estrecho, de patologías y riesgos, y sus tratamientos y actos tecnocientíficos. El que así, la enfermedad, pueda reducirse a una mercancía o una condición médica. Si la enfermedad es más que patologías y riesgos, y por lo tanto, la atención más que tratamientos y actos tecnocientíficos, se pone en entredicho la naturalidad con que se ha definido el orden social del sistema de salud, por la nueva salud pública, los neosalubristas y los intereses del CMI y el CMF.

4.3.2. Las Tecnologías Organizacionales

Como señalamos, en los discursos la tecnologización de la medicina y su control de costos fue uno de los elementos que permite converger la disciplina médica de antaño con la modernización neoliberal actual. No obstante, en una estrategia discursiva se señala que el nuevo sistema trataría de evitarla. Se señalan entonces líneas de trabajo en los PRONASA donde las acciones de salud se “reorientan” hacia lo familiar o comunitario, cuidando de hacer un equilibrio entre estos y el hospital. Por ello proponen llevar la tecnología transportable a las casas. Con ello reducen los costos de hospitalización, pueden señalar que las acciones de salud tienen un componente extramural y además las familias se hacen responsables de su salud. Se proponen entonces servicios de enfermería familiar y comunitaria, atención domiciliaria de pacientes terminales, servicios ambulatorios y centros día, entre otros.

La segunda propuesta es el fortalecimiento de la resolutivez del primer nivel de atención. Sin embargo, ese fortalecimiento se reduce nuevamente a mejorar las tecnologías médicas y los conocimientos tecnocientíficos pero de menor complejidad y costo. El problema del hospitalocentrismo en estos discursos no es la reducción de la atención a la tecnología o el saber biomédico sino a abaratar sus costos.

4.3.3. La Autonomía Hospitalaria en México

La autonomía hospitalaria se justifica en el PRONASA Fox en que el control centralizado incide de manera negativa en la calidad y eficiencia de la atención, así se responde con lentitud y de manera poco precisa a las necesidades de los pacientes y de los proveedores directos y a los cambios de la demanda de la población.

En este sentido, se acusa a la asignación de recursos a los prestadores sobre bases históricas de inequitativa e ineficiente. Por ello en los discursos la autonomía hospitalaria va de la mano con la asignación de recursos sobre la base de acuerdos de gestión, considerados como instrumentos que comprometen a los hospitales a cumplir con determinadas metas de cobertura y calidad a cambio de una cantidad determinada de recursos. Según esto los acuerdos de gestión estimulan la responsabilidad institucional y generan incentivos para mejorar calidad y la productividad de los servicios. De esta forma, el gran cambio en la gestión hospitalaria, la autonomía, se justifica por las transformaciones que estas pueden tener sobre las disposiciones de los directivos, sobre su responsabilidad e interés, sobre la seducción.

Con las tecnologías de gestión, los actos de trabajo de los profesionales podrán ser encasillados, estandarizados y traducidos en números y finalmente en dinero: definición de población, paquete de

beneficios, metas de cobertura y calidad, detalles de las características de los servicios y de los recursos humanos que habrán de prestarlos, los programas de calidad, los mecanismos de protección de los derechos de los usuarios, y los procedimientos de revisión y modificación de acuerdos. Según los discursos todo esto se pondrá en juego con el fin de seducir la responsabilidad y el interés del management y así hacer más productivo el hospital.

De esta forma hay un exceso de confianza que esa cosificación de la gestión y de los procesos de trabajo, que se hacen en trabajo vivo, pero se reducen a cifras y dinero, representan la gestión y el trabajo en la realidad. En otras palabras, se cree fielmente que el mapa es igual al territorio. Y que cosificar la gestión y el trabajo en cifras y dinero generará en los directivos siempre los incentivos, la seducción, para mejorar la calidad del trabajo, sin considerar que, tal vez, genere los incentivos para mejorar la cosificación de la calidad del trabajo y no el trabajo mismo. Es decir, que las directivas y los trabajadores aprendan a jugar con la cosificación que se hace de la realidad del trabajo para obtener los recursos, mientras el trabajo mismo, la atención a los usuarios, sigue un rumbo distinto a lo que se vislumbra en la cosificación.

Además, el PRONASA Fox señala que para fortalecer la autonomía hospitalaria se requiere la compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas. Es decir, que el dinero siga a los clientes según su percepción de la calidad y la accesibilidad. Los prestadores de cualquier lugar deben cobrar por los servicios prestados según acuerdos con las entidades federativas, mediante mecanismos de pago cruzados entre unos y otros. Ya discutimos que la calidad en buena medida se ha definido y cosificado de antemano en cifras e información que circula y modela la percepción de los clientes. Por lo tanto, la percepción de los clientes ya está predefinida, ya se les ha dicho qué es calidad y que no, qué pueden exigir del paquete de beneficios y que no, qué pueden percibir y que no. La percepción es pues culturalmente creada y reconfigurada y el Estado seductor y las comunidades científicas hacen un esfuerzo por orientar esa percepción de los clientes. En general, se espera que la percepción y valoración de los clientes sobre la atención quede limitada a las tecnologías, los actos tecnocientíficos tradicionales y a la hotelería hospitalaria y los tres son suministrados y se articulan a los intereses del CMI y el CMF.

De esta forma, la percepción de los clientes se reconfigura para que sigan la información y con ella el dinero. El dinero sigue la información, mientras los clientes son solo los que portan el dinero. Así los mecanismos de compensación que se promocionan como un mecanismo de separación de funciones entre la prestación y el financiamiento, crean mercados que funcionan por la seducción de la información. La separación de funciones entre prestación y financiamiento es pues un mecanismo que busca agilizar el paso del dinero por la prestación, la rotación del capital de su forma monetaria a la producción y de nuevo a la monetaria, lo más rápido posible, y así acelerar las ganancias. Y los clientes son los portadores virtuales de ese dinero, que al sujetarse como tales buscan su satisfacción inmediata, satisfacer su creciente insatisfacción sin dilaciones, y por tanto, exigen y colaboran para acelerar la productividad.

En el discurso la portabilidad y la compensación entre entidades federativas se adapta al cambio societal consistente en el paso de las personas de un arraigo al territorio y a las instituciones a uno más móvil, donde se asume que las personas no solo se mueven sino que desean moverse y las instituciones deben flexibilizarse ante ese movimiento. Pero en ese movimiento de adaptación también alientan la movilidad y el desarraigo. El vínculo con la institución hospitalaria y con los trabajadores se flexibiliza y se condiciona a la percepción de los clientes. Pero como vimos es una percepción modelada exteriormente y por tanto interesada.

Con una autonomía así definida, el vínculo entre operadores y clientes se reduce al instante de la atención, donde se transa por un dinero un paquete de beneficios, tecnocientíficamente definido. El encuentro entre trabajadores y usuarios queda limitado a un operador técnico, llámese médico o enfermera o cualquier otro profesional, que percibe en el otro a un cliente que porta dinero, ligado a una patología y un riesgo y al que hay que darle un paquete delimitado por criterios de eficacia y eficiencia, mientras el cliente percibe en el otro un operador que debe darle paquete según las indicaciones del contrato mercantil. El vínculo entre trabajadores hospitalarios y usuarios queda mediado por los intereses de los productores de la información y del Estado seductor.

Asimismo, el aceleramiento de la atención promovida por la autonomía hospitalaria se liga en estos discursos a la revolución tecnológica y la creación de redes virtuales para la prestación de servicios. Con la justificación de resolver problemas de continuidad de la atención y barreras geográficas, con el fin de evitar la duplicación de estudios y la ampliación de servicios se valora positivamente la aceleración del intercambio de información. Nuevamente, lo que se señala que se intercambia en estos discursos es el apoyo de diagnósticos y tratamientos con tecnologías especializadas. De esta forma, ya no se necesita a los cuerpos de los clientes que portan el dinero sino que solo es la información virtual la que circula por medios electrónicos y con ella el dinero.

De igual manera, la autonomía hospitalaria se promueve acompañada por su articulación a redes de servicios de salud. Esto justificado al cambio constante de la demanda de servicios que “obliga” a agilizar sus procesos y adaptar constantemente sus modelos operativos. Según estos discursos las redes permiten mejorar la capacidad resolutoria de los servicios, garantizar la continuidad del proceso de atención y fortalecer la prestación complementaria y cruzada de servicios. Las redes ofrecen, entonces, una atención médica centrada en el cliente. Igual que en los ejemplos anteriores, lo que transita en estas redes no son personas, sino paquetes de beneficios que tienen costos y con los que se puede obtener ganancias o pérdidas monetarias. Las redes se articulan a la tecnologización de los actos hospitalarios, pues se estructura a partir de ella, y, al mismo tiempo controla costos, articulándose a la búsqueda de la productividad del hospital. Los intereses del CMI y del CMF se garantizan en las redes, mientras las personas, trabajadores o enfermos se reducen a jugar con ellos o quedar por fuera.

La autonomía hospitalaria debe considerar además la variabilidad médica en la prescripción injustificada de fármacos. Esta se refiere a la indicación indebida de medicamentos por parte de un profesional de la salud. Se justifica en los documentos porque incrementa el riesgo de los pacientes y propicia la aparición de tolerancia y resistencia a los medicamentos e incrementa los costos de la atención. Además, porque perjudica a los más vulnerables, a las personas de bajos recursos, porque les obliga a hacer un gasto innecesario. De esta manera, el riesgo sanitario y financiero es la justificación para controlar esa variabilidad médica. Además, se le agrega un elemento de justicia social para robustecer el argumento.

En el PRONASA Fox se señala que entre las causas de prescripción injustificada se encuentran, la presión de los pacientes para obtener una receta, la inexistencia de normas técnicas de prescripción y la presencia de compañías que promueven el uso de sus medicamentos. Aquí se evidencia una tensión entre el CMI que produce estos fármacos y los médicos y pacientes que son manipulados por ellos y el control de costos. Sin embargo, para mediar en el problema se remite al encasillamiento de saberes tecnológicos en las facultades de medicina y los hospitales universitarios que no se escapan de esa influencia de la industria farmacéutica. O se pretende controlar mediante la aplicación de normas técnicas, que son en buena medida construidas a partir de la información tecnocientífica que producen las comunidades científicas y que en el caso mexicano son muy cercanos al CMI y el CMF en espacios institucionales como FUNSALUD. Para controlar a la medicina se echó mano de entablar un discurso de

la medicina como ciencia, a la par de monopolizar los aparatos de producción y circulación legítima del conocimiento sobre la enfermedad, y así mediar entre los intereses del CMI y el CMF en el establecimiento de las normas técnicas que modularían el trabajo médico.

Por otra parte, la autonomía hospitalaria tiene como una de sus estrategias la construcción de Hospitales Regionales de Alta Especialidad –HRAE-. En los PRONASA y PND de Fox y Calderón apenas se enuncia señalando que con el fin de promover la creación de centros de atención especializada se formularán, evaluarán e implementarán proyectos de inversión público-privado en infraestructura en salud. Sin embargo, Herrera y Laurell señalan que la importación del modelo desde Gran Bretaña –país que lo creó en el gobierno Thatcher- a México arrancó en el 2002, solicitando una asesoría a la empresa Sanitaria Británica -Partnership UK- y del envío de delegaciones de funcionarios públicos para capacitarse. Entre los argumentos que justifican el modelo HRAE se encuentran: reduce el tiempo de construcción del hospital, los pagos se realizan una vez culminada la obra y están en función de la disponibilidad y calidad de los servicios, se evitan las desviaciones de la inversión, la iniciativa privada tiene más habilidades para el desarrollo de proyectos y se transfieren riesgos al proveedor de servicios.

Pero es interesante ver que estos hospitales que construyen con capital público-privado, precisamente articulen la alta especialidad tan cara al CMI y el *management* del CMF: “un enfoque innovador que se propone mejorar el desempeño de las unidades en la prestación de servicios de alta calidad y eficiencia”(Hernández Llamas, Castro Albarrán et al. 2006 p. 11). También que los HRAE se inscriben en el contexto de la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de Salud, es decir, con Fox la promoción de la alta especialidad y el *management* se incluye en las políticas de calidad de los servicios, haciendo de la calidad una mezcla de las estandarizaciones del CMF y de la alta tecnología del CMI. Tal vez sea una apuesta por legitimar el pluralismo estructurado a la mexicana precisamente en los hospitales donde el saber médico ultra especializado define la organización. Si se hace bien en estos hospitales se puede hacer en cualquier otro servicio. Esto explica por qué de manera simultánea a la construcción de los HRAE, la infraestructura de salud más urgente –los centros de salud y hospitales generales– no se construye.

Las características de gestión de los HRAE son precisamente todas estas que hemos venido analizando como propias de la modernización neoliberal: conducción por el management seleccionado por méritos, planeación estratégica, presupuestos de ingresos y egresos no históricos, eficiencia de espacios y recursos, racionalidad arquitectónica y funcional de las unidades, pluralidad de fuentes de financiamiento, prestación universal de servicios a cualquier institución del sistema de salud, acuerdos de gestión, sistemas de costos, pagos por medio de asignaciones fijas, variables en función a la productividad y estímulos al desempeño; vinculación por planta y por contratación por servicios profesionales, asociada a tiempo y obra determinada; estímulos de desempeño a trabajadores en función de la productividad en función de los equipos, calidad de los servicios y reducción de riesgos para los pacientes; jornadas continuas o extendidas que eviten la deserción en horas de trabajo; guías médicas y estándares rigurosos; contratación de otros no operacionales; interfaces con sistemas de información estadísticos y epidemiológicos. Pero también del interés del CMI: equipos y sistemas de vanguardia a la altura de la tecnología médica y personal altamente especializado.

Según Laurell(2009c) los HRAE representan claros avances de la incursión de la iniciativa privada en el Estado. Ella cuestiona los montos pactados en los contratos, pues en los HRAE del Bajío y Ciudad Victoria son superiores a los que se habrían erogado mediante el esquema tradicional, de inversión únicamente gubernamental. Mientras para el primero, el contrato con la empresa Acciona costó 3 mil 600 millones de pesos, con solo inversión gubernamental habría salido en 3 mil 436.6 millones de pesos, es decir,

163.8 millones de pesos más. En el caso del HRAE de Ciudad Victoria, el contrato se firmó por cuatro mil 724.9 millones de pesos cuando con solo inversión gubernamental sería de 2 mil 317 millones para el PDR.

Como señala Laurell(2009c), con la firma del contrato, el inversionista se compromete a construir el inmueble, adquirir e instalar los equipos y hacerse cargo de la operación del hospital, lo que incluye mantenimiento, almacén, intendencia, cocina, telecomunicaciones, vigilancia, lavandería y ropa. Bajo el esquema, la empresa construye y mantiene la propiedad del inmueble durante 25 años, tiempo durante el cual recibirá un pago anual. En tanto la contratación y pago de salarios del personal y la compra de medicamentos queda a cargo del gobierno federal. Para ella estos proyectos tienen indudables ventajas políticas para quien gobierna, pues se construye el hospital en poco tiempo, le saca rentabilidad electoral y pagan los que vengan detrás. En el largo plazo, dice, también ganan las empresas, porque mantienen y amplían sus carteras de contratación y reducen sus riesgos de inversión.

4.3.4. Calidad.

Para Menéndez (2005) la principal discontinuidad entre el priato y la llegada del PAN ha sido el impulso que se le dio a la calidad. Tal vez porque allí convergen las lógicas de los discursos de la planificación normativa y de la modernización neoliberal. En ambos el encasillamiento de los objetos de trabajo, con las tecnologías y actos para su transformación debe estar definido por la ciencia. En la planificación normativa la racionalidad permite la planeación de los instrumentos en el futuro, mientras que en la modernización neoliberal controlar la variabilidad médica permite la circulación y la competencia de paquetes de servicios mediante la estandarización. El aumento de la tecnologización de la salud y el control de sus costos, se articulan allí, en la calidad.

La heterogeneidad de los conocimientos médicos, la variabilidad de los actos médicos, es un problema de calidad en estos discursos. Por ello proponen su estandarización. La estandarización la definen como un esfuerzo continuo por hacer que “los procesos sean cada vez más eficaces y más apegados a las demandas de la sociedad”(Presidencia de la República 2001, p. 11). La justificación ideológica de estandarizar los objetos de trabajo, las tecnologías y los actos tecnocientíficos, funciona aquí ubicándola externamente a los servicios y al campo de la salud, en la población, y naturalizando esa demanda, en las necesidades de ellos, en las patologías y riesgos, que se consideran como biológicas y por tanto naturales.

Así, el PRONASA Fox señala que en 1999, meses antes de la alternancia presidencial, ya se había puesto en marcha un proceso destinado a la elaboración del programa nacional de certificación y autorización de funcionamiento de los hospitales que culminó con la conformación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales. Esta Comisión se organizó dependiente del Consejo de Salubridad General que tiene como representantes permanentes a los gremios médicos y de cirugía. Es decir, la estandarización que se dirige a la competencia de mercado, en el discurso se le entrega al cuerpo médico, restándole su capacidad de controlar la variabilidad médica desde una pura lógica externa, del management, sino que se les delega para su autocontrol.

La estrategia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios planteada en el PRONASA Fox propone tres elementos: abatir la desigualdad, el trato digno y mayores oportunidades de realización profesional. Mientras que en el PND Calderón la calidad toma un nuevo vuelo. Al plantear el Sistema Integral de Calidad en Salud situaría a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud y asumiendo la calidad con un tinte claramente empresarial: “desplegará una estrategia de calidad total,

mejora continua y adopción de modelos de excelencia” (Presidencia de la República 2007, p. 66). También se propone el Sistema Integral de Calidad en Salud -SICALIDAD- que articula la ciencia - medicina basada en evidencia -MBE--, la gestión del encasillamiento de objetos de trabajo, tecnologías y actos tecnocientíficos -modelo de calidad total-, la circulación de información -difusión de buenas prácticas-, la emprezarización del hospital -orientación de los servicios hacia el usuario-, y la relación entre dinero y seducción -vínculo entre el financiamiento a los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida-. Pareciera que el enfoque managerial de la calidad crece entre los discursos de Fox y de Calderón.

Parte central de la estandarización son los protocolos y las guías clínicas, mediante la MBE y en el caso mexicano no es la excepción. Pero en estos documentos se indica que la promoción y adopción de las guías clínicas se hace por consenso y basadas en evidencias científicas. Por un lado, pareciera que reconocieran el conocimiento construido por la experiencia de los trabajadores en su práctica cotidiana y por ello consideran el consenso como un mecanismo para definir las guías. Pero por otro, lo anulan al basar esa discusión en las evidencias científicas. La discusión se hace no sobre la experiencia cotidiana, sobre el saber construido por la trayectoria de individuos y equipos de trabajo en contextos específicos y diversos sino sobre artículos científicos que privilegian un tipo de objetos de conocimiento y formas de conocer que por lo general excluyen formas de conocer que no traten de imitar a un laboratorio, que no consideran el contexto social, temporal y espacial hospitalario y comunitario, y, mucho menos la subjetividad de los investigadores y los objetos de conocimiento. Siguiendo a Abrantes, esa es la forma privilegiada de conocer en la Nueva Salud Pública.

Con la estandarización el trabajo hospitalario se reduce a la repetición mecanizada de guías y protocolos que variarán lo mínimo posible. Es una visión limitada del trabajo hospitalario y las relaciones que tiene con la subjetividad, la identidad, la experiencia, los significados y los juegos de poder que se desarrollan en su realización. Se percibe el trabajo hospitalario en forma de laboratorio, aséptico socialmente y la estandarización como un ejercicio de afinamiento de la maquinaria. Los trabajadores desaparecen y surgen los operadores técnicos como lo señala el texto de la OPS estudiado en los capítulos anteriores. Estos operadores técnicos aseguran que sin importar el contexto se le preste el mismo servicio a un cliente y con ello el servicio se pueda comparar, competir, costear y poner a funcionar en el mercado.

Esta reducción del trabajador a un operador técnico requiere un amplio proceso de inculcación. Hacia allí parecieran dirigirse las preocupaciones de la cultura de la calidad, que se evidencian en los discursos. Entre las estrategias se encuentra la difusión de la MBE y el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud. Con la MBE se pretende aceptar el encasillamiento del trabajo como un avance en la científicidad del trabajo, y de jugar con las reglas de juego del hospital como sitio privilegiado de combinación de autoridad y conocimiento. Entre más se sepa de MBE más conocimiento y más autoridad se tendrá en el hospital. Entre más se reduzca y especialice el trabajo a una forma de conocer más autoridad se tendrá por su conocimiento.

Mientras que el premio pareciera más un símbolo de distinción para que el management juegue en el mercado, que de inculcación a los trabajadores, como entendimos la estandarización en el capítulo 3. Tal vez busque comprometer más al management a crear estrategias internas de inculcación.

En el PRONASA Fox la calidad tiene dos niveles el técnico y el interpersonal. La primera es la que ya hemos analizado con la estandarización: busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es la calidez. En este discurso trata sobre el “respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción” (SSA 2001, p. 206). Siguiendo la idea de integralidad como

intercambio en el mercado, la persona integral refiere a que ésta puede requerir más de un médico especialista en sus actos tecnocientíficos para transformar su patología o riesgos, y el mercado logra que como cliente pueda consumir unos y otros. Se asume que el humano integral está compuesto por diversos aparatos, sistemas, etc. biológicos, corpóreos y mentales y que la única forma de unirlos es a través del conocimiento tecnocientífico. Las especialidades médicas, la psicología, el trabajo social, etc. tratan de partes de ese humano y lo que las une a ellas y a ese cuerpo fragmentado es la ciencia. La integración del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica que plantea el PRONASA Calderón, sigue el mismo camino.

La satisfacción en este sentido es pues el ajuste entre la oferta de múltiples trabajadores unidos por el mercado, con las formas como el cliente percibe y valora esa oferta. El estudio de la satisfacción buscará así esa adecuación, que el cliente cada vez acepte esa fragmentación -p ej. aceptando como un derecho el paquete de servicios o la fragmentación de su atención por especialidades como una garantía de eficacia- y que el servicio interrelacione las múltiples disciplinas mediante mecanismos de mercado y el saber científico biomédico. Vincular el financiamiento y la calidad percibida es entonces promover la adecuación de unos y otros, de que el hospital seduzca con mayor ahínco al cliente que lo que produce es lo que necesita.

El maltrato, la falta de respeto, el hostigamiento y la falta de amabilidad del personal se plantean como problemas de derechos humanos y de queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como se indica en el PRONASA Fox. Pero pareciera que esta diversidad de quejas se pudieran articular alrededor de la información, su entrega oportuna y clara por parte del médico, y por reducir el tiempo de espera para obtener una cita, ver un especialista o ingresar a un hospital.

La dignidad humana gira entonces alrededor de la entrega de información completa y atención oportuna. La sostenibilidad financiera del hospital requiere que la seducción sea eficaz, que el Estado, las comunidades científicas y los medios de comunicación difundan con mayor rigor la información. Y que el hospital acelere su productividad y satisfaga sin dilaciones los deseos y temores de los clientes. Todas las piezas deben funcionar para que la dignidad humana y la productividad se satisfagan con lo mismo. En los discursos de la modernización neoliberal ambas requieren de lo mismo.

Además de estas herramientas se proponen los códigos de ética, donde el trabajador puede conocer los fines, características y límites de su actividad profesional, y los derechos y expectativas de los usuarios de los servicios. De esta manera la ética también se empaqueta y se le entrega al trabajador en forma de código, se le dice cuáles son los límites de su trabajo y lo que piensan sus clientes. De nuevo pareciera que el trabajo y las subjetividades de los usuarios no se relacionan con contextos y trayectorias específicas, sino el primero a una operación técnica claramente limitada por la ciencia y lo segundo a las subjetividades propias de un cliente, a la satisfacción de sus deseos. Ambas son universalizables y cosificables en un documento al que se debe obedecer.

A la par de estas tecnologías de gestión en los discursos se reconoce a las tecnologías de equipamientos e infraestructura como una causa de los problemas de calidad. En los discursos se dice que la infraestructura hospitalaria es la base para lograr la cobertura universal en salud y la calidad. Se enuncia entonces como estrategia de calidad el asegurar recursos humanos, equipamientos, infraestructura, y tecnologías de salud suficientes y oportunas, y la formación avanzada entre el personal médico enfatizando la investigación y la actualización sobre los adelantos e innovaciones más recientes de la medicina en sus diferentes especialidades. Aquí se observa el peso del CMI en definir la calidad a pesar

de la búsqueda de centrarla alrededor de estandarizaciones que controlarían al médico. Para el CMI la calidad giraría alrededor de los productos que producen las industrias mientras que para el CMF alrededor de los encasillamientos de control de la variabilidad médica y control de costos.

Por otra parte, es interesante que en los discursos mexicanos la función del sistema de salud, que en el BID Londoño y Frenk llaman articulación, aquí se reemplaza por generación de recursos para la salud. En el discurso del BID la generación de recursos aparece subordinada y se excluye como función central de los sistemas de salud porque no se pretende modificarla en las reformas. En esta se incluye desde la producción de profesionales, hasta equipamientos y fármacos, es decir, el núcleo duro del CMI. Como vimos, el poder del CMI en México es trascendental, tanto la influencia de los gremios médicos, como de las industrias de equipamientos y fármacos, y además, hacen parte importantísima de FUNSALUD, articulándose al empresariado neopanista y priista neoliberal.

4.3.5. Recursos humanos

En estos discursos se asume como positivo que el control de los profesionales de la salud se encuentre por fuera del Estado, en manos de los gremios médicos, de expertos, y mediante mecanismos de estandarización. La estandarización se utiliza aquí tanto en la forma de acreditación de las Facultades de Medicina como de Enfermería. También se aplica mediante el Examen Nacional de Calidad Profesional que realiza una entidad gubernamental como requisito para graduarse o la certificación de médicos generales que coordina el Consejo Nacional de Medicina General y la certificación de especialistas coordinada por las academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía que según los autores son requisito para la contratación en instituciones pública y privadas y por las compañías de seguros. Así, ingresar al campo hospitalario requiere cada vez más acoplarse a las reglas de juego de la estandarización y moverse en el campo, de saber jugar con ellas. Cumplir con el estándar se convierte en un objetivo en sí mismo.

En el PRONASA Fox los profesionales de la salud deben hacerse un poco management, para adaptarse mejor a los cambios y seguir sus orientaciones. La formación de recursos humanos debe incluir un componente de management:

“La capacitación de los recursos humanos para la salud involucra el fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos de los servicios de salud; la capacitación de todo el personal de salud en métodos de garantía de calidad, y el fortalecimiento de los programas de educación continua de los profesionales de la salud en las áreas específicas de su competencia, sean éstas médicas, de enfermería, técnicas o administrativas” (SSA 2001).

Por otra parte, en el PRONASA Fox se define el servicio profesional de carrera como un mecanismo de incentivos que lleva al equilibrio a un nivel adecuado de remuneración, un sistema racional de promociones y a la satisfacción del profesional en su entorno laboral. De esta manera, las reglas de juego del trabajo se diseñan para seguir el dinero, el ascenso y la satisfacción del trabajador, pero no se considera al usuario y su enfermedad. Entendido como una persona egoísta y con racionalidad parcial la responsabilidad del trabajador es consigo mismo. Se establecen unas reglas que seducen a los operadores técnicos a la productividad.

Finalmente, la educación continua, la reconversión profesional se plantea como una estrategia en contra de los riesgos de quedar relegado al cambio permanente de la sociedad. Ideológicamente la reconversión profesional obedece al curso natural de la sociedad, a la simple adaptación de los trabajadores y no a una necesidad del sistema de salud por aumentar su productividad.

4.4. Conclusión

En este capítulo tratamos de mostrar cómo se define la ideología Modernizante Neoliberal en las Políticas Públicas de Salud de México. Argumentamos que en general el contexto de continuidad de la matriz corporativa de la sociedad mexicana tras la alternancia presidencial se replicó en el campo de la salud. La excepción fue la articulación del empresariado del CMI y del CMF con los políticos del PRI y el PAN alrededor de FUNSALUD, lo que les permitió entrar en la configuración de los actores relevantes del campo sanitario.

Esto condujo a que la ideología de los discursos analizados estuviera definida por un fortalecimiento de la posición de la tecnologización de la salud, cercana a los intereses del CMI, y un empoderamiento moderado de los seguros de salud. Así la reforma modernizante neoliberal mexicana prioriza la prestación de servicios privados, el ajuste de los hospitales públicos a su lógica y su gestión en manos privadas como se intenta hacer con los HRAE. Mientras el aseguramiento del Seguro Popular tiene una importancia más periférica, los aseguradores privados continúan fortaleciéndose con los subsidios cruzados y ambos se articulan con los prestadores privados y prevén la compra de servicios a los hospitales públicos subrogados.

Así, en los discursos se conformó un Estado seductor e integrador, que gestiona la información sobre riesgos financieros y sanitarios, y la búsqueda constante, pero hasta ahora infructuosa, de la integración, es decir, la mancomunidad de recursos de todas instituciones en un solo fondo para construir un gran mercado de la salud. Además, se planteó un empaquetamiento de la enfermedad reducido a riesgos, patologías, tecnologías biomédicas y a actos tecnocientíficos, que permiten su competencia en el mercado y la reducción de sus costos. El concepto de calidad se apoyaría, por un lado, en la instrumentación de los productos de alta tecnología del CMI y, por otro, en su estandarización para la competencia en los mercados de salud. Finalmente, se recurrió a una gestión de los recursos humanos donde se buscó interpelar a los trabajadores como operadores técnicos, e incentivarlos a sujetarse cada vez más a la tecnologización y lentamente al control de costos.

5. LA IDEOLOGIA EN LA REESTRUCTURACION PRODUCTIVA DE COLOMBIA

“La posibilidad de salvaguardar nuestra dignidad es inversamente proporcional a la integración económica de la sociedad.” Nicolás Gómez Dávila.

Introducción

En este capítulo analizaremos la ideología de la modernización neoliberal en los discursos de las principales políticas públicas de salud en Colombia. Como hemos señalado en los capítulos anteriores los discursos del Banco Mundial y del BID, pero especialmente el Pluralismo Estructurado escrito por Julio Frenk y Juan Luis Londoño, definieron la orientación de la reforma sanitaria del país y aseguraron desde el punto de vista ideológico su transformación. Definieron como objetivo del sistema de salud la aceleración de la rotación del capital de las aseguradoras por los hospitales a través del incremento de la productividad de la atención hospitalaria. Al mismo tiempo los discursos de las Políticas Públicas contribuyeron desde la ideología a asegurar la reproducción de los objetivos del pluralismo estructurado en el país.

El capítulo pretende mostrar cómo el discurso se construyó de manera tal que permitió tal reproducción: mediante la configuración de los elementos constitutivos de la Reestructuración Productiva -la relación del hospital con el Estado y los articuladores, y al interior del mismo hospital, es decir, los objetos de trabajo, tecnologías duras y organizacionales y actos de trabajo- alrededor de los elementos de la modernización neoliberal -libre circulación, competencia, armonía, normalización y búsqueda de ampliación constante del mercado de la salud-; recurriendo a las estrategias discursivas como la re-significación, al establecimiento de sinónimos, la comparación o la creación de nuevas palabras girando en torno de la Información; y, a la constitución de tipos de sujetos específicos ajustados a las demandas del sistema. Señalaremos como esta estructura ideológica tiene vacíos y contradicciones, como se articula al contexto político, económico y cultural colombiano, y al afán de asegurar un cierto orden social hospitalario apegado a la lógica capitalista imperante.

El capítulo se divide en tres partes. Iniciaremos abordando el contexto político nacional y del campo de la salud de Colombia dándonos posibles pistas sobre la forma específica que toma la ideología de la Modernización Neoliberal. Después analizamos como se expresa la ideología de la modernización neoliberal en la relación entre el Estado, los articuladores y los hospitales públicos. Para terminar con un análisis de la ideología del proceso de trabajo hospitalario.

En términos temporales tomaremos dos momentos claves para analizar el cambio en la reforma sanitaria colombiana: el primero es el periodo de la administración de César Gaviria, cuando se hace el giro institucional del país y el sector al neoliberalismo y a la modernización, mediante el establecimiento y posterior reglamentación de la Constitución de 1991, y mediante la formulación de la ley 100 de 1993. El segundo es la administración Uribe, que va desde el 2002 hasta el 2010 y que intenta realizar varios ajustes al sistema de salud, pero que no logran superar la inmensa crisis institucional, que lo tienen ad portas de una nueva reforma en la actual administración de Santos. Analizaremos el capítulo de salud de los Planes de desarrollo de Gaviria y Uribe, la Ley 100 de 1993 de formulada en la administración Gaviria y la Política de Prestación de Servicios de Salud formulada en la administración Uribe.

5.1. Contexto Colombiano: Cambio, Violencias, Modernización y Mercado

5.1.1. Contexto Socio Político

Como señalamos anteriormente el sistema político y económico colombiano se ha caracterizado por la exclusión usándose continuamente distintas formas de violencia contra los Otros. En Colombia elementos tradicionales y modernos se interrelacionan, reacomodándose continuamente los segundos en el seno de las prácticas de los primeros.

Es la coexistencia de orden y violencia en la historia política colombiana. La violencia remite como señala Pecaute a aquello que en lo social aparece en cada momento constituido como exterior (Pecaute 2001), como el Otro. Subsiste la antigua figura de Civilización o Barbarie que Sarmiento usó en Argentina pero que se apropió en Colombia, con cierta pasión. Las divisiones políticas toman el aspecto de amigo-enemigo que convierte la violencia en esencia de lo político, en busca del orden social.

A mediados del siglo XX, el periodo al que se le conoce como la “Violencia”, en el cual ambos partidos volvieron nuevamente a las armas pero esta vez no mediante una guerra civil explícita sino a través de grupos de guerrillas, llamados bandoleros, y que fue gatillada por el asesinato del candidato liberal Jorge Eliécer Gaitán, que se explicaría la situación de violencias actual. Algunos grupos de bandoleros no se ajustarían a la resolución de la “Violencia” que tomaron las élites partidarias mediante el golpe militar de Rojas Pinilla, sino que transmutarían en algunas de las guerrillas izquierdistas nacientes en los 60.

Además, con el Frente Nacional -1958-1974- se incubó una nueva ola de violencia cuando las élites de ambos partidos pactaron una coalición política donde se alternaron la presidencia por cuatro periodos, y donde se repartieron una idéntica cantidad de parlamentarios liberales y conservadores en el Congreso. Esta nueva exclusión de sectores sociales redundó en el nacimiento de las guerrillas de mayor tradición y persistencia en el país, las Fuerzas Revolucionarias de Colombia -Farc-, el Ejército de Liberación Nacional -ELN- y el Ejército Popular de Liberación -EPL- quienes articularon discursos de transformación revolucionaria del Estado. Cabe subrayar que aunque formalmente el Frente Nacional terminó a mediados de los 70 éste aún continúa con ciertas flexibilidades.

Desde finales de los 80 se crearon grupos contrainsurgentes de tipo paramilitar a partir de esas élites económicas y políticas regionales y que defienden sus intereses. Además, de estos grupos armados fuera de la ley, el ejército también ha hecho parte de procesos de exterminación de la oposición política. La relación entre las élites políticas económicas y los grupos paramilitares y del ejército han sido estrechas, hasta su fomento y protección. De esta forma, el sistema político colombiano se caracteriza por la coexistencia de orden y violencia, es decir, la violencia como recurrente instrumento de acción política.

Además, a esto debe sumarse la irrupción del narcotráfico tanto en la economía como en la política y en los grupos armados, lo que hace aún más compleja y violenta la situación. El dinero del narcotráfico ha permeado la vida política nacional, que se expresa en el proceso 8 mil donde se evidenció la llegada de estos recursos a la campaña del presidente Samper en 1994, o la elección de Pablo Escobar como congresista a mediados de los 80. De la misma forma, los negocios del narco se han introducido en el ejército, las guerrillas, los paramilitares y los grupos emergentes.

En la cultura política del país progresivamente se ha consolidado la idea que la oposición es sinónimo de subversión, la que ha sido en consecuencia estigmatizada, despreciada, y por momentos exterminada.

De esta manera, se ha buscado excluir y en muchos casos asesinar física y simbólicamente la oposición del régimen político y económico.

Coincidimos con Barrero (2011) cuando señala que las violencias colombianas tienen su origen en la incapacidad del sistema para resolver por la vía política las diferencias, provocado por la acción de las élites y su búsqueda de la reproducción de las estructuras económicas, políticas y culturales del país. Han sido dirigidas a la destrucción de los vínculos colectivos que permiten el reconocimiento del Otro, “la humanidad” de individuos pertenecientes a grupos marginados y desplazados. Las prácticas violentas de marginación, estigmatización, intolerancia, odio, negación, desprecio, aniquilación del Otro, de la diferencia, están profundamente encarnadas en patrones aberrantes de pensamiento y conducta colectiva, de subjetividades y dinámicas relacionales. Así, la existencia material y anímica en períodos tan largos de guerra genera una especie de huella psíquica colectiva que determina formas de pensar, sentir y relacionarse que impone el uso de la fuerza y la violencia en cualquier forma de relación humana. Las violencias se inculcan y se incorporan, y se ejercen en las relaciones macro y las cotidianas. Las violencias son las formas de zanjar o resolver las diferencias, eliminando al Otro. Para Barrero hay en la sociedad colombiana toda una estética de lo atroz, donde se siente gusto y placer por la desaparición física y simbólica de la otredad; una ética de la barbarie donde se justifica moralmente; y un cinismo donde se logra instalar en la memoria social un sofisticado mecanismo de ocultamiento sistemático de la verdad. Como veremos, esta violencia incorporada en los colombianos se expresa también en las relaciones que se establecen en el campo de la salud y en la atención, sobretodo en un sistema que estimula la competencia a través del mercado sanitario.

Por otra parte, Vargas también señala que las elites gobernantes se han centrado especialmente después de los 80 en la “modernización” del Estado más que en su democratización (Vargas 2011), más orden y violencia, pero esta vez, modernizada. En este contexto la única garantía de estabilidad política para estas élites ha sido la consolidación de un sistema de partidos estable. La prioridad es una gobernabilidad basada en un orden estable producto de reformas institucionales.

De esta forma, en nuestro análisis veremos el caso de Gaviria, quien a principios de los 90 logró establecer una idea de cambio mediante el achicamiento del Estado y la política y el fortalecimiento de la tecnocracia neoliberal, y el caso de Uribe, quien señaló que el cambio era posible al seguir debilitando más al Estado y homogenizando a toda la sociedad al definirle la supremacía moral de un solo punto de vista, el del mercado y el orden social, que resguardaba los intereses de los dueños del capital.

Sin embargo, las fuerzas de resistencia siguieron siendo atacadas por diferentes vías, coercitivas y simbólicas, desde fuera de ese orden institucional estable y mucho peor si no se entra dentro del juego institucionalizado, dentro del orden establecido por las mismas elites. Así, la modernización no se puede desligar del contexto violento, como tampoco de las formas como los sujetos se relacionan en el cotidiano de las instituciones modernizadas, incluyendo las relaciones de mercado, específicamente en este caso del sistema de salud y al interior de los hospitales. La Otredad en este sentido es aquel que no es funcional y sujeto al orden del sistema o no permite la ganancia. Las personas o instituciones que no se logran articular a un sistema de mercado tan excluyente como el de la salud colombiana, son considerados como un estorbo y susceptibles de borramiento. Además, todo este mecanismo está socialmente naturalizado.

La Constitución de 1991 manifiesta esta tensión entre modernización y democratización: mientras se construyó en un momento de democratización, al permitir la inclusión de grupos guerrilleros como el M-19 en la asamblea constituyente y la presencia de representantes de grupos étnicos, que produjo, por ejemplo, el establecimiento de mecanismos de democracia participativa, la finalización del concordato

con la iglesia católica o la formulación del Estado colombiano como un Estado Social de Derecho, al mismo tiempo, creó las condiciones para el asentamiento del neoliberalismo y su lógica de mercado modernizante en todos los ámbitos sociales, y el mismo día de las elecciones a esta asamblea era atacado el principal campamento de las FARC. El derecho a los servicios de salud de la constitución política de Colombia se tradujo en la creación de mercados de salud violentos, como veremos más adelante.

5.1.2. La Situación del Sistema de Salud

En Colombia la pretensión de modernización condujo a aplicar la reforma sanitaria de 1993 siguiendo a pie juntillas el pluralismo estructurado planteado por Frenk y Londoño y su formación de mercados de salud, sin la suficiente discusión y articulación entre los actores sociales y el capital del sector, especialmente entre los médicos y hospitales públicos y privados con las aseguradoras. De esta forma, los actores del sistema entraron en disputas violentas por los recursos en juego. El mercado de la salud que se constituyó se comenzó a reproducir a partir del orden de la modernización institucional y la virulencia de un juego económico violento.

Así, con la modernización y la división de funciones del sistema de salud que supuso, creó fuertes intereses contrapuestos entre los distintos tipos de capital. La reforma creó unas reglas de juego del sector en las que el Complejo Médico Financiero [CMF] y sus instituciones aseguradoras –las Entidades Promotoras de Salud, EPS- se robustecerían en un tiempo muy corto y se consolidarían como actores hegemónicos del sector. Mientras tanto, las reglas del juego ubicaron a los hospitales públicos y privados –llamadas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS- en posiciones subordinadas a los intereses de las EPS y en muchos casos esto les llevó a la quiebra (El Tiempo 2010). La ley 100 con su creación de mercados de salud, con inmensas asimetrías de poder entre EPS e IPS (Gorbaneff, Torres et al. 2008) y la fuerte centralidad del dinero en la relación entre ambos, les llevó a una confrontación constante, al uso de vías legales e ilegales para mantenerse en el juego del sector y/o escalar posiciones en el mercado, acumular capital, subordinar a los otros actores, y a una situación de crisis que pretende resolverse en la actualidad, en el gobierno de Santos, con nuevas reformas, incluida la reestructuración de las EPS en otro tipo de entidad y la reducción de su número de más de 60 a 15 o 20, mediante fusiones. En el 2012 existían 24 EPS del régimen contributivo y 48 del subsidiado.

Las siguientes páginas del contexto buscan ilustrar algunas expresiones de estas verdaderas batallas entre los actores del sistema, los juegos legales y de corrupción en los que se han embarcado y el tamaño de la crisis que se cierne sobre ellos.

Empecemos señalando que las EPS y los prestadores de servicios se enfrentaron constantemente y por ello sus respectivos gremios se convirtieron en actores preponderantes para dirimir los conflictos y dirigir el sistema, especialmente los problemas de financiamiento.

Al iniciar el gobierno Santos el Sistema de Salud ya estaba en una situación crítica financieramente. Como observa Iván Jaramillo (2007), al analizar el libro “Las Cuentas en Salud de Colombia 1993 – 2003” de Barón, el problema financiero del sector corresponde a la introducción de las aseguradoras en la estructura misma del sistema de salud. Según él, los aseguradores se quedaron con el 30% anual de los recursos disponibles, y de los “nuevos recursos” generados por la reforma ellos capturaron el 72% o los convirtieron en “costos de transacción”²².

²² De los \$4,7 billones anuales nuevos que generó la reforma a la salud del 93 solo 888 mil millones se convirtieron en servicios de salud y remuneraciones a los profesionales -menos de la quinta parte-, \$467 mil

Los aseguradores han utilizado diferentes estrategias legales e ilegales para capturar los recursos financieros del sector salud. Una de ellas es el crecimiento exponencial de los recobros²³ de las EPS del régimen contributivo al Fosyga, a partir de la promulgación de la sentencia T-760/2008 por parte de la Corte Constitucional. En tanto, en el 2006 los recobros participaban con el 5,6% en el total de ingresos operacionales de las EPS, en el año 2009 llegaron a ser el 18% (González 2011)²⁴. De esta manera, en el 2011 a las aseguradoras se le pagaron alrededor de 10 billones de pesos por el POS y 2 billones más por recobros, es decir, un 20% de sus ingresos operacionales (Semana 2011). Esto concuerda con lo señalado por Franco, quien dice que la apropiación de la renta de las aseguradoras del contributivo se hace especialmente por medio de recobros(Franco 2012).

Mientras que en el régimen subsidiado el principal mecanismo de apropiación de rentas por parte de las aseguradoras es la negación de servicios, y su consecuente incremento de tutelas²⁵. Las tutelas son herramientas jurídicas que pretenden asegurar la protección de los derechos fundamentales cuando estos se encuentran amenazados y cuando no existen otros medios de defensa judicial. No obstante, las EPS del régimen subsidiado promueven que el afiliado realice las tutelas para que se le presten servicios no incluidos en el POS, que se le paga a la EPS de manera adicional a las vías normales, y por tanto recibe recursos extras. En el régimen subsidiado la tasa de tutelas por salud aumentó más de 5 veces. Este uso, tanto de las tutelas como de los recobros, realizado por las EPS significa que el sistema les está pagando en dos ocasiones por el mismo plan de beneficios, es decir, les paga vía la UPC, que es como está diseñado el flujo financiero del sistema, como vimos en los antecedentes, y se paga adicionalmente vía recobros y tutelas.

Por otra parte, el flujo de los recursos financieros del sistema hacia las IPS era incierto. Principalmente porque los hospitales públicos y privados estaban sin liquidez por carteras enormes adeudadas especialmente por las EPS. La cartera reportada por los hospitales públicos en el 2011 a cargo de las EPS del régimen subsidiado ascendía a \$2 billones de pesos representando un 50% del total de la deuda, mientras las del régimen contributivo era de \$425 mil millones -11%, las deudas de las entidades territoriales por subsidios a la oferta sumaban \$704 mil millones -17%- y por otros conceptos \$861 mil millones -21%-. En el 2011 la edad de las carteras era de 25% hasta 60 días, 8% de 61-90 días, 14% de 91

millones se convirtieron en inversión en infraestructura y dotación, capacitación e investigación de salud -menos de la décima parte-,dedicándose \$ 1,2 billones anuales adicionales a la administración del sistema, \$757 mil millones a otras inversiones -¿CDT, TES, la bolsa de valores?- y finalmente la reforma generó en forma adicional \$1 billón de pesos anuales en utilidades, rendimientos, comisiones, excedentes o provisiones, que en el estudio se les llama "otros usos".

²³ Un recobro es el dinero que el sistema, a través del Fosyga, les reembolsa a las EPS por la prestación de servicios por fuera del POS a sus afiliados. Para determinar si el recobro tiene consistencia, el FOSYGA hace un análisis médico, jurídico y financiero.

²⁴ Mientras en el 2000 hubo 1.088 recobros en el 2009 fueron más de dos millones; los pagos del FOSYGA aumentaron de \$ 557.331 millones en el 2007 -o \$ 1.018.762 millones según el MPS-, a \$ 1.202.756 millones el 2008, luego a \$ 1.812.505 millones el 2009 y finalmente a \$ 2.236.120 millones el año 2010 FMC (2012). FMC presentará argumentos en audiencia pública de la Sentencia T760/2008 Audiencia pública de la Sentencia T760/2008 Federación Médica Colombiana.

²⁵ En los servicios autorizados por los CTC el recobro se hace por el 100% de su valor, mientras en los autorizados por tutelas sólo pueden recobrar hasta el 50% del valor. En un estudio de la Supersalud se encontró que alrededor del 50% de los recobros aprobados por tutela y el 21% por los Comités Técnico Científicos -CTC- eran productos POS Semana (2011). Entrevista de Semana con Supersalud. Semana. www.semana.com.

a 180 días, 18% de 181 a 360 días y finalmente más de 1 año el 36%(Supersalud 2011)²⁶. Es decir cerca del 50% de las deudas son técnicamente no recuperables.

Según la ACHC en su estudio del 2012 sobre percepción de las EPS por parte de las IPS en términos de confianza, calidad, contratación, comunicación e información, pagos, tarifas y auditoría (Clínicas 2012) se muestra que sólodos de las EPS lograron superar los 60 puntos establecidos como el límite inferior del índice de percepción²⁷. Un aspecto que preocupaba a las IPS era la imposición y obligatoriedad de cláusulas o condiciones de manera unilateral en el contrato que algunas EPS realizaban con las IPS. Así, existía una concentración de poder en las EPS superior a las IPS que se considera una de las causas de la difícil situación financiera de las segundas (Gorbaneff, Torres et al. 2008). Bajo esta posición dominante, según la ACESI las EPS trataban de equilibrar su insolvencia financiera a costa de los prestadores (ACESI 2012).

A pesar de su posición dominante sobre los prestadores lo que les daba ventaja en el mercado, muchas EPS se encontraban en insolvencia financiera: es decir, no tenían recursos para pagarle a las IPS y demás acreedores. Según el informe de la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud-²⁸ el número de EPS del Régimen Subsidiado a corte de diciembre de 2011, que no cumplían con el margen de solvencia mínimo pasó de 42% en el 2010 al 54% en el 2011, y del 36% al 31% las que no cumplían con el patrimonio mínimo. Mientras en el Régimen Contributivo, las EPS que no alcanzaban el margen de

²⁶En Bogotá la Secretaría Distrital de Salud señalaba que los problemas de financiamiento de los hospitales públicos también se debían a: los insumos que usan aumentan en su costo más del 5% del Índice de Precios al Consumidor -IPC- al año; el crecimiento en las asignaciones a los profesionales subespecializados como los anestesiólogos y cardiólogos; la multiplicidad de planes y manuales tarifarios transfiriéndose el riesgo -capitado, SOAT, ISS, entre otros- a los hospitales; la inexistencia de sistemas de costos sólidos lo que no permite un análisis de eficiencia; las características del SGSSS en sus procesos de contratación y control tutelar tienen como efecto el aumento constante del gasto administrativo; el incremento en la demanda de servicios de salud por parte de población sin capacidad de pago por condiciones de orden público del país; la integración vertical, que genera competencia desleal en el mercado -se paga bien y a tiempo-; el aumento anual de la UPC pero que no se traslada a la tarifa de pago a los hospitales públicos²⁶; la imposición de las EPS de las condiciones contractuales, flujo, pago de proveedores de servicios de salud e incluso protocolos de atención lo que implica pérdida de autonomía del hospital. Secretaria Distrital de Salud (2009). Situación y Perspectivas de la red de hospitales Públicos de Bogotá, D.C.

²⁷En el estudio la confianza llegaba a un 64,7 y la contratación 62,2; entre tanto, las áreas más críticas de las 18 EPS evaluadas fueron calidad con 36,1; auditoría 36,9 y comunicación e información con 38,2. Mientras pagos recibió una calificación promedio de 40,1 y tarifas 59,2. Para el 64% de los encuestados las EPS no incentivan la calidad en la atención de sus afiliados; el 49,5% reconoce que sólo algunas veces las EPS dan a conocer las directrices relacionadas con el modelo de atención a los afiliados. En el área de auditoría médica el 50,5% de las IPS consideran que dichos procesos no proponen planes de mejoramiento y el 35,3% que nunca el proceso de auditoría es realizado por pares. Manifiestan que en un 70,4% de los casos las EPS se demoran más de 60 días calendario en el pago correspondiente. El 53,1% perciben negativamente que las EPS del contributivo salvaguarden las garantías del afiliado para escoger las IPS de su preferencia. A la pregunta si volvería a contratar servicios con las EPS, las IPS encuestadas señalaron en un 8,3% No, porque no hay confianza, un 43,5% Si, porque no hay más, y un 48,1% si, por total confianza.

²⁸ La Supersalud cumple funciones de inspección, vigilancia y control.

solvencia pasó en el 2010 del 8% al 13% en el 2011 y aquellas que no cumplían con el patrimonio mínimo era del 21% en el 2011 frente al 17% en el 2010²⁹.

Por otra parte, en este marco institucional general y del modelo de salud, el sector salud se prestó para ser presa de la corrupción, el clientelismo y la mala administración. La corrupción general en el país durante el periodo de Uribe sobrepasó lo que se había acostumbrado, creándose mafias y carteles de contratación, que para la revista Semana encontraron la fórmula para “saquear sistemáticamente al Estado”: a esos escándalos se le llamó los carruseles de la contratación (Semana 2011). A nivel nacional, se destaparon escándalos de corrupción en entidades estatales como Banco Agrario, en la Dian, en el Incoder, en Estupefacientes, en la Superintendencia de Notariado y Registro, y por supuesto en Salud, entre otros.

Las EPS estuvieron inmiscuidas en escándalos de corrupción que redundaron en una importante pérdida de credibilidad y legitimidad y en propuestas en el congreso sobre su eliminación. Uno de estos escándalos fue el destape de un acuerdo entre 14 EPS afiliadas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, organización que reúne a la mayoría de EPS del régimen contributivo- que se tradujo en una serie de ilícitos: negar de manera concertada y sistemática servicios cubiertos por el POS a sus afiliados y así aumentar sus ingresos recobrándolos en el FOSYGA vía aprobación de tutela o de los Comités Técnico Científicos –CTC, quienes determinan la autorización de prestaciones excepcionales, como los medicamentos no incluidos en el POS-; además, manipular los datos que le entregaban al gobierno, intercambiando información con sus competidores y falseando la entregada al Ministerio de Salud, con el fin de incrementar de manera indirecta el precio de la UPC (González 2011), tratando de demostrar a las instituciones rectoras del sistema que esa tarifa era insuficiente (León 2011).

La Procuraduría General de la Nación llegó a investigar a 34 gerentes de EPS por supuestas faltas disciplinarias por parte de funcionarios sospechosos de protagonizar los escándalos de corrupción. En palabras del Superintendente de Salud, al surgir las tutelas, las sentencias de la Corte y los recobros “se generó un sistema paralelo de pago contra factura y eso se vuelve caldo de cultivo de la corrupción. A las EPS ya no les interesa el hueso, ya no es buen negocio atender un paciente con 500.000 al año -el promedio de la UPC-. Les interesa hacer recobros, entonces montaron operadores logísticos, empresas de medicamentos y todo el montaje para hacer esos recobros” (Semana 2011). Algunas EPS crearon IPS de papel para realizar la defraudación³⁰.

En los hospitales públicos del país también se destaparon procesos de corrupción y clientelismo, siendo de los más sonados los de Bogotá, como el Hospital de Meissen y el Simón Bolívar. Según la revista Semana la corrupción tuvo en el 2012 al borde de la quiebra a 11 de los 22 hospitales del distrito

²⁹ En el 2012 de las 24 EPS, 16 se encontraban en funcionamiento normal, 4 en medida cautelar de vigilancia especial, 4 en intervención, de las cuales 3 se encontraban en liquidación y 1 en intervención para administrar. En el caso del régimen subsidiado de las 48 EPS, 22 se encontraban en funcionamiento normal, 16 están en medida cautelar de vigilancia especial, 10 en intervención, de las cuales 4 en liquidación y 6 en intervención para administrar Supersalud (2011). Informe Rendición de Cuentas 2011. S. N. d. Salud. www.supersalud.gov.co.

³⁰ Otra modalidad de fraude de algunas EPS, especialmente de la Costa Atlántica, fue el traslado irregular de afiliados del régimen subsidiado al contributivo para cobrar la UPC de núcleos familiares grandes, la posterior no prestación o demora del servicio y la pérdida de derecho a la prestación por parte de los afiliados por doble afiliación. Salud, R. (2011). EPS del sistema contributivo afilian a personas del subsidiado, pero no les prestan servicios. ELTiempo.com. www.eltiempo.com.

(Semana 2012). De esta manera se explica, por ejemplo, que entre 2010 y 2011, a pesar de que disminuyeron las consultas en todos los hospitales, los gastos aumentaron en un 35% y el personal en un 50%. Según el reportaje de la revista lo clave era tener un gerente cómplice quien decidía a quien se adjudicaban los contratos. Pero detrás de estos gerentes estaban los concejales que los habían apadrinado. Estos concejales se adueñaban de los hospitales para tener allí sus redes político-clientelares. Para poder realizar todos estos desfalcos, la revista Semana encontró una serie de conexiones entre funcionarios públicos y contratistas de los hospitales que trabajan articuladamente. Gerentes de hospitales asistían a reuniones con concejales y contratistas para discutir contratos en el sector de la salud.

Los desfalcos se sustentaron sobretudo en la subcontratación o subrogaciones de todos los niveles, desde asistenciales y médicos hasta jurídicos, administrativos e, incluso, obras de construcción. En algunos hospitales se subrogaron servicios o procedimientos específicos, como el servicio de pediatría en el Hospital de Suba o cirugías. Pero en estas subrogaciones, sucedía que cirugías sencillas que podían costar \$800.000 pesos en una clínica privada terminaran costando al hospital público \$2,5 millones de pesos. Para Semana entre los servicios médicos más lucrativos para subcontratar estaba el de radiología e imágenes diagnósticas, pues a pesar de que el personal y las máquinas eran de los hospitales, como en Meissen, subrogaban ese servicio. Otro tipo de subcontrataciones usadas para el desfalco era la construcción o reforzamiento de infraestructura. O contratos de personal –con supuestas entidades sin ánimo de lucro y cooperativas– que terminaban siendo nóminas paralelas o fantasmas de empleados. O la contratación de alimentos, donde por ejemplo, uno de sus mayores contratistas, la empresa Nutrir, que tenía contratos con varios hospitales, tenía a su representante legal en entredicho pues le vendió una casa en Miami al ex congresista Germán Olano por debajo de su precio comercial. O de aseo, como la empresa Cipsa Ltda., a la cual en un informe de auditoría de la Contraloría en 2009 se le encontró que además de no pagar los sueldos a los empleados en varias ocasiones, prestaba un mal servicio, que ponía en riesgo la asepsia del hospital. O la compra de medicamentos o insumos médicos, donde cada hospital negociaba a su parecer con los proveedores bajo la figura de la autonomía hospitalaria, que con frecuencia se pagaban precios inflados argumentando que los hospitales no les pagaban a tiempo. Caso, por ejemplo, Farmared, que le vendió al hospital de Usme tabletas de 400 miligramos de Ibuprofeno a \$147 pesos en 2010, mientras que el hospital de Fontibón le compró a Macromed las mismas tabletas, al año siguiente, a \$36 pesos.

Pero si en las EPS y hospitales públicos había corrupción, en el Ministerio de Protección Social y en el FOSYGA no escampaba: en el 2011 fueron capturados por la justicia varios funcionarios de rango medio por concierto para delinquir por desviar dineros del sistema de salud. Según el periódico El Espectador, al parecer, integrantes de la unidad de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social lideraban una plataforma dedicada a desangrar el FOSYGA levantando “órdenes de no pago de los servicios mediante falsos fallos de tutela, haciendo uso de la información de las demandas de amparo constitucional que eran negadas a los pacientes” (Espectador.com 2011). Cobraban comisiones para levantar glosas³¹, presentaban cuentas a nombre de personas inexistentes, aumentaban de manera exagerada los valores de medicamentos y procedimientos, avalaban que una misma factura fuese cancelada varias veces y recobraban procedimientos no efectuadas. Mediante este trámite de recobro,

³¹ Una glosa es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral.

que aparentemente incluía a empleados de las EPS y falsos intermediarios, se desviaron billonarios recursos de la salud.

Para la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS) este desfaldo y en general la crisis ligada a los recobros tuvo su origen en el gobierno de Uribe, quien a través de la Circular 04 de 2006 del MPS, mantuvo la desregularización de precios en medicamentos para favorecer a las multinacionales y lograr que ellas influenciaran en el Congreso de Estados Unidos para la aprobación del Tratado de Libre Comercio -TLC- (ASMEDAS 2011)³². Para la Federación Médica Colombiana –FMC-, el ex-ministro de Protección Social Palacio del gobierno de Uribe, fue el principal responsable tanto de la desregulación de precios de medicamentos como de la catástrofe informática y financiera de los recobros al FOSYGA(FMC 2012). Como consecuencia, se dispararon los precios de los medicamentos tanto en la industria farmacéutica como en las EPS³³. Estas últimas sobrefacturaron los recobros al FOSYGA tanto de los medicamentos del POS como los del NO-POS pasando a ser los más caros de América Latina.

La FMC señaló que además existían problemas serios en los sistemas de información que fueron usados para hacer los desfaldos “... existe evidencia irrefutable de errores en el registro magnético de recobros, cuya información, en un número indeterminado de casos, no coincide con la documentación física, recobros pagados 2, 3 y hasta 4 veces y recobros indebidos de medicamentos que estando incluidos en el POS fueron pagados como No-POS”(FMC 2012).

5.2. La Ideología Modernizante Neoliberal en las Políticas de Salud Colombianas.

Ante este contexto donde las relaciones de mercado entre EPS e IPS son violentas y de corrupción y apropiación del dinero destinado a la atención de salud, veamos como la ideología modernizante neoliberal pretende asegurar la reproducción del sistema de salud colombiano.

5.2.1. El cambio: del estatismo al mercado

Comencemos analizando los discursos sobre el cambio. Tanto los discursos de los Planes de Desarrollo de Gaviria como de Uribe habían girado en torno a la necesidad de un cambio irrenunciable de la sociedad colombiana ante las precarias condiciones de violencia, sin embargo, los énfasis de uno y otro fueron distintos. La fórmula del Plan de desarrollo de Gaviria DNP (1991) se sustentaba más en la modernización centrada en convencer sobre la benevolencia e inapelabilidad de la tecnocracia, y las nuevas teorías económicas. Comparaba la “vieja” teoría desarrollista y las teorías de la dependencia, donde había un pesimismo sobre la capacidad distributiva de la economía y del Estado, que justificaron

³² De los \$35 billones de pesos que gasta el sistema de salud colombiano el 25% se invierte en medicamentos.

³³ Como ejemplo ASMEDAS indica que entre los años 2007 y 2009, el Sistema de Salud perdió más de \$70.000 millones de pesos por sobreprecios en recobros por un sólo producto: Rituximad-medicamento para la artritis-. Las ganancias de Roche con este producto, entre 2008 y 2010, tomando como referente los precios internacionales, superaron los 143.000 millones de pesos. La Resolución 05 del 11 de enero de 2011 fija valores máximos de recobros sobre 20 medicamentos, entre ellos el Rituximad pero cuyo precio sigue estando por encima de los precios internacionales.

la constitución de instituciones débiles para atender los problemas de salud, con la nueva teoría económica neoliberal donde se reconocía el potencial del Estado y sus instituciones para afectar positivamente la capacidad de desarrollo.

Se señalaba que el Estado tenía una tola protectora que llenaba vacíos reales pero también imaginarios. Así, con argumentos y cifras el Plan de Desarrollo intentaba demostrar esa “imaginería”: se aseguraba que bajo ese esquema la productividad descendió, haciendo que la evolución de aquel momento del PIB no permitiera un ingreso per cápita aceptable en 100 años. Esta situación era causada según el documento por estar el Estado inmiscuido en la producción, lo que llevó al descuido de lo social, la justicia y la seguridad, al crecimiento de la pobreza y a la escalada de violencia que vivía el país. Según estos discursos las instituciones se rezagaron, se enfermaron, perdieron legitimidad, mientras el mundo y el país cambiaban. El Estado y sus instituciones estaban enfermos. Una vez hecho el diagnóstico en términos médicos, por tanto neutro y objetivo, se proponía el tratamiento: “[se requiere el] alejamiento del manejo económico proteccionista, dirigista, estatista, que trajo atraso y pobreza.” DNP (1991).

Ante un discurso negativo, de inminente colapso, derrotismo, de continuidad del deterioro del país, se contraponía una alegre y optimista perspectiva del futuro. El futuro tenía todas las puertas abiertas si se dejaba completamente atrás el pasado: “Los pueblos están jubilosos y celebraron su fin como verdaderas liberaciones” DNP (1991). En consecuencia, su plan de desarrollo en algunas partes parece más un tratado de economía mezclado con un completo optimismo que una apuesta política. Argumentaban que el modelo de desarrollo planteado era coherente y ambicioso precisamente porque estaba sustentado en las bases conceptuales recientes del campo del crecimiento económico.

Se requería adoptar la modernización de las instituciones: remozarlas, revolcarlas, hacerlas parte de las soluciones y no de los problemas. Tecnologías organizacionales de reforma institucional como subsidios a la demanda, la no discriminación, la descentralización, el control social y la autonomía de los individuos y del sector privado harían el milagro, porque estaban a “tono con nuevas corrientes mundiales [de pensamiento] en el campo económico” DNP (1991). Apegarse al discurso tecnocrático institucional aseguraba el funcionamiento del modelo. Las fórmulas de la tecnocracia como la descentralización y la autonomía eran la encarnación de valores como la democracia y la libertad.

En los textos la caída del bloque soviético corroboraba lo señalado por la tecnocracia: “Los modelos políticos y económicos rígidos, burocráticos, antidemocráticos y cerrados están en crisis...” (DNP 1991). La flexibilidad, la libertad, el Estado pequeño y la apertura serían pues los atributos que tanto lo político como lo económico y las instituciones deberían asumir para moverse con el ritmo que marcaba objetivamente la historia. Discurso y realidad objetiva se correspondían completamente. Como consecuencia, en la ley 100 el optimismo se hizo ley y se estipuló que para el año 2000 “...todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado...” MPS (1993). La linealidad de la historia hacía irrefrenable el avance del sistema y sus indicadores.

Para el momento en que se escribía el plan de desarrollo de Gaviria se afirmaba que ya se habían realizado las reformas estructurales del mercado de bienes, de capitales y el laboral, y lo faltante era la reforma a la seguridad social, [que incluye pensiones, salud y riesgos profesionales] considerado la contracara de los otros. Se asumía que con los ahorros de los empresarios por la flexibilización laboral se podían financiar las reformas al sistema, como contraprestación estos deberían aportar más a la seguridad social. Sin embargo, como sabemos la seguridad social, se manejaría con lógica de mercado y donde los dineros de las pensiones alimentarían el flujo y volumen de capital del sector financiero y por

tanto acrecentarían el dinamismo de toda la economía. La contraprestación consecuencia de la flexibilización laboral fortalecería toda la economía. En el discurso todas las piezas calzaban, la coherencia teórica se articulaba con el optimismo.

La apuesta era fortalecer al empresariado para que ellos orientaran con el optimismo y la teoría: el cambio, el crecimiento. En el documento, la fórmula para “estimular la demanda” realizada en el pasado, es decir, la intervención del Estado para aumentar la capacidad de consumo generalizado se calificaba de estéril; en cambio estimular la oferta, o sea, darles a los productores las garantías de desarrollar todas sus potencialidades era fuente de expansión y crecimiento. Si a ellos les iba bien a todos nos irá bien. Los intereses de los dueños del capital se trataban como el supremo interés nacional. Con los cambios institucionales se aseguraba el crecimiento del interés privado en sectores económicos gobernados hasta el momento por el Estado y también la inclusión de la lógica del mercado en otros sectores estatales, que no eran del interés del capital en el momento, pero que podían convertirse en un futuro. No había trampa, a través de un discurso universalizante y de beneficio colectivo, el proyecto apuntaba explícitamente a aumentar las ganancias de los dueños del capital.

En el Plan de Desarrollo de Uribe (DNP 2003) no se apeló con tal vigorosidad a las teorías económicas como lo hicieron los tecnócratas gaviristas, sino más bien se centró en las ideas básicas del *management* para forjar una idea del colombiano ideal. Le apostó a construir ideológicamente al colombiano como un empresario o un *management*. El “País de Propietarios” uribista era una maniobra ya no solo destinada a admirar al empresariado, a los dueños del capital y de aceptar que si a ellos les va bien, a todos nos irá mejor, sino a fundir en un solo cuerpo al capital y al trabajo, al *management* y a los demás. Allí, en esa Colombia de propietarios, todos tendrían “activos” y por lo tanto un destino común. El trabajador debería hacer de sí mismo un empresario, por pequeña que fuera su propiedad, el solo tenerla debería hacerlo pensar como aquel. *Management*, operadores técnicos y clientes de los servicios de salud eran propietarios y deberían apostarle a concretar sus intereses egoístas. Así, el país y la vida se reducirían a obtener ganancias, mientras el hospital y la enfermedad se relacionarían con el lucro.

Para asegurar la aprobación popular, el discurso uribista señalaba el “no abandono de la cláusula social” y actuar cuando se presentaran fallas de mercado. El Estado debía hacer lo que estuviera a su alcance para legitimar el sistema. Así se planteaba que el Estado no debía ser un obstructor de la iniciativa privada, olvidarse de estar al servicio del burocratismo político y de privilegios sindicales, sino que debía estar al servicio estricto de la comunidad. En tal sentido, se contraponen burocracia y sindicatos a lo privado y la comunidad. De esa forma se homogeniza lo privado y la comunidad, a los intereses del capital y de los enfermos. Tanto la ganancia de los privados como la “cláusula social” de la “comunidad”, la acumulación de dinero de unos y la recepción de asistencia de otros, legitiman el sistema y el Estado debe dar cuenta de ambos como si fueran los mismos o, de plano, asumir que son lo mismo.

Otro punto neurálgico de los Planes de Desarrollo de los dos gobiernos uribistas para reproducir las reformas es la distinción entre el bien y el mal. Así, a nivel general asumían que la violencia era un problema de narcotráfico y terrorismo y ambos eran la encarnación del mal. El riesgo de la violencia, del terrorismo, del mal, conllevaba a que no existiera sosiego o futuro para nadie. Su propuesta de gobierno, la seguridad democrática, era el bien, era hacer patria. Consistía en hacer partícipes a todos de un mismo punto de vista: un compromiso cabal de todo el país. Quien no compartiera su propuesta estaba vestido del mal. En tal sentido, el discurso de los planes de desarrollo uribistas utilizado para convencer no contenía sólo información científica o de discursos económicos a diferencia de los de Gaviria. Por el contrario, eran profundamente ideológicos al plantear una clara distinción entre el bien y el mal, entre ser un patriota y un antipatriota, entre Nosotros y Ellos. Con esto sus propuestas de la modernización neoliberal se articulaban a través de la tecnocracia económica pero se justificaban

mediante marcos valorativos, señalando a los Otros, a la oposición, a los sindicatos o movimientos sociales, a los que resistían a las reformas, de ser los enemigos que estaban en contra del bien, de la patria, y por tanto se justificaba cualquier medio para hacerlos entrar al orden. De esta forma en el Plan de desarrollo de su segundo periodo señalaba que las reformas propuestas y adelantadas se hicieron con patriotismo, haciendo sus reformas incontrovertibles, estaban del lado del bien (DNP 2003). El bien y la patria estaban del lado de los empresarios y management mientras el mal de la oposición y quienes resistían al cambio.

De la misma forma, las reformas se justificaban también por el derrame, es decir, que esa acumulación de capital en los empresarios en algún momento comenzaría a irrigar a las demás capas de la sociedad y allí todos gozarían de los beneficios del desarrollo. Si circulaba bien el capital entre el empresariado, circularía también hacia los pobres y vulnerables.

Así, en la lectura uribista, el Estado Social de Derecho consistía en sus tres papeles económicos: ser el creador de un ambiente adecuado para el crecimiento sostenible; el promotor de la iniciativa privada, en campos económicos donde al principio los privados no tuvieran interés en involucrarse; y el veedor de la equidad social, asegurando que los beneficios irriguen a toda la población. En las dos primeras el Estado disponía de todo su poder, tiempo y recursos para crear el “ambiente”, el “clima”, para que los dueños del capital pudieran hacer sus negocios. La intervención del Estado solo podía “marchitar” la iniciativa privada. Esta alusión a condiciones “naturales” afirmaba la neutralidad, incontrolable, espontánea y ahistórica del mercado. El clima y el ambiente no se podían controlar completamente, e intentarlo era un exabrupto, pues podía marchitar el florecimiento del capital. Si se dejaba al “clima” natural actuar, el Estado solo podía crear las condiciones para que los jugadores no se vieran afectados por cambios repentinos. Así, el Estado debía retirarse del hospital público como tal, pero también de su interior, de sus servicios, crearle las condiciones para dejar a los privados llenarlo con sus tecnologías y sus operadores técnicos, para obtener ganancias. Pero si ese cascarón no era promisorio para la ganancia privada, si esto no era posible, mejor era cerrarlo.

Con esto, según los discursos de Uribe no había un debate entre estatismo y neoliberalismo, sino que le apostaban a mejores Estados y mejores mercados. El Estado se concentraría entonces en regular, producir reglamentaciones sustentadas en la economía de la salud para orientar el mercado de la salud. Después cuando comenzaron a surgir todos los problemas de posición dominante de las EPS sobre las IPS y de apropiación de rentas y corrupción el Estado buscó fortalecer mediante reglamentaciones los límites de la legalidad e ilegalidad, controlar el desvío del dinero, tratar de solucionar el problema de no circulación del dinero, siguiendo la teoría económica y además con la intervención del poder judicial quien entró en operación.

Aquí no había conciliación con el pasado, ni búsqueda de convergencias entre los distintos actores sociales. De plano, el pasado y todas las personas, cosas y situaciones que se vinculaban a él deberían desaparecer para dejar entrar la vigorosidad empresarial y del *management*. La planificación normativa y el orden médico previo quedarían subordinadas a la empresa y la modulación estatal.

5.2.2. Borramiento de otros posibles significados del sistema de salud

Desde tal punto de vista discursivo tales planteamientos sobre la desaparición del pasado es violenta y radical. Tanto así que el término hospital público desapareció paulatinamente en el transcurrir de 15 años de Planes de Desarrollo, hasta hacerlo totalmente en el Plan del segundo periodo uribista. Asimismo, todo un capítulo dedicado a la salud que se encuentra en el Plan de Desarrollo de Gaviria se

convierte, también en este último documento, en un subtítulo del capítulo de la Protección Social Integral.

Otro elemento distinguible en estos discursos en tanto síntoma, fue la irrupción abrumadora de las siglas del nuevo sistema. De esta forma, palabras que podían remitir a varios significados relativamente claros en la larga historia social de la salud, como “hospital público”, eran arrebatadas y resignificadas al ser nombrados en adelante con el término “IPS”. De esta forma, sujetaron la palabra a la red de significados del sistema de salud de mercado, haciendo más difícil asignarle significados por fuera de la lógica misma del sistema, y por tanto mutilando la posibilidad de enunciar alternativas a los hospitales públicos al de la lógica del mercado de salud.

De esta manera, el pluralismo estructurado colombiano se construyó discursivamente sobre significados que exterminaron cualquier forma de referencia al sistema antiguo y nombrando y significando las personas, cosas y situaciones articulados desde su nacimiento al sistema de mercado. En Colombia, el Ministerio de Salud y después de Protección Social, las superintendencia de Salud y de Comercio, el Congreso de la República, distintas comisiones y hasta la rama judicial, produjeron un impresionante volumen de documentos y reglamentaciones -leyes, acuerdos, actos jurídicos, etc.- que buscando controlar la violencia del mercado de salud crearon y reprodujeron mundos simbólicos, redes de significados que aseguraron la imposibilidad de pensar otros mundos a partir de la palabra.

5.2.3. Un cambio ceñido a la Banca Multilateral

Los discursos de ambas administraciones, Gaviria y Uribe, se mantuvieron apegados a los de las agencias multinacionales, que analizamos en el capítulo 3. Los problemas de la atención que se enunciaban en la Política de Prestación de Servicios se clasificaban igual que en los textos del BID, como acumulados y emergentes, y se mantenía lo indicado por esas agencias. Los documentos apelaban a que había suficiente infraestructura, tecnología y recursos humanos para desarrollar el sistema de salud. Se comparaba el crecimiento de profesionales y técnicos con parámetros internacionales y se valoraba como aceptable, aunque con déficit en las zonas rurales y en trabajadores de la atención primaria. El número de camas y de instituciones de atención ambulatoria también estaban dentro de los rangos internacionales. Es más, en el Plan de Desarrollo de Gaviria se planteaba que algunos países con mejores indicadores de salud tenían más baja densidad de médicos, arguyendo que probablemente allí había habido un mayor trabajo de promoción y prevención en lugar de un manejo curativo e individual como acaecía en Colombia (DNP 1991).

Los discursos de los planes, siguiendo a los del Banco Mundial, planteaban que había una utilización desequilibrada de la infraestructura física especialmente en los servicios más sofisticados y costosos mientras en los básicos era subutilizada. Así, se señalaba que el 80% de los problemas de salud podrían resolverse con promoción y prevención, mientras había una concentración de los recursos en los niveles superiores, y duplicidad de la oferta, lo que hacía la atención muy costosa y con menores posibilidades de cobertura extensa. Había que controlar esa tecnologización y especialización onerosa y fortalecer la atención de menor complejidad pero que daba una mayor cobertura. Lo que implicaba una pérdida de preponderancia en la agenda política de los hospitales particularmente los especializados y los universitarios y por tanto del poder y status del cuerpo médico. En cambio, la insuficiencia se centraba en la gestión, en la ineficiencia en la circulación de esos recursos. El problema era pues institucional. Se indicaba que la principal deficiencia era la administración hospitalaria, que redundaba en bajas coberturas, calidad precaria y altos costos. Así, se argumentaba que los hospitales regionales y universitarios eran muy costosos y debían reestructurarse desde sus cimientos o desaparecer.

Siguiendo con lo propuesto por la banca multilateral la reforma le apostaba a la flexibilidad. Así, se aceptaba la heterogeneidad del país y de sus necesidades, y como consecuencia de ese descubrimiento las instituciones debían ser flexibles: descentralización, autonomía hospitalaria, diversidad de modelos de atención, participación comunitaria, etc. Pero esta flexibilidad y con ella la creatividad para reconocer e intervenir en las “necesidades” de la diversidad, debían articularse al motor del sistema, la circulación del dinero, el dinero que sigue a los clientes. La flexibilidad de las instituciones y la creatividad y emprendimiento del management se limitaba a lo que podía ser productivo, a lo que aumentaba la productividad: “...la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud” (MPS 2003).

5.2.4. El Estado modulador del sector salud colombiano: Jueces, tecnócratas, management e información

En este acápite veremos cómo el Estado colombiano se diseñó originalmente articulado al dispositivo de poder del mercado de la salud, el de seguridad-control en término de Foucault, que se expresa en la modulación propuesta por Frenk y Londoño en el Pluralismo estructurado y que ya tratamos en el capítulo 3. Pero, que debido a las características violentas de ese mercado los discursos de Gaviria y Uribe han dudado entre fortalecer los dispositivos jurídico legales o continuar con los de seguridad-control, siendo ambos infructuosos. La ideología modernizante neoliberal sugiere que la armonía espontánea del sistema de salud se logrará mediante la libre circulación del dinero y los agentes, quienes tomando decisiones informadas en el mercado de la salud lograrán la eficiencia y calidad de los servicios. Por lo tanto, el Estado debe reducirse a la regulación del sistema y dejar de lado la prestación de servicios mientras privados deben fortalecerse, asumiendo esa prestación. Sin embargo, el pluralismo estructurado considera que existen fallas de mercado que deben intervenir como la asimetría de información, el riesgo moral o la selección adversa mediante un papel suave del Estado, mediante la modulación y mediante la creación de los articuladores o aseguradores. El Estado debe entonces ejercer un papel seductor, produciendo y poniendo en circulación información que “orientaría” la toma de decisiones del *management* y de los consumidores de servicios. El estado tendría también una función coercitiva pero en casos reducidos a dichas fallas de mercado. Una vez controladas las fallas del mercado la armonía estaría segura.

De esta forma, según la modernización neoliberal a la armonía se llegaría mediante el diseño institucional. El diseño institucional de la seguridad-control y sus tecnologías de gestión permitirían a todos ganar. Aquí tanto los intereses como los puntos de vista del capital como los de los trabajadores y los enfermos se podrían armonizar, modular:

“Esta propuesta busca convertirse en el marco que promueva una actuación articulada, no solo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino de otros sectores, como la academia, las entidades territoriales, los reguladores, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo” (MPS 2003).

Para dar cuenta de la regulación del sistema de salud en la ley 100 se designó como sus principales instituciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud [CNSSS] y al Ministerio de Salud. El primero era un organismo de concertación entre los diferentes integrantes del sistema, de esta forma se creaba una estrategia fuera de la lógica del mercado para autoestablecer sus reglas de juego. Los mismos jugadores disponían las reglas de mercado con las que jugaban mediante el CNSSS: definían el paquete de servicios que intercambiaban en el mercado -Plan Obligatorio de Salud- POS-, el monto de la

cotización, el valor que se le pagaba a las aseguradoras por cada afiliado, los medicamentos parte del POS, los criterios de selección de los pobres que merecerían ser convertidos en consumidores mediante subsidios a la demanda, otros pagos como cuotas moderadoras o incapacidades, medidas para sobrellevar las fallas de mercado, las tarifas hospitalarias de servicios de riesgo catastrófico, y otras.

En el Plan de Desarrollo de Uribe se señalaba esto como un problema, pues indicaba que en este espacio de concertación había intereses que no se resolvían por medio de la competencia de mercado. El Estado, el regulador, debía ser neutro. Denunciaron que el CNSSS no era independiente, sino que estaba plagado por intereses de representantes del Estado y de agentes que intervenían en el mercado. Por ello resolvieron que el CNSSS era ineficaz para superar las fallas del mercado asumiéndolo como un descuido de la rectoría del sistema. La propuesta fue hacer entonces un espacio de discusión técnica, neutra, desde la economía de la salud, alejado de las relaciones de mercado y más del trabajo, para que desde un punto de vista superior se pudiesen hacer las recomendaciones para tomar decisiones. Así se creó la Comisión de Regulación en Salud –CRES-, reemplazando al CNSSS. Esta nueva entidad se distingue de su antecesora más que por sus funciones, por su conformación: eran expertos independientes seleccionados por méritos y en gran medida por su cercanía a la economía de la salud.

Mientras tanto el Ministerio de Salud –que en la administración Uribe se fusionaría con el de Trabajo para constituir el Ministerio de Protección Social- tenía como funciones una modulación del sistema con un componente de regulación coercitiva importante, como la coordinación de las políticas o la expedición de normas administrativas o la supervisión de agentes del sistema. Pero también tenía como funciones definir las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, la formulación de criterios de evaluación de la gestión, la elaboración de estudios que requiera el CNSSS para regular las fallas de mercado, que más que promover o realizar la producción, circulación o consumo de información, buscaban ejercer la coerción directamente mediante ella. Así el Ministerio de Salud colombiano tenía como objetivos el diseño de políticas, definición de normas y protocolos científicos para regular la calidad de los servicios de salud y la evaluación y vigilancia de la eficiente operación del sistema -DNP 1991-. Entre estas funciones había una clara descuido de la mención de la producción científica.

La Superintendencia de salud como señalamos antes, tenía como funciones la inspección, vigilancia y control de las EPS e IPS, asignados desde el origen del SGSSS. Sin embargo, frente a la evidencia frecuente de la ilegalidad de las prácticas de mercado de las EPS e IPS, el Plan de Desarrollo de Uribe propuso que la vigilancia y control se realizara tanto desde esta Superintendencia de Salud, como hasta el momento sucedía, como de la Superintendencia de Industria y Comercio, quienes vigilarían el abuso de posición dominante, la competencia desleal, la integración vertical y la concentración del mercado. De esta forma, la Superintendencia de Salud vigilaría la protección de los derechos de los usuarios, la calidad y acceso efectivo, el desempeño de agentes, y la difusión de información pública para la regulación del mercado.

En conclusión, la Superintendencia de Salud vigilaría la parte seductora del mercado, lo que debería suceder si los agentes –EPS, IPS y clientes- autorregularan sus actos de mercado y se hicieran corresponsables del sistema, si todos se comprometieran con el funcionamiento del sistema en conjunto. Mientras que la Superintendencia de Industria y Comercio lo haría con las relaciones violentas de un mercado agresivo entre IPS e EPS, donde los intereses egoístas que podían poner a circular el dinero y generar la armonía espontánea del sistema, lo estaban deteniendo.

En el paradigma modernizante neoliberal el sistema de salud será eficiente si no necesitara tanta vigilancia, si cada uno de los actores del sistema se hace responsable del sistema completo, es decir, el

sistema es insostenible si no se autorregulan los agentes, como lo sugiere la ideología misma. Por ello en el diseño original la vigilancia y control no requería tanto poder coercitivo, por ello solo existía la Superintendencia de Salud para el sector. La solución colombiana, en cambio, fue una mayor coerción externa con la introducción de la Superintendencia de Industria y Comercio ante la situación de corrupción que en el diseño original no se esperaba en tales dimensiones. Se combatió la trabazón de la circulación del dinero que en la ideología se define como un problema subjetivo de autocontrol, de responsabilización, de gestión de las culpas y temores del *management* de las EPS e IPS para con su cargo y la institución que gerencian, con instrumentos jurídico legales.

Al mismo tiempo, con la conformación del CRES se intentó dar un tinte técnico a la modulación, sin embargo, el problema según el paradigma, más que quien lo produce es quien lo consume, y si los agentes no se autocontrolan por más técnica que exista es imposible la reproducción del sistema siguiendo la lógica de mercado. Esta ideología requiere de la libre circulación y al mismo tiempo de la autorregulación de los agentes, de un compromiso entre el *management* y las reglas de juego del sistema, pero en un mercado violento, donde el *management* ha incorporado ese gusto por destruir al otro, como vimos con Barrero(2011), la reproducción del sistema queda en vilo y son necesarias herramientas coercitivas que rompen con la supuesta armonía del mercado.

Por otra parte, además de la regulación estatal, el diseño original de la modulación institucional colombiana se basa en la ideología de la libre circulación y la toma de decisiones informadas en el mercado. Supondría que el *management* tomaría decisiones bien informadas para realizar los negocios de manera óptima y así hacer de los servicios que gerencian eficaces y eficientes, y mejoren la calidad de los servicios siguiendo lo demandado por los consumidores. También supondría que los consumidores tomarían decisiones informadas sobre su atención, limitadas a elegir la mejor EPS o IPS o profesional y conocer sus derechos para exigir su satisfacción como cliente en el mercado. En este sentido, según la ideología la modulación se haría espontáneamente por lo que indicara las leyes de la oferta y la demanda. Pero reconociendo las fallas de mercado, el Estado debería intervenir como modulador del sistema, como vimos en el capítulo 3, haciendo de la salud un mercado regulado, un seudo mercado. El Estado también requeriría de información para ejercer su papel modulador.

Así, en los discursos colombianos no se cansan de señalar que es a través de la información que los agentes tomarán decisiones óptimas. Pero ésta información se orientó para hacer los negocios entre EPS e IPS, más que para el Estado ejerciera su papel de supervisión y vigilancia y sólo se enunció como deseable, tanto con Gaviria como con Uribe, para que los clientes tomaran decisiones. Esto se puede observar, y causa al menos curiosidad, que en la ley 100 en el capítulo dedicado a los usuarios dos de los tres artículos hablan sobre información. Los artículos 198 y 199, sin embargo, solo se reducen a plantear que las IPS deberán tener un adecuado sistema de información mediante una línea telefónica abierta las 24 horas, y que el Ministerio definirá normas y solicitará información sobre satisfacción del usuario. En un sentido parecido encontramos los avances de la propuesta de Gaviria de acceso general a la información realizada en los 90. La difusión de ranking de IPS y EPS y el informe nacional de calidad, estrategias de comunicación a la población con información sobre beneficios a que tiene derecho y mecanismos de exigibilidad, que supuestamente le servirían a los consumidores para tomar decisiones, quince años después con la Política Nacional de Prestación de Servicios se repetía el mismo problema: falta de un sistema integral de información en salud, ausencia de mecanismos de evaluación de tecnología, ausencia de un sistema de rendición de cuentas, el sistema obligatorio de calidad no tiene sistema de información.

Esto quiere decir que un sistema de salud que según la ideología modernizante neoliberal donde se acelera la circulación de dinero y armoniza los intereses mediante la toma de decisiones informada de

los agentes, década y media después ésta toma de decisiones seguía haciéndose sin esa información por parte de los usuarios.

Pareciera que la información importante es la que requieren las empresas para hacer sus negocios y el Estado para regularlos, y no la que los clientes requieren para realizar su “libre escogencia”. Pareciera que las justificaciones para hacer la reforma, como esta alusión constante a la centralidad del usuario, a tratarlo como cliente, que el dinero siga al cliente, a no ser asistencialista, a que ellos tienen iniciativa, que con este modelo son ciudadanos, que debe impulsarse la libre escogencia de los usuarios para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, etc., en realidad nunca fueron puestas en juego, porque la información se produce para ser consumida en las empresas y en el Estado para regular el juego del mercado de la salud.

Esta centralidad de la información para que el cliente tome decisiones “libres” en el mercado de la salud, en los discursos fue totalmente menospreciada, cuya incoherencia con la lógica de la ideología llama la atención. En contraste encontramos una profusión de información que consumen los clientes sobre los riesgos de vivir, morir o enfermar, de los errores médicos, difundida por los diversos medios de comunicación masiva, que les producen temores, angustias y miedos y que, buscando alguna seguridad y alivio, los sujetan a las aseguradoras, y por tanto, al mercado de la salud. Es decir, el volumen de información hacia los consumidores en su mayoría los sujeta a las aseguradoras en vez de producirles la “libertad”.

En buena medida los discursos se justifican aduciendo que los colombianos usuarios de los servicios todavía no han asumido su rol de clientes, p ej. no conocen sus derechos, no están bien informados, o con la información pueden convertirse en free riders y por tanto, con esa información se desacelere el paso del dinero por la producción hospitalaria. De allí consideramos parten todas estos señalamientos sobre la falta de responsabilidad de los consumidores con su salud y con la atención y que por ello se requiere un comprador cauto como las aseguradoras. Sin embargo, es un discurso que se ampara supuestamente sobre la importancia de los consumidores pero que en la realidad le da todas las herramientas del sistema a los empresarios y el *management*.

El grueso de la información que circula en el sistema se realiza en los niveles donde puede aumentarse la productividad o apropiarse el dinero, es decir, entre empresarios y *management* y no donde puede tomar otros rumbos, entre las personas. Entre estas últimas solo circula la información sobre el miedo y la necesidad imperiosa de asegurarse. Otra parte importante de información era la requerida por el Estado para ejercer su supervisión, para ejercer las funciones del Ministerio, de las superintendencias, del poder judicial, que como señalamos era necesaria en este mercado violento entre IPS y EPS. ¿Eran necesarios los clientes para poner a circular el dinero y lograr la armonía o se podía prescindir de ellos? ¿El dinero seguía a los clientes o las reglas de juego aseguraban el dinero con o sin clientes?

Por otro lado, era una información dirigida principalmente al *management* para hacer sus negocios y en segunda instancia al Estado para intentar regular ese mercado, pero los trabajadores y los consumidores se veían atrapados en su producción. Trabajadores y consumidores producían una cantidad inmensa de información que no les servía a ellos, ni a su trabajo ni a su salud, sino a quienes quieren hacer negocios en el mercado de la salud. Los trabajadores de los hospitales también quedaban atrapados por el registro de esta información cuando gastaban tiempo importante de la atención en su recolección que sin embargo su procesamiento no resultaba en un instrumento que pudiera articular a su trabajo. De la misma manera los clientes que entregaban información a las instituciones, cuando les retornaba, si sucedía, era de manera fragmentada, difusa, displicente.

De esta forma en el dispositivo de poder de la modernización neoliberal colombiana la seguridad-control propia del mercado, de la libre circulación y de la autorregulación, se articuló con un fuerte componente jurídico legal, lo que a la postre muestra su incapacidad para reproducir el sistema siguiendo la que indica la ideología. Los dos dispositivos principales de la modernización neoliberal colombiana, son el jurídico legal –el poder coercitivo del Estado y sus productores de leyes y juicios, ministerio, superintendencias, CNSSS, poder judicial-, y el de la seguridad-control –CRES, tecnócratas, los productores de cifras del mercado de la salud, y la circulación y consumo de esa información entre el *management* de IPS y EPS para su toma de decisiones-. Mientras tanto, los dispositivos disciplinarios propios de la planificación normativa y del orden médico tradicional, fueron totalmente subordinados. Es decir, el orden del sistema de salud no se establece por los dispositivos de poder propios del cuerpo médico tradicional, y que vimos en el capítulo 2 –la disciplina médica y la planificación normativa realizada por médicos-, sino por el poder coercitivo del Estado y la lógica de mercado, es decir, por tecnócratas, jueces, y *management*.

5.2.5. Estado, Integración y Fosyga

Por otra parte, otro rediseño institucional que se desarrolló en los discursos de las políticas públicas analizadas fue la Integración del sistema de salud. Según estos discursos para que existiese un mercado para todo el sistema de salud, para que los afiliados a la seguridad social pública o privada, o de la asistencia pública, pudiesen circular libremente y con ellos sus dineros, para lograr la tan anhelada integración, se deberían derribar las “barreras institucionales” que se habían constituido antes de la reforma, durante todo el siglo XX. Como se indicó en el capítulo 3 la integración en la ideología modernizante neoliberal refiere a la creación de un gran mercado de la salud. Eso requería poner a los aseguradores y prestadores a jugar el mismo juego y a luchar por el mismo dinero. Para eso se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga-, a donde los dineros de salud se dirigen y distribuyen entre las aseguradoras públicas y privadas para que ellas a su vez los distribuyan entre los prestadores, mediante la compra de servicios.

De esta forma, todo el dinero llegaba al FOSYGA y las EPS e IPS debían luchar por él. Según un dicho colombiano “el dinero está por ahí lo que se debe hacer es recogerlo”, que en términos del sistema traduciría: todo el dinero está en el FOSYGA lo que debe hacerse es realizar una serie de estrategias para obtenerlo.

El FOSYGA creaba esa idea de integración del sistema. Todo podía estar totalmente fragmentado pero si el dinero estaba en un solo fondo la ideología diría que el interés haría articularse a él y el resto de la gestión sería diseñar ajustes de incentivos para afinar la orientación de esa articulación. La armonía se lograría y los antagonismos de los actores se superarían con la integración de las instituciones compartiendo y compitiendo por los dineros del fondo. El diseño del fondo único por el que competían los aseguradores permitiría la armonía del sistema.

5.2.6. El Estado, los Principios de la SGSSS y su articulación al mercado de la salud

Una de las características del SGSSS es la obligatoriedad de la afiliación a las aseguradoras. Como hemos visto, los dispositivos de seguridad-control, se basan no en la coerción sino más bien en dejar circular y competir a los agentes quienes tomando decisiones informadas llevaría al sistema a la armonía espontánea. No obstante, la obligatoriedad le asegura al sistema de salud de mercado un volumen de recursos financieros estable y llamativo al capital y que aseguraría la reproducción del mercado. En la ley 100, la obligatoriedad se articula con la libre escogencia, que obliga al enfermo a entrar al mercado de la salud para cumplir la prometida libertad de escoger. El consumidor es obligado a escoger a quién

comprarle el POS. Esta obligación a elegir, a circular, a entrar en el juego del mercado de aseguramiento podría verse como una contradicción, un atentado a la libertad que se proclama en estos discursos.

Entre las justificaciones y elementos del discurso para articular la obligatoriedad a comprar seguros de salud con el dispositivo de la seguridad-control está que la seguridad social es de interés público. A diferencia del interés privado que se resuelve exclusivamente en el mercado, lo público tiene externalidades que las debe resolver el Estado. Las externalidades permiten obligar, usar la coerción estatal, para que las personas se afilien a la seguridad social. Con esta división del interés en público/privado discursivamente se justificaba la coerción de los individuos a jugar el juego del mercado de la salud. Los bienes públicos del sistema de salud y sus externalidades, el interés de la sociedad para que haya seguridad social universal justificaba la coerción, obligar a los individuos a someterse al poder del Estado.

Un segundo elemento para justificar la obligatoriedad de la afiliación a la seguridad social reside en que no era solo un principio de la ley 100 sino que le es propia a los antiguos sistema de seguridad social, es decir, antecede a la misma ley. Así, una vieja demanda de los trabajadores, como era la seguridad social obligatoria, que permitía el compromiso entre el capital y el trabajo, propio del capitalismo pesado, se refuncionaliza en el sistema de mercado, en el capitalismo liviano.

Si a esto le sumamos los principios de equidad y la universalidad, con las cuáles el Estado se obliga a ampliar la demanda [hacer a los pobres consumidores] y a poner a circular el dinero en el mercado, tenemos pues que la coerción estatal se refuncionaliza para potenciar el mercado. En esta ideología la equidad se vincula estrechamente a la igualdad de oportunidades más que a un real acceso. La equidad es entonces obligatoria también para hacer un “ambiente sano” para el mercado. Un mercado que crece en la medida que la demanda tiene oportunidad de consumir de manera creciente también. Por ello el régimen subsidiado, es hacer de los pobres nuevos consumidores que sin la ayuda del Estado no podrían lograrlo. Por ello también el subsidio a la demanda, que entregándoles el dinero a los pobres y no a las instituciones, convierte a los primeros en consumidores. El papel del Estado es entonces crear nuevos consumidores bajo el discurso de la universalización de la afiliación de los más pobres y vulnerables. Una de las justificaciones de la existencia del Estado en estos discursos es su capacidad de crear consumidores entregándole subsidios a la demanda. En la modernización neoliberal la equidad es la igualdad de oportunidades de consumir y, por tanto, más mercado.

Al igual que la equidad, la solidaridad en estos discursos se articula al dispositivo de seguridad-control, al mercado de la salud, mediante la creación de consumidores por parte del Estado al redistribuir parte de los recursos de quienes tienen capacidad de contribución –régimen contributivo- entre los pobres y vulnerables. En la ley 100 la solidaridad se define como la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. La solidaridad la podríamos describir como la toma de dinero de quienes tienen capacidad de pago para entregárselo a quienes no pueden consumir por sus propios medios. La apropiación de los dineros de quienes pueden pagar su afiliación solo es justificable si ese dinero entra al mercado también financiando al régimen subsidiado, a otros consumidores.

Bajo el principio de solidaridad los fuertes son obligados a ayudar a los débiles a insertarse en el mercado de la salud, a reducirse a clientes de empresas que lucran con la enfermedad. El Estado tiene como obligación esa solidaridad, a que los recursos del erario público se entreguen siempre a esos grupos vulnerables y no a quienes ya tienen capacidad de consumo. La solidaridad es obligar al Estado a hacer consumidores a quienes no tienen capacidad de hacerlo. Lo contrario es considerado gasto inequitativo o problemas en la identificación de beneficiarios. Para ello los productores de los discursos

apelan a que la solidaridad es simplemente un rediseño institucional. Esencialmente es el flujo de dineros entre las subcuentas del FOSYGA del contributivo al de solidaridad.

Por ello en los discursos de la modernización neoliberal apelar a la libertad y con ella la libre escogencia no es suficiente argumento para reproducir el mercado de la salud. La libertad debe estar acompañada del par Solidaridad, de la obligatoriedad, la equidad y la universalidad. La solidaridad, la equidad, la universalidad no es una llamada a la bandera o tiene una función solo propagandística, sino que es indispensable para ampliar el consumo en un país lleno de pobres.

5.2.7. Estado como Riesgo.

Por otro lado, el Estado y su poder coercitivo no sirven para intervenir sobre el egoísmo y el interés del *management* que es el motor del dispositivo de la seguridad-control, sino para ello requiere su seducción para orientarlos y potenciarlos. En este paradigma la manera como el Estado limita el egoísmo es mediante infundir temor y miedo. Los límites del egoísmo serían los riesgos, si son traspasados el egoísmo se vuelve autodestructivo, el hospital o la aseguradora se quiebran y el enfermo se muere.

La autorregulación requiere pues un mal, recordarle al *management* y a los consumidores que los Otros o la Naturaleza puede hacer daño en cualquier momento, puede generar riesgos financieros o sanitarios. Requiere tener presente que siempre puede haber un riesgo para quebrarse, que hay Otro que puede en el juego del mercado sacarlo del mercado – al hospital, al asegurador, al trabajador-, que hay otro o la misma Naturaleza que le acecha al consumidor para producirle la enfermedad y la muerte.

Para infundir temor, el Estado señala constantemente los riesgos asumidos en los actos del *management*, de los trabajadores y de los consumidores. La información sobre el mercado, de morbilidad o mortalidad, de los hábitos de vida, etc. señalan constantemente esos riesgos financieros y epidemiológicos. *Management*, trabajadores y consumidores son libres pero deben estar atentos a los riesgos que están presentes en el “ambiente”. El señalamiento constante sobre estos riesgos es pieza clave en el funcionamiento del dispositivo de seguridad-control. Esta es una de las funciones de la información en el dispositivo. El Estado se encarga de producir y circular o la promoción de información que señale esos riesgos. Los actores del sistema deben potenciar sus intereses egoístas pero siempre considerando los riesgos, siempre estando atentos a la información promovida por el Estado, y así, siempre autorregulándose.

En esta ideología, egoísmo y temor, deben ser potenciados a su máxima expresión. La modulación en la modernización neoliberal colombiana se entiende entonces como infundir temor.

En esta ideología el Estado produce temor no solo brindando información sino también interviniendo, así sea de manera suave, como lo sugieren en la modulación del pluralismo estructurado. Asegura que el Estado puede encarnar con su intervención en el mercado el “marchitamiento” de la iniciativa privada, o con malas políticas el aumento de la pobreza y con ella la enfermedad. El Estado puede hacer del “clima” de mercado una tormenta que traiga desastres y desasosiego. Por ello el retiro del Estado del mercado. El Estado mismo es un riesgo. Esta amenaza se encarna en el Estado. La modernización neoliberal colombiana requiere un Estado que con su sola presencia actúe recordando que los enemigos del mercado o la atención de calidad siempre acechan.

Sin embargo, la proliferación de leyes y reglamentos que en los 20 años de ley 100 se han producido para infundir ese temor solo testimonian su incapacidad e ineficiencia para atender las múltiples interacciones que se promueven en el mercado y la creatividad de los empresarios para sortearlas en

búsqueda del dinero. Hecha la ley, hecha la trampa. En un sistema donde se propicia el cálculo de los riesgos, los empresarios también calculan los riesgos de traspasar los límites de las reglas de juego y jugar en las zonas grises que emergen ante cualquier nueva reglamentación. Cuando obtener ganancias por vías no legales se convierte en normal, mediante corrupción o el engaño, como presentamos en la situación del sistema de salud en este capítulo, los miedos al castigo del Estado se minimizan y se hacen parte del cálculo en las pérdidas y ganancias. Mayores controles, simplemente modificarán un poco el cálculo y el margen de maniobra, pero con la promoción del dinero como incentivo central del sistema de salud el temor al Estado se convierte en una artimaña matemática. El Estado puede domesticarse al entenderse como un riesgo más, siempre está ahí presente, muchas veces es incierto e impredecible si va a castigar o no.

En conclusión, los principios de un sistema de salud de mercado más que la libertad y la solidaridad deberían ser el egoísmo y el temor. El mercado potencia el egoísmo y el Estado el temor en un juego interminable.

5.2.8. Aseguradoras y los alcances del acceso en la ideología.

Como es bien sabido, la articulación a la que hacen referencia Juan Luis Londoño y Julio Frenk en el Pluralismo Estructurado en Colombia se tradujo en una pluralidad de aseguradoras que compiten entre ellas por la afiliación de los usuarios del sistema de salud, que organizan y contratan los servicios o los prestadores también plurales, y también en libre competencia. Reciben un valor por cada afiliado denominado Unidad pago por Capitación -UPC-, y deben administrarlo de manera tal que puedan pagar su administración, el trabajo de los prestadores y además una ganancia que “incentive” su mejor desempeño. En los discursos de la modernización neoliberal la accesibilidad a los servicios de salud representa una de las principales funciones del aseguramiento, busca romper con las barreras de acceso. En la Política de Prestación de Servicios la accesibilidad es entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios. Siguiendo nuestro argumento la accesibilidad es tanto la entrada como la circulación del cliente y su dinero por todo el sistema de salud.

En la política el acceso se relaciona con tres factores: el que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener servicios, garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral y el de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud. Veamos cómo se articulan a los dispositivos de seguridad-control de esta ideología.

En la primera las aseguradoras deben producir “capacidades” de los usuarios para buscar y obtener la atención, que como hemos señalado se realiza difundiendo información sobre los riesgos financieros y sanitarios de la enfermedad y la atención. La información aquí produce temor ante la incertidumbre de la situación de salud a los consumidores y al mismo tiempo la vincula a su solución institucional. Es decir, la información presenta al riesgo como necesidad, pues puede producir una enfermedad o hacer caer en la pobreza a los individuos, y la solución de ese riesgo que son las aseguradoras, las EPS, y la atención se reduce a lo médico tecnologicado. Al definir la necesidad define la solución. La capacidad de los usuarios es pues, hacer que reconozcan los riesgos para que acepten el aseguramiento como la única forma de encontrar atención médica.

Como lo hemos planteado la situación de violencia permanente que vive el país ha hecho que los riesgos y sus temores no solo se dirijan a aspectos propios de la violencia armada, sino que se han incorporado en las subjetividades de los colombianos extendiéndose a otros campos sociales y, en consecuencia,

haciéndolos proclives en este caso a una “cultura del aseguramiento en salud”. Es decir, el temor que ha incorporado el colombiano por la situación de múltiples violencias se reproduce en el temor que producen los riesgos sanitarios y financieros señalados por los discursos oficiales. Este temor hace proclive al colombiano a buscar seguridad en alguna institución, y ella aparece en el SGSSS como las aseguradoras. Esta hipótesis creemos merece alguna investigación posterior, sin embargo, podríamos sugerirla preliminarmente como una explicación a la aceptación general que tienen los aseguradores como intermediarios entre los clientes y los prestadores. Ante una situación de constante incertidumbre los clientes aceptan con relativa facilidad la delegación a otros, las EPS, de los riesgos, pero también simultáneamente de los temores y angustias introyectadas.

El acceso también se relacionan con garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral y las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud. Aquí encontramos a las aseguradoras como mecanismo intermediario para controlar las fallas de mercado que se presentan en las relaciones entre prestadores y clientes. Este control lo ejercen por medio de información, los contratos y, por supuesto, del financiamiento. Las aseguradoras por ley deben verificar la capacidad técnica y científica necesaria de las instituciones y profesionales, y evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos. Contratan a las IPS que están claramente encasilladas gracias a las tecnologías de estandarizaciones del objeto de trabajo [POS], o las acreditaciones, habilitaciones y certificaciones, que a su vez encasillan las tecnologías, los operadores técnicos y los actos de trabajo. Una vez controlado el trabajo, el objeto de trabajo, las tecnologías y los trabajadores, el dinero debería circular rápidamente por la producción de servicios de salud.

Las fallas de mercado propician que muchos posibles clientes y el dinero que portan no entren al juego del mercado. Las aseguradoras deben garantizar su circulación en todo el sistema. Para ello deben controlar a los prestadores, al trabajo hospitalario, a la atención, a los trabajadores, especialmente a los médicos y esto mediante los encasillamientos del objeto de trabajo, las tecnologías y los actos de trabajo. El papel de las aseguradoras sería controlar a los prestadores mediante su poder de compra y así agilizar la circulación del dinero por todo el sistema.

Sin embargo, después de años de operación, este sistema ha demostrado que para diversos actores y por distintas razones, pero sobretodo por la oportunidad de ganancia que conlleva, es más rentable detener la circulación del dinero que dejarlo pasar. Las EPS solo pagan a las IPS lo que está contratado y además lo que pueden demostrarle por medio de información escrita y bajo numerosos requisitos [auditorias, aprobación de glosas, etc.]. De esta manera, el dinero no sigue a la persona concreta y el proceso de atención por el que transita sino se queda el mayor tiempo posible con la aseguradora que no le paga a la IPS, o en la IPS que no le paga al trabajador o a los proveedores o... Si el acceso se garantizaba gracias a la agilización de la circulación del dinero que producía la EPS en la compra de servicios a las IPS, la traba del dinero se expresa en graves problemas de acceso real a los servicios. Así lo señala Vargas y Molina (2009) en su estudio donde concluyen que el predominio del mercado, la rentabilidad financiera de las aseguradoras impone mecanismos de contención de costos que afectan negativamente el acceso a los servicios de salud en el país.

Por otra parte, en los discursos de la era Uribe la ampliación de la accesibilidad se haría también mediante la asignación de subsidios a la demanda parciales, es decir, que no cubrirían la totalidad del POS del régimen subsidiado sino una parte. Esto aseguraba la afiliación de un volumen importante de clientes, una mayor legitimidad del sistema, y sobretodo el aumento de la circulación de dinero hacia las aseguradoras, que por subsidio a la oferta llegaban antes directamente a los hospitales públicos. Con la

justificación de la progresividad se argumentaba que los subsidios parciales eran un mecanismo transitorio pues se tenía pensado igualar los POS de todos los regímenes.

Para estos textos analizados en el caso colombiano los subsidios a la oferta, el dinero entregado directamente a los hospitales, era un vicio, un “círculo vicioso”, pues ese mismo dinero que podría entregarse a las aseguradoras hacía más ineficientes a los hospitales porque no los ponía competir. Era “perverso” entregarle a los hospitales directamente los subsidios para cubrir sus costos crecientes. Mejor que entregarle dinero a los hospitales llenos de vicios era dárselos a los aseguradores así fueran subsidios parciales, que en su sabiduría harían rendir cada peso, y serían más eficientes. Vicios e ineficiencia y perversión caracterizaba la gestión de los hospitales públicos mientras la sabiduría, el emprendimiento y la cautela investían a las aseguradoras.

En esta misma búsqueda frenética por ampliar las coberturas de la afiliación en el documento de la Política de Prestación se proponía el estudio de alternativas de ampliación de coberturas del régimen contributivo de la población trabajadora informal. La entrada al mercado de la salud no podía limitarse a los trabajadores formales o a los pobres convertidos en consumidores por el Estado. El trabajo no es lo importante sino el consumo.

La ampliación del mercado debía ser siempre creciente, las aseguradoras para reproducirse requiere cada vez más dinero y éste se encuentra en el número de afiliados, pues por cada afiliado se le entrega a las EPS el valor de una UPC. Lo interesante acá es que aumentando la cobertura de la afiliación se satisfacen los intereses de los aseguradores, así que luchar por una mayor cobertura, la universalidad, en esos términos era y es apoyar su juego.

5.3. El Proceso de Trabajo hospitalario en Colombia

5.3.1. El Objeto de Trabajo: riesgos y mercancías

Los discursos de las políticas públicas colombianas discuten sobre el concepto de salud de la OMS superando “...la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social”(MPS 2003). Allí el objeto de trabajo del sistema de salud dejó de ser solamente la patología y se amplió a los riesgos de vivir, de vivir en un entorno físico y social. El riesgo de vivir se convirtió en posible objeto de trabajo del sistema de salud con la promoción de la salud y los hábitos de vida saludables.

El discurso sobre el riesgo fue reemplazando al de la patología, el de la muerte. En la ley 100 en muchos casos la enfermedad es sinónimo de contingencia. Es decir, la enfermedad misma es un riesgo. Por otro lado, a la vida se le contraponen el riesgo. La muerte se ve reemplazada con el riesgo. La angustia no sería frente a la muerte sino ante la probabilidad de ella, no es ante la enfermedad sino ante la probabilidad de ella. El riesgo se da en la vida. Se subraya hasta la saciedad que vivimos en una sociedad repleta de riesgos y debemos asegurarnos, sobretodo pagar, para que nunca se hagan efectivos.

La multicausalidad de los problemas de salud es empleada en estos discursos como el término donde la incertidumbre frente a la vida y la muerte se maximiza. Las múltiples causas de la enfermedad imposibilitan aseverar algo con certidumbre. No está en manos de los médicos y su conocimiento, ni del hospital y su tecnología, sino de una acción conjunta de toda la sociedad y ni así sería posible domesticar al riesgo. La incertidumbre del riesgo, el nuevo objeto de trabajo del sistema de salud, se deposita en manos del *management*.

Así, no solo los riesgos se incluyeron en los discursos sino que comenzaron a ser gravitantes en la formulación de las políticas. De esta forma observamos como en el Plan de Desarrollo de Gaviria encontramos la palabra muerte y los índices de mortalidad de manera repetida, mientras en los de Uribe desaparecen y en su reemplazo encontramos el énfasis en los riesgos.

Por otro lado, con la ley 100 se creó el Plan Obligatorio de Salud –POS- que es el conjunto de servicios de atención que tiene derecho un usuario cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y la curación de enfermedades y el suministro de medicamentos. En la ley se crearon dos POS diferenciados uno para los clientes que contribuían, y otro para los pobres hechos consumidores. El segundo tenía el 50% del valor del primero, y estaba constituido especialmente por intervenciones y fármacos con un alto nivel de costo efectividad, las llamadas esenciales por el Banco Mundial. Mientras el primero estaba conformado por un número mayor de intervenciones y medicamentos, similar al que tenía el Seguro Social en 1993.

Constituir un paquete de servicios es encasillar los objetos de trabajo de salud con unas tecnologías específicas y unos actos de trabajo particulares. Al encasillar el objeto de trabajo con rigurosidad, sea patología o riesgo y aplicarle un conjunto particular y encasillado también de tecnologías y actos de trabajo se puede costear y se puede comparar con cualquier otro objeto de trabajo o con cualquier otra cosa. Así, se puede tratar la enfermedad y el trabajo en salud como si fuera otra cosa. Esta es una de las utilidades de hacer paquetes de servicios, de hacer el POS. Cuando se habla del POS no se trata de personas con enfermedades o personas trabajando y usando distintos tipos de tecnologías en salud. Se tratan a las personas enfermas y a los trabajadores igual que una mercancía que se transa en el mercado. Se pueden vender y comprar, y también se pueden enriquecer con ellas. Puede que en los discursos digan que la enfermedad no es una mercancía pero la usan como tal. Un ejemplo es que el POS se usa como un estimativo de multas, como moneda de cambio. La Superintendencia puede aplicar multas considerando el costo de una enfermedad y del trabajo de un profesional de la salud.

5.3.2. Las Tecnologías en el pluralismo estructurado colombiano.

En los discursos analizamos como las tecnologías se articulan al dispositivo de poder de la seguridad-control, desde dos niveles: las tecnologías duras, que incluirían a los equipamientos, fármacos e insumos, y las blandas duras que incluirían las organizacionales como la calidad, los recursos humanos, y los saberes tecnológicos como la administración hospitalaria, la epidemiología, las ciencias patológicas y clínicas.

5.3.3. Tecnologías organizacionales: los hospitales-empresa

En los discursos se enuncia el ideal institucional hospitalario en convertirse en empresa: “Se busca que cada entidad prestataria de servicios funcione como lo haría cualquier empresa eficiente...” (MPS 2003). Para ello desde Gaviria se establece que el sistema de gestión debe reestructurarse implantando modelos de administración gerencial “flexibles” que logren “integrar” el “manejo” científico y el administrativo. Un discurso empresarial sostenido por el “manejo” de lo científico, pone la ciencia y el trabajo al servicio de los vericuetos de la ganancia. Así, los hospitales públicos fueron obligados a constituirse en Empresas Sociales del Estado, que con su personalidad jurídica permitían la autonomía administrativa y financiera para establecer negocios con las EPS, asociarse con otros prestadores en redes, fragmentarse internamente para ajustarse a las demandas del capital, entre otros.

Los discursos señalan la imperiosidad de los hospitales públicos por adoptar la autonomía y así constituirlos en empresas para que se comporten ajustados a las leyes del mercado:

“Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre competencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud” (MPS 2003).

En los discursos las redes de servicios eran la alternativa para garantizar la disponibilidad, continuidad e integralidad de la atención en un sistema de mercado competitivo. Para ello la Política de Prestación de Servicios señalaba que se debía fortalecer la rectoría de los entes territoriales, la definición de lineamientos para consolidar las redes y para regular la oferta, y para integrar a los servicios la consolidación de un sistema de información. De nuevo, es la información la que supuestamente pondría a circular a los prestadores, los intereses de su *management* y de esa manera equilibrar el mercado. Mientras el Estado en forma de entes territoriales o lineamientos definía los caminos que debe tomar esa circulación. A partir de información y de contratos mercantiles entre EPS y sus redes de IPS se pondrían a circular los enfermos y sus enfermedades por los distintos servicios e instituciones para lograr la integralidad. El dinero iría detrás de esos clientes informados y los hospitales-empresa y las redes de servicios a su vez detrás de ellos.

Pero como vimos la información de las personas no es tal y el dinero es detenido en cada institución para mejorar sus ganancias, y con él, el cliente. Así, que es el cliente el que corre o se detiene detrás del dinero, de los intereses, gustos y cálculos de cada *management* de las EPS o IPS. Si es mejor detener el dinero en las EPS o en los hospitales-empresa, pareciera que éste no es el mejor vehículo ni incentivo para garantizar la continuidad de la atención y entretejer las redes de servicios. Los hospitales-empresa buscan la ganancia y si ella se encuentra deteniendo o negando la atención de uno de sus clientes o haciéndole trampa a la red así lo hará.

Así como en las empresas se fusionan o se suprimen, los hospitales deben seguir el mismo camino, establecen estos discursos. Si la ganancia indica que dos hospitales deben fusionarse o uno de ellos liquidarse, la legitimidad de tal decisión se sostiene por los indicadores de mercado. No es un asunto de voluntad sino es la decisión del mercado, que se sostiene como si fuera la sociedad en su conjunto quien decidiera. Como la sociedad es igual al mercado, si los indicadores de este último señalan la “necesidad” de cerrar un hospital por cualquier razón es como si la sociedad lo dijera en su conjunto.

La tercerización desde Gaviria era considerada como una alternativa para mejorar la calidad y la eficiencia de los hospitales-empresa. Así, la circulación de dinero en la producción de la atención podría agilizarse al crear distintos mercados con diferentes propietarios y empresas al interior del mismo hospital. El egoísmo, el interés por la ganancia y el cálculo generarían incentivos para que el trabajo fuera más eficiente y ajustado a estándares estipulados en contratos. Además, con la tercerización se acababa con los sindicatos y la empresa contratada se hacía cargo de los trabajadores y su “carga” prestacional. El trabajador y su trabajo se debían reducir a lo dispuesto en el contrato, donde su interacción con los demás trabajadores o el contexto local o el compromiso con la institución o la comunidad no importaban.

La empresa tercerizada podía irse por su propia voluntad o era despedida por el hospital-empresa si no le era conveniente a sus respectivos *manager*, sin ninguna otra consideración. La productividad y la

ganancia de las empresas hacían mover a los trabajadores más allá de su voluntad, eran simples operadores técnicos flexibilizados.

De manera similar funcionaban los servicios hospitalarios cuando se consideraban centros de negocios independientes. La flexibilidad administrativa de la autonomía hospitalaria garantizaba este tipo de fragmentación interna del hospital-empresa. Los servicios de cirugía, pediatría, UCI, etc. se ponían a competir entre ellos por los recursos del hospital. Los servicios que mejores indicadores de productividad y calidad tenían garantizaban su continuidad, es decir, su reproducción dependía de las ganancias que le producían al hospital-empresa, la capacidad para encasillar a sus trabajadores y procesos de trabajo y la capacidad para producir símbolos de distinción del mercado mediante los estándares. Las patologías o los intereses médicos quedaban rezagados o debían articularse al interés por la ganancia.

La importancia del *management* del hospital-empresa entonces no solo recaía en hacer buenos negocios hacía afuera vendiendo los servicios a las EPS o las entidades territoriales, sino hacia adentro, vendiendo o comprando partes de un hospital-empresa flexible. Gracias a la fragmentación del hospital-empresa podía adaptarse a las necesidades del capital, de la ganancia. Era un hospital-empresa que parecía un cascarón vacío que el *management* llenaba y configuraba con servicios-empresas jurídicamente diferentes y contratadas mediante la tercerización, o “adscritas” al hospital y que funcionaban como unidades de negocios.

También desde inicios de los 90 los discursos tratan sobre el papel de los premios, de los incentivos a la gestión, la eficiencia y la eficacia. Como hemos señalado, esto significa orientar los intereses, temores y angustias de los agentes del sistema para que se circunscriban a jugar las reglas del mercado de la salud. Y para ello se requieren sujetos que hayan incorporado las reglas del juego, que tengan las disposiciones para percibir y valorar los incentivos, los riesgos y también los temores y miedos, que tengan creatividad y emprendimiento para gestionarlos por medio de tecnologías gerenciales, teniendo en mente la ganancia y la productividad, es decir, hacer *management*. Hacer una empresa del hospital significa en estos discursos la participación de todos, trabajadores, universidades y grupos profesionales. Hacer *management* es aparentemente mejorar el hospital y sus objetivos, aunque en el fondo es sujetar a los agentes o trabajadores a la lógica de los intereses de la ganancia, del mercado, para que desde su posición pongan a funcionar todo el sistema.

De igual forma, desde la época de Gaviria se proponía la administración “delegada” de los hospitales con entidades externas, similar a los nuevos hospitales regionales de alta especialidad –HRAE- de México, pero acá se ofrecen los hospitales públicos ya establecidos. La posibilidad de que haya ganancia bajo esta modalidad de administración radica en que haya un control como el descrito sobre todo el proceso de trabajo y los trabajadores, que ya ha sido garantizado tras la empresarización de los hospitales en los últimos 20 años.

Por otra parte, en el Plan de desarrollo de Uribe las exportaciones de servicios de salud eran un reglón que buscaban promover para la reactivación económica del país. Se señalaba que la competencia entre instituciones y el encasillamiento del trabajo en el interior de cada una, han podido generar clúster de salud, que pueden “satisfacer” la demanda internacional. Se proponían zonas francas donde había un sistema impositivo especial para promover la industria de los servicios de salud para clientes extranjeros. Los hospitales-empresa configurados en red, eficientes y con estándares de calidad, podrían exportar servicios y obtener jugosas ganancias.

No obstante, en los discursos se advertía que debería evitarse que todas estas modalidades de organización se convirtieran en instrumentos de extracción de rentas. Sin embargo, la información sobre corrupción en los hospitales que tratamos en este capítulo nos señalan que estas advertencias no fueron escuchadas o valoradas con la seriedad del caso. Consideramos que al tratarse la enfermedad como una cosa como cualquier otra, que se transa en el mercado, facilita a que el *management*, o los trabajadores o políticos o empresarios, cada uno en su nivel de posibilidad, asuman que es simplemente dinero y puedan apropiarse de él con menos consideraciones valorativas hasta llegar al nivel de corrupción al que cayó el país en la actualidad. Si a esto se suma esta disposición del colombiano por borrar al Otro debido a la permanente situación de violencia, reducir a las personas a dinero es muy fácil. Así, no basta decir que la enfermedad no es una mercancía como lo señalaban los discursos sino no tratarla como tal y no establecer los mecanismos para que así fuese considerada y tratada.

Si se legitima una apropiación lícita de dinero la ilícita es solo cuestión de cruzar ciertos límites, tomar ciertos riesgos. Pero si la lícita es también reprochada la ilícita puede llegar a estar al margen de cualquier opción. Es decir, combatir la corrupción no debe limitarse al aparato jurídico legal del Estado contra lo que es ilícito, sino también en términos de sentido, de romper cualquier tipo de relaciones de significación entre la atención y el lucro o la ganancia, es decir, en el contenido de la política misma de la reforma, en lo que si está permitido pero que hace de las personas mercancías.

5.3.4. Calidad

En la reforma se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud –SOGC- que establece procesos de habilitación -que deben cumplir las IPS antes de iniciar sus actividades-, acreditación, la auditoría y el sistema de información para la calidad. El SOGC tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

A la vista de los resultados, la calidad, desde la modernización neoliberal es la contracara de la eficiencia, es un imperativo de la productividad. Este balance entre beneficios, riesgos y costos que provee el prestador, y la adhesión del consumidor al producto, son motores de la eficiencia.

Mediante estos procesos la calidad sirve tanto para encasillar y hacer intercambiable la enfermedad y el trabajo por dinero como cualquier mercancía, y además, sirve como estandarte para diferenciar en la competencia del mercado a las empresas de salud. La calidad es cosificador de la enfermedad y el trabajo, los reduce a fichas intercambiables en equivalentes de dinero en el juego del mercado de la salud.

La calidad sirve además como estándar de la lucha simbólica del mercado. En este sentido encontramos que la acreditación se refiere a entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos, de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad. Mediante la asignación de símbolos de calidad –internos y externos-los hospitales-empresa intentan distinguirse de su competencia para tener más clientes y ser más productivos. Como todo símbolo, la calidad en esos términos no es la calidad del trabajo de la atención en sí, sino un significante de ese trabajo. Un símbolo que es usado más para la competencia entre empresas que para el trabajo en sí, más que su apropiación por los trabajadores para hacer bien sus labores cotidianas, como lo vimos en la investigación sobre seguridad del paciente(Perdomo and Martínez 2011).

La acreditación produce la sujeción de usuarios y trabajadores, sus actos de trabajo y sus tecnologías a un encasillamiento previo, externo y universal, que podría ser por tanto, intercambiado en cualquier lugar del mundo y en consecuencia es un símbolo que invita a comprarlo porque alguien externo, las compañías acreditadoras, dicen que es bueno. En ese sentido la calidad produce sujetos, produce clientes, de los usuarios de la atención hace clientes, y de los trabajadores hace clientes internos.

La calidad en la ideología neoliberal modernizante es el recurso con el cual el hospital-empresa o el trabajador pueden entrar, mantenerse y ascender en el mercado, para vender más servicios a los clientes y a las EPS, y así ser más productivos. La calidad sirve entonces como ficha de juego social del hospital-empresa, en términos de Bourdieu(1993), y como tal puede usarse más allá de la justificación con la que fue hecho en un principio. Puede que se use más allá de mejorar la calidad del trabajo, en el ascenso social, de estatus o económico de una institución o persona.

En estos textos la calidad y la información van de la mano. El eje de la calidad se considera como un elemento estratégico basado en el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario. Así, el sistema de acreditación se justifica como información para los usuarios sobre la calidad de las instituciones y la promoción de su mejoramiento, mientras el SOGC, como información de obligatorio cumplimiento para las EPS e IPS y de información de conocimiento público. Con esa información usuarios y EPS en su libertad escogerán los que tienen mejores símbolos, sacando del mercado a los que tienen peores indicadores y así se llegará a la armonía del sistema. De esta forma, el hospital-empresa y el manager deben mejorar continuamente los símbolos de calidad, en otras palabras, los indicadores, si quieren mantenerse en el juego del mercado de la salud.

Además, según estos discursos la información sobre calidad puede reducir los riesgos asociados a la atención. De nuevo los temores y miedos se ponen en juego para aceptar de manera inapelable la calidad. Frente a estas angustias los discursos rápidamente lo relacionan con la que sería obvia participación de los usuarios, con su empoderamiento y la capacidad de control desde los clientes al sistema. Ante el miedo a enfrentar un riesgo por problemas de calidad, el cliente debería poner sus energías para reducirlas al máximo exigiendo el cumplimiento de los estándares o eligiendo con un miedo informado la empresa que mejores indicadores tenga.

La “seguridad del paciente” hace referencia directamente al mismo tiempo a la solución institucional y a los riesgos y a sus angustias. Consideramos que tener el monopolio del significado de la calidad y sus relaciones con los riesgos, los miedos, el encasillamiento, los manager y expertos de la calidad y los estándares fue uno de los grandes éxitos de la ideología neoliberal modernizante. Pero sobretodo el ocultamiento de su relación directa con el mercado y la productividad.

5.3.5. La gestión del Trabajo

En estos discursos cuando se habla de recursos humanos los trabajadores son tratados como un recurso más de la empresa. Al ser reducidos a un costo, pueden intercambiarse con otra cosa que tenga el mismo costo. Cuando se habla de talento humano la diferencia radica no en que no sean considerados como un costo, sino que reconocen las potencialidades de los trabajadores para que ese costo pueda producir más ganancias que solo las establecidas en los contratos laborales. El talento humano busca exprimir al máximo las potencialidades de los trabajadores y derribar sus trabas psicológicas que no le permiten poner todo de sí en pos de la productividad. En ambos los trabajadores son cosas que tienen un costo, pero en el primero se controla coercitivamente por medio de un contrato para que hagan lo que se estipula allí que deben hacer, mientras que en el segundo lo importante es la creatividad, el emprendimiento, el compromiso, etc. y toda esa serie de elementos subjetivos que se le atribuyen al

trabajador en relación a su trabajo en el proceso de gestión y pueden acarrear mayor productividad a la empresa. Pero siguen siendo cosas que se compran y se venden, que pueden ser manipuladas como cualquier otra, pueden ser manipuladas sus subjetividades.

La flexibilización laboral por su parte, es vinculada en estos discursos con la adaptación de la empresa al entorno, es decir, dependiendo de las señales del mercado el trabajo al interior del hospital-empresa debe ajustarse a esas demandas. En un entorno incierto y plagado de riesgos la flexibilización de los trabajadores es norma.

La flexibilización se hace un imperativo para ajustarse a la demanda. Pero en los discursos el objetivo de disminución de costos se trata como un elemento secundario. Es decir, la flexibilización se justifica por las condiciones externas al hospital y no por la necesidad de la productividad de reducir costos a partir de cualquier medida, en este caso, de las condiciones laborales de los trabajadores:

“El régimen laboral en los hospitales públicos, está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que le imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación” (MPS 2003).

Por otro lado, en la ley 100 se estipula que el gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales para los trabajadores para hacer más eficiente la producción: como la educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Los trabajadores y managers deben adaptarse al ambiente cambiante e incierto y deben hacerse a sí mismos flexibles. Se busca ponerlos en movimiento, de acelerar la productividad a partir de un sistema de incentivos en las formas de contratación. Y como el mundo y los mercados son inciertos las subjetividades ideales de los trabajadores también deben ser flexibles, adaptables, móviles. Los estímulos, incentivos, premios, castigos, que se expresan continuamente en los documentos tratan de poner sobre el tapete este tipo de gestión de los trabajadores.

Bajo esta ideología trabajadores y *managers* se auto someterían a la lógica productivista a partir de premios y castigos. Así, en los discursos los managers deben pasar por una evaluación de su gestión, condicionando su permanencia con resultados pactados de productividad y calidad. Los prestadores individuales, los profesionales que tienen su propio consultorio y que venden sus servicios a la EPS, deben comportarse como operadores técnicos y como gerentes de sus propias empresas que le venden servicios no a individuos sino a las aseguradoras. Como además son pactados, establecidos en negociaciones mercantiles, la libertad con la que se pactan las obligaciones hace responsables a los individuos del funcionamiento de toda la lógica del mercado.

5.3.6. Financiamiento

Por otra parte, entre las tecnologías financieras usadas en el mercado colombiano una de las más importantes han sido la autonomía financiera y los subsidios a la demanda. Se justificaban con el argumento que con los subsidios directos los recursos no les llegaban a los usuarios. Buscaban que los hospitales públicos se autofinanciaran con ingresos por venta de servicios a pobres convertidos en clientes subsidiados por el Estado. La responsabilidad de los gerentes por la sobrevivencia del hospital, y de los trabajadores hospitalarios por los bajos costos de la producción eran incentivados. Los discursos enunciaban que este tipo de financiamiento requería información ágil y la divulgación amplia a los usuarios de tarifas y estándares para su control y aceleramiento. La inmediatez de los clientes, la

satisfacción inmediata sin concesiones de tiempo, por la urgencia de la enfermedad pero también por la insaciabilidad del consumidor, empujarían el incremento de la velocidad de la producción.

En la ley 100 quedaron estipulados los pagos moderadores, que según el documento, se aplican con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso del sistema. Pero deben ser de forma tal que no se conviertan en barreras de acceso para los más pobres. Tenemos entonces unos pagos cuyo valor debe producir en el cliente el incentivo para no consumir más de lo necesario pero tampoco lo impida consumir. La solución de la ley fue hacerlos diferentes dependiendo del estrato socioeconómico. Por supuesto hay un problema de asignarle una cifra en dinero a los límites de la percepción y valoración entre lo necesario y lo superfluo que hacen los individuos para su enfermedad y la atención que hacen en contextos temporales, sociales y espaciales específicos. Pero si además a esto le sumamos la gestión y promoción que hace el sistema de los miedos, angustias y temores frente a los riesgos de enfermar, morir y vivir, y que ponen en movimiento esas percepciones y valoraciones, el establecimiento de esos límites no solo es arbitrario sino que pone a los individuos en constantes tensiones. Se termina asumiendo que porque la reglamentación señala que ese precio modera las subjetividades, es porque debe ser así y el *management*, trabajadores y clientes actúan como si fuera así, aunque sepan que no guarda ninguna relación con su realidad concreta.

5.4. Conclusión

Tenemos pues un contexto donde las relaciones de mercado eran violentas y además permeadas por la corrupción, donde cada peso se luchaba con estrategias legales e ilegales para borrar al competidor y para ello se estimuló la producción de información para competir en el mercado EPS-IPS. Mientras tanto el Estado se encargó más bien de producir discursos legales para delimitar las relaciones de mercado donde cada vez la ilegalidad rayaba en la normalidad. El equilibrio del mercado regulado necesitó en el caso colombiano una creciente normatización que sin embargo, no fue suficiente para meter a los políticos, tecnócratas y al *management* de las EPS e IPS en cintura, dentro de las reglas de juego. Esto quiere decir que una pieza fundamental del dispositivo de la seguridad-control, el auto control de los sujetos, por normalización dada por incentivos, no fue tal, y requirió un aumento de la coerción estatal. El equilibrio del mercado regulado, la armonía del sistema, es decir, la gran justificación de las reformas nunca llegó a cumplirse.

En este mismo sentido encontramos el papel de la información en la reforma. Pareciera que la información de la producción de la atención hospitalaria importante es la que requieren las empresas para hacer sus negocios y el Estado para regularlos, y no la que los clientes requieren para realizar su "libre escogencia". Pareciera que las justificaciones para hacer la reforma, como esta alusión constante a la centralidad del usuario, a tratarlo como cliente, que el dinero siga al cliente, a no ser asistencialista, a que ellos tienen iniciativa, que con este modelo son ciudadanos, que debe impulsarse la libre escogencia de los usuarios para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, etc., en realidad nunca fueron puestas en juego, porque la información se produce para ser consumida en las empresas y en el Estado para regular el juego del mercado de la salud.

6. LA IDEOLOGIA EN LOS PARADIGMAS DE LA REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA HOSPITALARIA EN AMERICA LATINA

Para asegurar los cambios de la reestructuración productiva hospitalaria y de sus relaciones sociales y estructuras materiales, se han debido producir importantes transformaciones ideológicas. Recordemos que la ideología modernizadora ha presentado las reestructuraciones productivas hospitalarias como procesos técnicos, racionales y científicos. Sin embargo, como hemos visto durante el desarrollo de esta investigación, las técnicas que impulsa la concepción del pluralismo estructurado, entre ellas la división de funciones, modulación, autonomía hospitalaria, calidad, incentivos, mix público-privado, etc., se articulan alrededor del dispositivo de poder de seguridad-control, al que se entiende como una serie de mecanismos que incluyen la circulación, la competencia, lo centrífugo, a abrirse a nuevos campos, la libertad, al auto-equilibrio y a la normalización, a fin de plegar a los hospitales a la reproducción del capitalismo en su fase neoliberal o de capitalismo liviano y su búsqueda incesante de la aceleración de la rotación del capital según lo ha caracterizado Bauman(2008). Las formas como se articulan estas técnicas lejos de ser neutras, están especialmente diseñadas para producir efectos en el sentido que garantice la hegemonía económica del capital financiero. De esta manera, las reestructuraciones productivas hospitalarias se relacionan con cambios económicos, sociales, culturales e ideológicos globales que han atravesado a Colombia y México.

Las transformaciones en términos ideológicos han buscado trastocar las articulaciones que existían entre las técnicas de la planificación normativa del sistema de salud y de los hospitales públicos, realizada por el Estado benefactor o social del pasado, con el dispositivo disciplinario, y que pretendían asegurar la reproducción del capitalismo pesado y su búsqueda por aumentar la eficacia de la producción. Se busca ahora configurar nuevas articulaciones entre las técnicas del mercado regulado del pluralismo estructurado con el dispositivo de seguridad-control.

Estas transformaciones ideológicas se han caracterizado por los cambios en las formas como los antagonismos sociales presentes en las estructuras macrosociales, del campo social de la salud y del interior del hospital, pretenden desaparecer a nivel discursivo y de las subjetividades de las personas. Mediante la ideología, antagonismos sociales como el de capital/trabajo en las estructuras macrosociales; o entre el CMI y CMF y los trabajadores hospitalarios presentes en el campos social de la salud; o entre las directivas, los profesionales de la salud y las personas enfermas en el contexto local de la atención, pretenden ser abolidos en términos discursivos y de la subjetividad de los mismos implicados al revestir de técnica y científicidad. Sin embargo, esta pluralidad de antagonismos sociales resiste a la integración y por tanto a su disolución. Como señala (Zizek 2003b), la abolición de los antagonismos es la fuente de la tentación totalitaria y ésta se ha intentado ideológicamente en el capitalismo pesado y liviano mediante dos mecanismos distintos: la Racionalidad en la primera y la Información en la segunda.

No sobra subrayar que el problema ideológico no es la racionalidad o la información en sí, sino cómo se apela a una u otra como entidades meramente técnicas y neutras para asegurar la articulación de todo el sistema de salud alrededor de ellas y así obtener la armonía social. La perspectiva de este trabajo es dar cuenta de los antagonismos sociales y de la imposibilidad de su abolición que esconden ambos sistemas de dominación ideológica, tanto la racionalidad benefactora como la información neoliberal, mostrando sus limitaciones y sus potencialidades ideológicas. Desde otra perspectiva como las que utilizamos como marco teórico, racionalidad e información deberían ser instrumentos para reconocer

los antagonismos y al mismo tiempo saber lidiar con ellos siempre de forma inacabada, incompleta, insuficiente en el proceso de producción de servicios de salud más democráticos. Y en el mismo movimiento reconocer que siempre la racionalidad y la información son inacabados, incompletos e insuficientes.

6.1. Transformaciones Ideológicas y la armonía del Campo de la Salud

En el capitalismo pesado la Racionalidad era la idea que podría armonizar la sociedad: organizaría lo social, la economía y al sistema de salud, mediante la Planificación Normativa; estructuraría al hospital público mediante la organización científica del trabajo de la Burocracia Profesional (Mintzberg 1991); y a las relaciones entre trabajadores hospitalarios y pacientes, mediante la primacía y verticalidad de los saberes y conocimientos médicos. La Racionalidad sería neutra, ahistórica, asocial, y si se sigue correctamente, llevaría a la armonía social.

En cambio la Información en el capitalismo liviano es la idea que puede armonizar la sociedad. En la ideología modernizante neoliberal se critica la racionalidad normativa, la racionalidad desde el Estado: mediante ella la realidad es imposible de conocerse completamente, se debe considerar el azar y la incertidumbre a causa de la inmensidad de interacciones que se presentan en la sociedad a cada instante. Por lo tanto, no puede haber una institución, como el Estado, o un individuo, como el burócrata, que pudiese racionalmente conocer y definir el futuro para lograr el desarrollo de una sociedad. Además, sus intereses los llevarían a tomar decisiones que los beneficiarían solamente a sí mismos y no se lograría la armonía. En cambio son los individuos, aunque igualmente en sus intereses egoístas, pero fuera de la lógica del Estado, los que siguiendo unas reglas de juego de mercado, podrían armonizar el sistema tomando decisiones informadas en cada momento. Entendida así la Racionalidad anterior podría ser totalitaria, autoritaria, no democrática, y además ineficiente, produciría servidumbre en vez de individuos activos, tomadores de decisiones. En cambio la racionalidad de la Información al producirse observando las interacciones de todos sería democrática, produciría instituciones eficientes y de calidad, e individuos activos que sabrían escoger lo que ofrece el mercado para satisfacer sus necesidades. La información también se considera neutra, ahistórica y asocial, pues se produciría no por un individuo o institución, sino por una multiplicidad de individuos en sus interacciones de mercado, lo que llevaría a la armonización social, y así, desaparecerían los antagonismos.

Es mediante la información que la multiplicidad de individuos producirían y reproducirían el mercado de la salud: con información se pondría a circular, competir, normalizar, auto-regular y ampliar las empresas de salud eficientemente y con calidad; con información el management, los trabajadores y los consumidores en su autonomía y libertad escogerían el mejor hospital y eliminarían paulatinamente a los ineficientes y sin calidad; con información el management, trabajadores y consumidores conocerían los riesgos financieros, sanitarios, etc., podrían auto-controlarse y elegir a cada momento que producir y que consumir para reproducir la empresa, su lugar de trabajo y mantenerse sano o enfermo para seguir consumiendo.

A nivel macro, en el capitalismo pesado los antagonismos desaparecían gracias a la idea de que la Racionalidad podría conciliar tanto los intereses divergentes como el compromiso presente entre el capital y el trabajo, y así mediante la Planificación Normativa se podría llegar al progreso y el desarrollo de todos a largo plazo. El Estado se encargaría de Planificar los “factores” de la economía y aseguraría la reproducción de la fuerza de trabajo interviniendo activamente en el campo de la salud. Tanto en Colombia como en México el capitalismo pesado fue el modo de producción hegemónico durante buena parte del siglo XX y el Estado tuvo un papel preponderante en el campo sanitario en sus particularidades. En México el compromiso entre el Capital y el Trabajo fue mucho más sólido, pues

gracias al Estado corporativo los sindicatos fueron incluidos ampliamente en las esferas de poder, mientras el empresariado estuvo dividido, en parte articulado al PRI y hacia los últimos años al neopanismo. Así, se crearon el IMSS, para los trabajadores de las empresas privadas, y el ISSSTE, para los trabajadores del Estado, y además la Secretaría de Salud y Asistencia, que atendería a los desempleados, después descentralizada y prácticamente desaparecida por la política de protección social en salud durante el panismo de política priista en el sector. En Colombia, con un sistema político cerrado y directamente vinculado a los intereses de las elites nacionales y regionales, representado por los líderes de los partidos liberal y conservador, se produce el fenómeno de la guerrilla y posteriormente de los paramilitares, mientras en el plano político tanto el sindicalismo como la oposición política fueron dura y violentamente atacados y debilitados. Con una estructura institucional más frágil, también se crearon Seguros Sociales, tanto para los empleados públicos como para los privados, y el Ministerio de Salud se hizo cargo de la asistencia pública.

Con estas instituciones y la planificación de los hospitales de los seguros sociales y los hospitales públicos, a nivel político el Estado aseguraría la legitimidad de su poder, contribuyendo a la mitigación del conflicto social, a la normatización y la normalización del conjunto de procesos sociales; desde el punto de vista económico, el capital garantizaría la reproducción de la fuerza de trabajo para la producción y los trabajadores su propia reproducción física y social. Los discursos de la Planificación Normativa revisados señalaban que si se seguía esa Racionalidad planificada, se garantizaría la armonización social, el capitalismo pesado daría a todos parte de la riqueza social y por tanto, no sería necesaria la revolución tan en boga por esos años de Guerra Fría.

Con el advenimiento del nuevo orden capitalista, que como vimos en el capítulo 2 se inicia con el rompimiento de los acuerdos de Bretton Woods, se desata la inundación de dólares que fortalecieron el papel del capital financiero a nivel mundial y su interés por aumentar la velocidad de la rotación del capital, es decir, la aceleración del paso del capital de su forma de dinero a la producción y nuevamente al dinero. Era necesario incrementar la productividad y la eficiencia tanto a nivel productivo como a nivel financiero. Entre sus principales efectos estuvieron la reducción del tiempo y el espacio (Bauman 2002) y la fractura del compromiso entre capital y trabajo (Sennet 2008). Las ganancias se requerían de manera más rápida, pasando de una lógica de largo plazo al del instante, tanto en la producción como del consumo. También se requería de empresas y trabajadores flexibles que se ajustaran rápidamente a una producción acelerada y a un consumo variable y creciente. Consumidores que cada vez estuviesen más insatisfechos y deseosos de consumir más y más rápido. Las fábricas dejaron de estar amarradas a un espacio, empezaron a moverse donde les dieran mejores condiciones para su ganancia y comenzaron a orientarse por el consumo, rompiendo su ligazón con el trabajo y al territorio. Las empresas entraron en eclosión, donde cada parte tenía una gran autonomía y flexibilidad espacial y administrativa, pero donde debían articularse mediante redes informáticas que intercambian datos al instante. El compromiso pasó a establecerse entre el capital y los consumidores, y la economía a estructurarse a través de la información instantánea en red, constituyéndose el capitalismo liviano.

En el capitalismo liviano ideológicamente los antagonismos sociales dejarían de existir si los consumidores eligiesen de manera informada las mercancías que podrían satisfacer sus necesidades. La Información conduciría a un consumo inteligente, a una producción más ajustada a las demandas de los consumidores y por lo tanto a un círculo económico virtuoso, armonioso. Si lo importante era satisfacer las necesidades del consumidor, la producción y, por lo tanto el trabajo, debería informarse y organizarse de manera flexible para ajustarse a las decisiones del consumo. Las principales funciones del Estado en la ideología modernizante neoliberal serían la de producir, promover la producción y circulación de información, haciéndose un Estado Seductor, y la de establecer las reglas de juego del mercado, para constituirse en un Estado Modulador. En la ideología del capitalismo liviano todos ganan,

productores y consumidores, si escogen libre e inteligentemente lo que les señala la información y el Estado establece las reglas de juego para que con decisiones informadas los individuos permitan la reproducción de los mercados.

En este sentido vemos como el Estado a partir de De la Madrid en México -1982- y especialmente de Gaviria en Colombia -1990-comienzan un proceso de reducción para convertirse en lo que se ha llamado Estado Seductor y Modulador. La crisis de la deuda que afectó a México a principios de los 80 y la situación de violencias que afectaban a Colombia fueron los escenarios donde se adelantaron y justificaron buena parte de las reformas al Estado. Aperturas económicas, privatizaciones, descentralización, liberación del comercio y de los capitales, reducción del gasto público, fueron las principales medidas desarrolladas con ese fin, que en México se institucionalizaron con el Tratado de Libre Comercio con Canadá y EEUU en 1994, y con la gran privatización de empresas estatales de las comunicaciones y la banca y otras estratégicas, con Salinas de Gortari -1988-. En Colombia este nuevo orden se institucionaliza con la apertura económica del periodo Gaviria, el desmantelamiento del papel productor del Estado y las reformas de flexibilización laboral y de la privatización de la seguridad social.

A nivel del campo social la pretensión de desaparecer los antagonismos sociales, en el capitalismo pesado, se dio mediante la entrega, por parte del Estado planificador, del monopolio de los fenómenos de salud, enfermedad y atención al cuerpo médico, y la organización del sistema de salud soportados sobre esta Racionalidad. Los discursos soportados sobre la Racionalidad médica permitieron la estructuración del sistema de salud a partir del orden social médico. Cuando la Racionalidad médica reducía la enfermedad a su ente biológico, la necesidad a la patología, y su atención al uso intensivo de tecnologías duras, se garantizaba la reproducción de las industrias de la salud, la creación y producción de cursos por las facultades de medicina, cada vez más especializados para manejar y consumir dichos productos, la creación y ampliación de los hospitales cada vez más tecnologizados y la continuación del monopolio por parte del cuerpo médico sobre la enfermedad de la sociedad. Montado sobre un discurso sobre la Racionalidad médica y la planificación el Estado garantizaba la armonía de las instituciones del sistema de salud. Estos discursos señalarían que si todos seguían la Racionalidad médica y la planificación normativa en salud, se garantizaría la efectividad de las instituciones.

Así vimos como los discursos de la propuesta de la OPS sobre programación en salud, la planificación normativa volcada al sector sanitario, buscaban un ordenamiento y encadenamiento lógico de las personas, cosas y situaciones, para la producción de la atención. Mediante el control de los tiempos, espacios y movimientos el programador lograría que los recursos del sistema de salud y del hospital se articularan racionalmente y obtuviesen resultados efectivos. La planificación normativa y la racionalidad médica garantizaban la efectividad de la atención y el mantenimiento de la fuerza de trabajo sana. Tanto la planificación como el liderazgo del sistema y de la atención hospitalaria recaían sobre los médicos, su racionalidad y sus dispositivos disciplinarios.

En cambio en la ideología modernizante neoliberal los antagonismos del campo social de la salud desaparecerían si se permitía a los privados producir libremente productos de salud, llámense atención, fármacos, etc., y si los consumidores elegían informadamente que consumir también libremente sin barreras institucionales, es decir, destruyendo las instituciones creadas en el periodo anterior y reconfigurándolas en empresas dirigidas al mercado abierto, la integración. Pero, sobre todo, si se garantizaba que las ineficiencias y problemas de calidad consecuencia de la asimetría de información entre los médicos y los consumidores no se presentasen, creando un articulador entre ambos que comprara de manera cauta en representación del consumidor los productos que más le convenía a aquel en el mercado de la salud. El articulador debía entonces estar muy bien informado sobre el mercado de la salud, la calidad y precio de los productos de las empresas de atención y las necesidades

contratadas con el consumidor, para hacer negocios con los primeros; las empresas debían informarse sobre las necesidades de los consumidores y los precios que pagan los articuladores para establecer negocios con estos; y los consumidores debían informarse lo mejor posible sobre los productos que ofrecen las empresas de atención y los articuladores, para comprar lo que podría satisfacer sus necesidades. El Estado Seductor debía obligar entonces a que las empresas produjeran y pusieran en circulación información sobre las necesidades de enfermedad de los consumidores, sobre la eficiencia y calidad de los productos de las empresas de atención y sobre la eficiencia financiera de los articuladores. Además, como en el mercado de la salud existen fallas, el Estado debía intervenir en ellas, haciéndose regulador establecería obligaciones e incentivos cuando las decisiones del mercado no atendieran a las necesidades que señalara la información.

También vimos en los capítulos 3 y 4 como en México se constituyó toda una institucionalización de la información, investida de ciencia, en manos del INSP y FUNSALUD, como de información de gestión, a partir de la creación y desarrollo de una serie de sistemas de información interconectados. De esta manera Laurell (2009b) nos advierte que el discurso neoliberal creó su propia justificación científica, como toda posición ideológica. Señala mediante el caso mexicano como la “autoridad científica” de muchos autores se construyó a través de redes cuyos miembros se citan entre ellos, como se intentó convencer al público y a la comunidad científica sobre las virtudes de la reforma mediante la sobrevaloración de investigaciones con resultados positivos y el menosprecio de las negativas, o los mensajes repetitivos dirigidos al público apoyado por los grandes medios de comunicación.

En Colombia por su parte, vimos cómo se priorizó la información dedicada al negocio entre prestadores y aseguradores y al intento de regulación por parte del Estado mediante un inmenso aparato de leyes, decretos, resoluciones, y también sistemas de información, que pretendían controlar la violencia del mercado sanitario y los actos ilegales de la burocracia, los políticos y sobretodo del *management* de salud.

En Colombia la integración de las instituciones de seguridad social y de la asistencia pública fue radical, logrando una división de funciones y transformándolas en aseguradoras y prestadores que compiten en el mercado regulado de la ley 100. Los hospitales públicos se empresarizaron. Cualquier consumidor podría comprar el aseguramiento o la prestación de los servicios en cualquier institución si cuenta con recursos propios o entregados por el Estado mediante subsidios a la demanda. El compromiso estaría centrado en el consumidor. Sin embargo, también vimos como la circulación rápida del capital de la aseguradora a los prestadores no se logró porque tanto unos como otros buscaban retenerlo el mayor tiempo posible o derechamente apropiárselo con estrategias legales o ilegales, como tutelas y recobros o robos y desfalcos. Esta manera de circular la información más que agilizar la rotación de capital o de llevar a la armonía del sistema sirvió como instrumento para la apropiación de los recursos del sistema en manos privadas.

En México la integración no se ha logrado completamente, sin embargo, se han dado pasos en esa dirección. La creación del Seguro Popular es una muestra de ello: se creó un articulador estatal que intermedia entre el consumidor y los hospitales públicos y que compra a nombre de ellos. Se están desarrollando los Hospitales Regionales de alta Especialidad [HRAE] que es un negocio entre lo público y lo privado, donde el primero delega a los segundos la construcción y gestión de la institución y se establece que la forma como obtendría ganancias sería mediante su participación en el mercado de la salud, supuestamente controlado por unos compromisos de gestión. Los nuevos hospitales nacen como empresas. Mientras tanto los viejos hospitales públicos pueden obtener recursos vendiéndole servicios al Seguro Popular, también introduciendo la lógica de mercado en sus actos administrativos y clínicos, y en la subjetividad de sus trabajadores.

A nivel de la atención hospitalaria, en el capitalismo pesado, la Racionalidad médica favoreció la organización de la burocracia profesional, su división entre planificación y operación donde los mecanismos de control del trabajo recaían en los mismos médicos y su disciplina. El hospital se organizó siguiendo las formas de clasificación médicas de las patologías y sus especialidades, mientras los cargos directivos y los espacios de toma de decisiones estaban fuertemente orientados por la Racionalidad y los criterios médicos. Soportado sobre los discursos de la Racionalidad médica el Estado garantizó el monopolio del médico en las instituciones de salud y el disciplinamiento de los otros profesionales de la salud y de los pacientes, es decir, aseguró la armonía de la atención hospitalaria. Los discursos indicarían que si todos seguían la racionalidad y disciplina médica se aseguraría la efectividad de la atención médica en la cura a la patología.

A nivel de la atención hospitalaria en la ideología modernizante neoliberal la armonía social llegaría si su estructura organizacional se flexibiliza y el *management* sigue la información sobre las necesidades de los consumidores, las posibilidades de hacer negocios con los articuladores y sobre los riesgos sanitarios y financieros que ambos traen. No sería la Razón del burócrata sino la lectura interesada del *management* de la información que produciría el mercado de la salud la que orientaría la empresa de atención. Por su parte, en el trabajo ya no habría un monopolio médico sino que la atención se organizaría de manera flexible para satisfacer las demandas de los consumidores. El cuerpo médico mantendría una gran importancia en la atención pero dependería de la eficiencia con que desarrolle su trabajo, si no es así, otras profesiones podrían entrar a tomar posiciones antes reservadas a los médicos para hacerlas más eficientes. Las profesiones entrarían en una competencia por tener información actualizada sobre las técnicas más eficientes de atención. Una buena atención se consideraría la que estuviera más actualizada sobre la información técnica que circula en las revistas y reuniones científicas y que fuese costo/efectiva. Los trabajadores hospitalarios serían unos operadores técnicos. Los consumidores tendrían información para elegir libremente el profesional más eficaz, eficiente y de calidad. Todos, management, operadores técnicos y consumidores, estarían atentos a la información sobre los riesgos financieros, sanitarios, laborales, etc. para tomar decisiones libres y que satisfagan sus intereses egoístas. El Estado Seductor debería asegurar la información para que los individuos tomen las decisiones más convenientes a sus intereses.

En ambos países el Estado no solo fue achicado, fue convertido en un Seductor que produce y circula información, fue reducido a un regulador que emite y vigila el cumplimiento de las reglas que favorecen la productividad, sino que también fue desmembrado, haciendo de los hospitales públicos, que aun siendo del Estado incorporaron toda la lógica de mercado. Así como las fábricas entraron en eclosión para constituirse en empresas, el Estado se descentralizó y otorgó autonomía a los hospitales pero a la vez les indicó qué hacer y definió la política y las relaciones con el sector privado. Los mismos actos y organización del Estado en estos hospitales-empresa se montan sobre la idea de que la Información lograría la armonía social.

Como la Racionalidad en el capitalismo pesado la Información ahora encadena las distintas técnicas tanto a nivel macro, como hospitalario y de la atención en favor de la productividad, la eficiencia y la aceleración de la rotación del capital. Ambas prometen la abolición de los antagonismos y la llegada de la tan anhelada armonía.

Pero como nos recuerda Breilh (2000) la disponibilidad planetaria de información no lleva a la democratización de las sociedades, ni del orden mundial, a lo que nosotros agregaríamos que tampoco al campo de la salud ni a la atención. Sino que llevan a la implosión de la centralización y una inédita concentración de poder de decisión. Y no porque la información en sí misma lleve esa concentración sino porque su lógica determinante es el productivismo y la competencia de mercado, lo que concentra

la producción de los datos para la ganancia y por lo tanto vaciada de otros contenidos. Mediante el vaciamiento del dato, se produce un vaciamiento del sujeto enfermo o trabajador, de su contenido histórico social, de su subjetividad, de su experiencia de enfermar o trabajar, de la multiplicidad de identidades, de posturas y puntos de vista, de la construcción social de sus experiencias.

Acá emerge el problema del objeto de trabajo hospitalario, que como vimos en estas ideologías se reduce la necesidad del cliente a lo que define la racionalidad médica o del asegurador. La necesidad es definida por el productor de servicios, del prestador o del asegurador. En la Ideología modernizante neoliberal la asimetría de información entre médico y paciente estaría solventada por el articulador. Allí habría igualdad nuevamente. Pero el problema es que la asimetría ya no está en las relaciones paciente médico, sino en el mismo objeto de trabajo. Son las mismas instituciones del sistema de salud las que definen cuál es el objeto que puede entrar al sistema de salud, los recortes o desgajamientos que ya vimos. Explícitos en un caso como las patologías o los riesgos, y oscuros como los temores. Los clientes son más exigentes ahora, pero solo pueden exigir lo que está en el paquete, en el contrato mercantil. La asimetría pasó de la relación médico - paciente al mercado, a la definición del paquete. Los antagonismos sociales se oscurecieron al transformarlos en objetos. Aquí observamos como los objetos de trabajo hospitalario actual, la patología o los riesgos, que siendo una reducción de la complejidad de la enfermedad, los productores de discursos desestiman las relaciones de saber/poder y las condiciones de posibilidad en las cuales fueron constituidas. Esta reducción es la reificación de la enfermedad, el ocultar las relaciones sociales del campo social de la salud detrás de la patología o el riesgo, del paquete de servicios.

Además, aunque los productores de discursos saben que el *management* o los operadores técnicos reconocen que la enfermedad es más que la patología o los riesgos, diseñan toda una serie de encasillamientos de la misma enfermedad, de las tecnologías, de los saberes tecnológicos y de los actos de trabajo para que aquellos actúen como si tal reducción de la enfermedad no existiese. Diseñan toda una serie de sistemas de incentivos para premiar el apego a los encasillamientos, a las reducciones, y que tengan efectos reales. Lo cotidiano confirma este marco ideológico, la experiencia cotidiana les señala que la enfermedad es igual a su entidad biológica, la patología, que ésta se puede empaquetar, que los consumidores se curan únicamente con fármacos y que todo esto se puede vender, o que si el uso de los quirófanos es menor al promedio si se puede aumentar su productividad mediante incentivos económicos y del control a través de encasillamientos de las tecnologías y actos de trabajo. Cuando los sujetos hospitalarios perciben que problemas cotidianos de su trabajo, como los anteriores, se pueden reducir ya han incorporado la ideología modernizante neoliberal. Cuando no perciben esa diferencia entre la realidad de la información y la realidad. La realidad es más compleja que la que la Información da, pero los sujetos a la información, no pueden hacer esa diferencia. Confunden un mapa con la realidad.

En la reducción traducen la enfermedad, tecnologías, saberes y actos encasillados en números, los cuantifican, los introducen en series, los operan en fórmulas estadísticas y matemáticas, crean conjuntos, y los controlan mediante la probabilística y la normalización; en pocas palabras los hacen información que se produce, se circula, se consume, creando toda una economía de la reducción de la enfermedad y del trabajo, haciéndolo más real que lo real. La información en cifras sobre la enfermedad y el trabajo clínico, que es una parte de ellas pero no cubre toda su realidad, es tomada como si en realidad lo fuera. El mapa que nos sugiere la información se confunde con la realidad. Y management y operadores técnicos usan el mapa como si fuera la realidad.

De tal forma mientras se aceleran los ritmos de la información se empobrece el conocimiento. Como señala Breilh (2000), el desafío de la información en salud más que su expansión o sofisticación, es el

logro de un cambio de perspectiva y democratización. Como está concebida y manejada la información favorece imágenes fetichistas de la realidad que oscurecen y enmascaran los determinantes de la salud y las condiciones del trabajo, descontextualizan los datos, y favorecen la expiación de las raíces fundamentales del sufrimiento y la enfermedad y la culpabilización de la víctimas, como si los estilos de vida patógenos fueran un producto de ignorancia individual. Además, reproduce ideas y prácticas conservadoras, ligadas a arreglos informáticos de control y vigilancia poblacional. Así para superar la derrota del conocimiento ante la información, es necesario reinventar los sistemas de conocimiento colectivos como parte de un proceso de empoderamiento, resistencia y construcción de espacios democráticos en los órganos de planeación estratégica del Estado y la Sociedad Civil, una co-gestión (de Sousa Campos 2010) a nivel macro, en los hospitales y en los proyectos terapéuticos de comunidades e individuos.

Consideramos que los hospitales se basan en conocimiento pero esto no sólo se da a partir de información sino sobretodo del aprendizaje en la práctica misma (Lave 1991), en las conversaciones cotidianas (Texeira 2003), y en relación con distintas comunidades de práctica en su compromiso, e identidad (Wenger 2001), donde participan los trabajadores y las personas enfermas, que se entrecruzan con otras comunidades y contextos (Dreier 2005).

6.2. Razón e Información como puntos nodales Ideológicos

En general, la idea de información sirve como amarre de todo el dispositivo de seguridad-control que pretende gobernar armoniosamente al sistema de salud y a la atención. La armonía es posible si la circulación, competencia, normalización, autorregulación y la ampliación constante del mercado se orientan por las decisiones egoístas pero informadas de los individuos. El mercado de la salud no es cualquier mercado sino que funciona por la información, el consumidor no es un paciente sino que se define por estar bien informado y producir información para el sistema, el management hospitalario no es un directivo sino que debe consumir y producir información para gerenciar a la empresa de atención, etc. Esto nos lleva a considerar que todos los demás significantes del sistema, como regulador, estado, empresa de salud, consumidor, gestión, calidad, eficiencia, el operador técnico, y así sucesivamente, cobran sentido si son articulados al significante Información.

Así, no es que no hubiese Información en el capitalismo pesado o Racionalidad en el liviano, sino que en el primero la que da sentido a todos los demás significantes incluida la información es la Racionalidad mientras en el segundo la racionalidad se subordina a la Información. Por tanto la información sirve para que el burócrata diseñe racionalmente mejor el plan, mientras el *management* se guía por la información, los datos, las señales del mercado aunque éste use su racionalidad limitada para tomar sus decisiones.

El gran éxito ideológico de la modernización neoliberal fue lograr la hegemonía de ese amarre, de ese acolchado, de ese punto nodal que fija el cúmulo de significados flotantes como diría Zizek (2003b), sobre el que descansan el resto de ideas del sistema de salud. Las ideas que cobraban sentido al articularse a la Racionalidad en el capitalismo pesado fueron rearticuladas y por tanto resignificadas en el capitalismo liviano atadas a la Información.

Por eso pareciera tan difícil siquiera pensar en alternativas al modelo neoliberal, pues todos los significados se amarran a él a través de la Información. Por eso pareciera tan difícil siquiera actuar sin estar informados. La información paraliza o mueve el pensamiento y la acción. Bajo esta ideología pensar y actuar el sistema de salud sin información es un despropósito. No obstante, consideramos que aunque es posible pensar y actuar sin información difícilmente se puede hacer sin conocimiento.

Aunque información y conocimiento son entidades distintas, ideológicamente también se ató la segunda a la primera.

De esta forma concordamos con Laurell (2009b) cuando señala que la lucha por el discurso en las reformas sanitarias es una “victoria cultural de la derecha” y obedece a una mezcla de apropiación de valores y de “palabras concepto”, respaldada en un discurso científico y estudios “objetivos” y “prácticas exitosas” para proponer “políticas basadas en la evidencia”. Todo esto acolchado, atado y bien atado a la Información.

Por otra parte, un elemento que nos ilustra mucho sobre el carácter ideológico de la modernización neoliberal es su constante apelación a la autonomía y la información como motores de la eficiencia y calidad del mercado de la salud y al mismo tiempo la indispensable delegación por parte del sujeto enfermo a los articuladores y los médicos de sus decisiones sobre los riesgos, su enfermedad y la atención por la asimetría de información. La autonomía informada de las instituciones e individuos es indispensable para que un mercado regulado lleve a la armonización. La toma de decisiones informadas pero autónomas de management, operadores técnicos y consumidores promoverán la circulación y la autorregulación del sistema. La autonomía implica que en el mercado se encuentran individuos libres e iguales que pueden tomar decisiones racionales. Sin embargo, el pluralismo estructurado reconoce la asimetría de información entre médicos y clientes y proponen la introducción de los articuladores para que representen a los últimos frente a los primeros. El reconocimiento de la desigualdad implica delegar la libertad, o mejor la libertad queda reducida a elegir el mejor articulador que lo represente. Para que el mercado funcione se estrangula lo que lo hace armonioso. Lo que lo justifica, lo que justifica todas las reformas.

6.3. Neutralidad de la Razón e Información

Como hemos señalado la información actual está modelada hacia la productividad y modela las subjetividades de los individuos. Sin embargo, la información, al igual que la Razón aparece descontextualizada. Así, la Información comparte con la Razón que se le dan como atributos la neutralidad, ahistoricidad, asocialidad, requisitos ideológicamente claves para pretender desaparecer simbólicamente los antagonismos sociales. Se encuentran más allá de los individuos y de sus relaciones sociales.

Así, el diseño racional de la organización tayloriana, realizado por un planificador o un burócrata, que siguiendo la Racionalidad, interpretándola, y no guiado por sus intereses, lograría diseñar un plan para que cada individuo, que forma parte del hospital o el sistema de salud, al asumir su rol lo ponga en funcionamiento a la perfección. Con el diseño del plan racional cada individuo se integraría a la fábrica o al hospital cumpliendo su rol que se encadenaría a los demás roles de manera lógica. Si los individuos se ceñían al diseño, a la norma, no habría porque excluir a alguien y la máquina funcionaría eficazmente. Las directrices, las normas, que tienen base racional se producirían y se implementarían de manera neutral, sin consideraciones sociales, solo por el bien de la misma institución.

De la misma forma sucede con la Información, a ésta se le atribuyen neutralidad y ahistoricidad. La empresa de atención hospitalaria no se orienta por el management sino que él es simplemente un intermediario entre la Información y la institución, la sabe leer, interpretar, darle un sentido para después tomar las mejores decisiones para la institución, los operadores técnicos y los consumidores. Estos al estar también informados tomarían las mejores decisiones para vender su fuerza de trabajo o para comprar la atención donde satisfagan mejor sus necesidades. Si hay alguien con alguna necesidad

el sistema podrá explicitarla por medio de información, se creará un productor que quiera satisfacerla y para ello el primero pagará directamente o el Estado lo subsidiará.

Así como el burócrata interpreta la Razón y diseña el Plan, el *management* interpreta la Información y diseña un negocio. Burócrata y management son intermediarios entre los individuos y algo que está más allá de los individuos, la Razón y la Información, que sabe más de ellos que ellos mismos. En ambas Ideologías se le prohíbe al sujeto conocerse a sí mismo, sino sólo a través de una institución, de la burocracia o el *management*, y, ellos saben más de los sujetos que ellos mismos, apelando a la Racionalidad o a la Información.

No es menospreciable la similitud que encontraríamos con el papel que guardaba el clero como institución que monopolizaba la relación de los individuos con Dios. Mantener la importancia del clero, como de la burocracia y el *management*, era precisamente para que los individuos no pudiesen tener una relación directa con Dios, con la Razón, con la Información.

Así como la racionalidad médica interpelaba al médico para sujetarse a ella, pensar y actuar, según ella, incorporarla en sus disposiciones, la Información interpela al operador técnico, lo sujeta a estar siempre atento a su producción y consumo para seguir en el juego del mercado laboral, y sujetarse a los sujetos e instituciones que tienen el monopolio de su producción y circulación legítima y Dios interpela a sus creyentes para que estén atentos a sus señales. Asimismo, la racionalidad médica interpelaba al paciente, le indicaba los tiempos y espacios donde podía enfermarse y ser atendido por el cuerpo médico. La Información también sujeta al consumidor, lo interpela para estar atento a ella sobre los riesgos, sobre todas las innumerables formas que puede asumir el temor, a estar preparado a enfrentarse y lidiar con él o delegarlo en los articuladores. El Gran Otro, llámese Dios, Racionalidad o Información, que lejano y hasta hostil a los individuos, es intermediado por la Iglesia, la burocracia y el management, e interpela a los individuos para sujetarlos a sus designios.

Por otro lado, la forma cuantitativa y ordinal de cómo se presenta generalmente la información tiene una especie de aura mística. En primer lugar, produce la sensación de linealidad, de que en realidad no existen los antagonismos sociales, y que es solo cosa de cantidades. Aumentos de coberturas, descenso de la mortalidad, comparaciones internacionales sobre infraestructura o equipamientos hospitalarios, mejoramiento de indicadores de calidad, etc. o hasta el descenso de algún indicador, crean la imagen de linealidad, de que es cuestión de ascenso o descenso de cifras para llegar al óptimo, a la armonía. Es cuestión de empeño o de mejor diseño institucional, de incentivos o de comprometerse con la empresa o el hospital para que mejoren los indicadores y se vayan borrando de forma inversamente proporcional los antagonismos. La "evolución" de los datos en el tiempo pareciera confirmar la linealidad del progreso. La información no solo reduce la realidad sino que tiene un aura mística que hace ver en ella, en los números, algo más que la realidad sino el movimiento, el avance o el retroceso, pero siempre sobre una línea. El número estadístico, la tendencia, la evolución de una serie muestra no solo la realidad sino hacia donde se encaminará la realidad y la subjetividad de sus lectores. Bajo la apariencia de señalar la realidad oculta la promoción de algún "deseo" del lector.

La ideología ha triunfado cuando incluso los hechos que a primera vista señalan la mala situación del sistema o la reforma pueden empezar a funcionar como argumentaciones a su favor, del tipo: todavía no se ha profundizado lo suficiente, faltan incentivos, faltan todas las tecnologías de gestión que pondrían los números de nuevo en azul... De esta forma el problema se enviste de técnica cuando en realidad lo fundamental se encuentra en los antagonismos sociales entre los participantes de la atención y del cuidado.

Tratar de abolir los antagonismos mediante todas estas estrategias ideológicas que hemos expuesto a través de la investigación implica el no reconocimiento del Otro. Implica que del Otro sólo existe la parte reducida mediante la información o la racionalidad, mientras lo demás es rechazado, su singularidad, multiplicidad y trayectoria. La Información sólo alcanza a aprehender lo que es común entre las cosas, las personas y las situaciones, para aumentar la ganancia, pero la diferencia entre individuos la menosprecia. De un colectivo de personas enfermas sólo identifica lo que la ciencia médica encuentra en común, como la patología o el riesgo, lo que se puede estandarizar, encadenarlo a tecnologías también estandarizadas, para después cuantificarlo, tratar de domesticar esos números mediante la probabilística, hacerlo paquete de servicios y así transarlo en el mercado. De la misma forma, la complejidad que conlleva el trabajo clínico de un grupo de cirujanos puede reducirse al encadenamiento óptimo de las tareas técnicas, para después cuantificarlo y observar sus tendencias y probabilidades y después gestionarlo para hacerlo más productivo.

En esta ideología la singularidad se limita a asimilar el interés y el egoísmo de cada consumidor, para gestionárselo, para que haga similar su necesidad con la que el sistema de salud o el médico han definido, para encadenar su enfermedad con la patología y así gestionar su interés por consumir servicios de salud estandarizados. Las necesidades del Otro quedan subordinadas a las del "sistema", a la ganancia. Pero en uno y otro caso, se desprecia lo que no es común entre los individuos de los grupos, la ciencia y la información estadística no puede dar cuenta de la diversidad. Así como no puede dar cuenta de la subjetividad y la forma como el sujeto experimenta su enfermedad en su cotidianidad y sus relaciones sociales, tampoco puede dar cuenta de las maneras como los trabajadores dan sentido a su trabajo en relación con las comunidades donde participa. La enfermedad y el trabajo clínico del cotidiano son solo la efectivización de lo que la ciencia y la información estadística y epidemiológica dicen de ellas y ordenan. Pero la enfermedad y el trabajo hospitalario cotidiano es más, mucho más que lo que la racionalidad y la información dicen de ellos. Y el management asume que esa realidad del mapa es la realidad, así dirige hospitales, a los trabajadores y las personas enfermas y los trata como empresas, como operadores técnicos y como consumidores.

Además, el sistema y el management solo pueden reconocer lo que puede reducir a la ciencia y la información estadística. Esa reducción no es un problema de ingenuidad o de mero ocultamiento, sino que es vital para asegurar la productividad y la eficiencia. La crítica ideológica no se trata de ver las cosas como "son en realidad", o de quitarse los anteojos distorsionados de la ideología sino cómo la realidad no puede reproducirse sin la ideología, esa distorsión está inscrita en la esencia misma del fenómeno. La falsa conciencia es pues el falso reconocimiento de la realidad social que es parte de la realidad misma. Sin la reducción de la enfermedad a información sobre patologías y riesgos no se pueden encadenar con tecnologías y actos y por tanto crear paquetes de servicios para ser tranzados en el mercado, establecidos en contratos mercantiles, demandados por los clientes y vendidos por aseguradores y hospitales-empresa. Tampoco pueden estandarizarse los saberes tecnológicos, los actos clínicos, y por tanto controlarse la "variabilidad médica" que tanto preocupa al Banco Mundial por su ineficiencia. Tampoco el Estado puede legitimarse cada vez que amplía el paquete o la cobertura o abre un nuevo servicio, ni tampoco las aseguradoras cada vez que salvan a alguien de la catástrofe sanitaria y financiera de enfermarse. La creencia que la información sobre la enfermedad o el trabajo clínico es lo real permite asegurar hospitales-empresas eficientes, que haya necesidades demandadas por los clientes y que pueden ser satisfechas por la venta de servicios de salud, que haya una demanda creciente de fármacos y equipamientos médicos, etc.

Para ello se deben constituir sujetos con disposiciones a actuar *como si* esa creencia fuese la realidad. El problema es que esa creencia es esencial para estructurar la realidad del sistema de salud. En la realidad

social se actúa a partir de esa información estadística y las relaciones entre instituciones y entre trabajadores y clientes se realiza a partir de ella.

Se cree en la información estadística de la realidad porque es información estadística de la realidad. Es una tautología. Se cree en ella como se cree en Dios. La creencia en la información como realidad no se ejerce por coerción, sino porque el sujeto cree fielmente en ella como la realidad. No porque sea científica sino porque es necesaria para poner a funcionar toda la configuración de relaciones que se entretienen en los sistemas de salud. Si no se cree en ella como la realidad, ¿sobre qué base el management pueden tomar las decisiones cotidianas que ponen a andar al hospital-empresa?. Se cree en el sistema de mercado y en su armonía porque se cree de antemano en que los números de la información comprenden toda la realidad. Precisamente esta aura mística, que se encuentra fuera de la razón, donde los números son la realidad, es lo que posibilita la creencia inobjetable al mercado.

Consideramos indispensable que tanto la enfermedad y el trabajo se reconozca en su complejidad, tener en cuenta las reducciones que logran la información y la racionalidad, pero también las que no se incluyen y que sólo pueden aprehenderse en conjunto con el Otro. Desde los niveles macro del sistema de salud, como en los hospitales y en el encuentro entre los equipos de salud con los sujetos enfermos, el Otro debe aparecer, reconocerse sus saberes y prácticas sobre la enfermedad y la salud, y sobre el trabajo en salud. Ese Otro que puede ser colectivo o individual. Que son los usuarios de los servicios y pueden encontrarse en consejos de salud nacionales, regionales o locales, en Organizaciones de la sociedad civil, en las organizaciones barriales, y en las familias y sujetos enfermos que entran al consultorio en contacto con los equipos de trabajo. Esos usuarios que ahora solo entran si encajan y consumen con lo que produce el sistema. Esos usuarios que con su participación, su reconocimiento, podrían ampliar las posibilidades del sistema, de los hospitales, de la sociedad de mejorar la vida de las comunidades. Esos Otros trabajadores que son las enfermeras, las auxiliares, terapeutas y demás que actualmente sus conocimientos y prácticas son menospreciados por médicos, management y usuarios, y que muchas veces lo hacen consigo mismos, pero que también podrían ampliar las potencialidades de los hospitales y de las comunidades para tener una mejor vida. Esos Otros que ahora son también los médicos, que siendo lentamente desplazados por el poder del management deben repensar su posición en el campo de la salud, sus relaciones con los otros trabajadores y los sujetos enfermos, para ampliar las potencialidades de las instituciones de salud y de las comunidades para mejorar su vida.

Estamos pues hablando de autonomía. No la autonomía ideológica y armoniosa que se delega. Sino de crear mediante la producción de servicios de salud la autonomía de los sujetos, tanto de trabajadores como de las personas enfermas, tanto de los individuos como de las colectividades, reconociendo siempre la imposibilidad de abolir los antagonismos, y por tanto la política, el poder. Una autonomía que reconozca la ampliación de las potencialidades de la singularidad cuando se encuentra y reconoce al Otro, cuando en las conversaciones puede negociar significados y diversificar los sentidos del trabajo y de la enfermedad. Una atención hospitalaria no alienada y unos sujetos enfermos no sometidos a los requerimientos del mercado o de la racionalidad médica. Unos sujetos que gobiernen su experiencia de enfermarse y su trabajo en el hospital, empleando hasta sus límites lo que puede dar la razón y la información, pero también y sobre todo el encuentro con los Otros para ampliar las potencialidades de la vida. Unos sujetos que se reconozcan y reconozcan en los Otros la multiplicidad de cada uno, donde no hay una integridad de la persona, sino una diversidad construida por todos los avatares de la vida y por tanto plagada de contradicciones.

Consideramos que un paso en ese sentido es la constitución de hospitales a partir de la construcción del conocimiento con el Otro y no sólo a partir de Información sobre la población y el mercado. Del conflicto y no de la armonía. De la política y la micropolítica institucional y no solo la técnica y la ciencia. De la

conversación y negociación de significados y no de reglamentos o incentivos de mercado. De un hospital más humanizado, es decir, donde los sujetos autónomos puedan entrar con todas sus dimensiones y posibilidades para ser más autónomos y no para producir ganancia.

7. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las transformaciones ideológicas presentes en las reestructuraciones productivas neoliberales de los hospitales públicos realizadas en Colombia y México. En este sentido, se propusieron dos partes fundamentales, por un lado comparar los paradigmas ideológicos hegemónicos en el campo social de la salud de la Planificación Normativa y por otro lado, la Modernización Neoliberal presentes en los discursos de las agencias multilaterales. De este modo se puede concluir que ambos paradigmas centraban su atención en los problemas y soluciones técnicas del campo de la salud, presentándolos como neutros, ahistóricos y por tanto universales y de sentido común.

Así, el lector encontrará que en el paradigma de la Planificación Normativa se apelaba a que la racionalidad del Estado, la burocracia y el cuerpo médico podrían suscribir un orden social armónico de la sociedad en general, del sistema de salud y de los hospitales públicos. Su objetivo era la eficacia de las instituciones, que se podría lograr a partir de la técnica, utilizando herramientas cercanas al taylorismo pero ajustadas al saber médico. Esto se expresó en la constitución del hospital público como una organización tipo Burocracia Profesional. Si todos cumplían su papel todo marcharía bien.

En el paradigma de la Modernización Neoliberal se criticó la coerción del Estado y la incapacidad de su racionalidad para dar cuenta de la complejidad de la realidad, de la atención en salud y de los individuos. Se apeló entonces a la libertad, a la autonomía y creatividad de las organizaciones e individuos, a la libre circulación de los fenómenos, y a la toma de decisiones informadas en la competencia para lograr la armonía social, del sistema de salud y de los hospitales públicos. El nuevo objetivo fue la eficiencia, que se lograría mediante una serie de tecnologías de gestión principalmente la flexibilización y autonomía de los hospitales y los trabajadores, el retiro del Estado de la prestación y su concentración en la modulación, la centralidad del cliente, la creación de los articuladores, la calidad entendida como estandarización y especialmente, la relevancia de la información para la toma de decisiones libres. Su expresión organizacional fue el hospital-empresa. Si todos cumplían su papel todo funcionaría a la perfección.

Sin embargo, vimos como el paradigma de la planificación normativa se constituyó a partir del interés del Capital Médico Industrial –CMI- por reproducirse, aumentando las ventas de sus productos industriales, como equipamientos y fármacos, y de las organizaciones médicas por fortalecer su hegemonía sobre el saber legítimo de la enfermedad y su atención. Además, el paradigma fue posible gracias a un Estado que buscaba su propia legitimación y reproducción delegando al cuerpo médico el manejo colectivo de la enfermedad. La eficacia se logró sobre lo que previamente ya había definido la medicina, el CMI y el Estado que era la necesidad y las instituciones para satisfacerla. Mostramos como la racionalidad que fungía como neutra y las tecnologías que pretendían concretarla se articularon a los dispositivos de poder disciplinarios médicos y al control minucioso y constante del espacio y los tiempos de los cuerpos de los trabajadores hospitalarios y de los pacientes. Todo el discurso sobre la racionalidad le garantizó al cuerpo médico mantener su autonomía como colectivo y su hegemonía sobre la enfermedad y los cuerpos y mentes de colectivos. Así, estos fueron subordinados a la disciplina médica y burocrática del campo, y sus necesidades y maneras de solucionarlos se limitaron a las dispuestas por ella.

Por una parte, el Paradigma de la Modernización Neoliberal se constituyó a partir del interés del Capital Médico Financiero –CMF- por disputarse los recursos del campo de la salud. En el caso mexicano la disputa fue concertada tras la creación de FUNSALUD que permitió a los dos tipos de capital, CMF y CMI, establecer una incorporación paulatina del primero en el sistema de salud. De allí la apelación constante a las convergencias. Se expresó en el aumento de la afiliación a los seguros privados y la creación del

Seguro Popular que muestran el avance de la lógica de aseguramiento, y debilitamiento de la Seguridad Social. A la par se mantienen las divisiones institucionales de los seguros sociales, el fortalecimiento de los hospitales privados, y la creación de la construcción y gestión público-privada de los hospitales públicos, que muestran la fuerza de los gremios médicos y el salubrismo, de las industrias farmacéuticas y de equipamientos, pero sobretodo de los conglomerados de hospitales privados. En el caso colombiano, el CMF se impuso sobre el CMI al romper estructuralmente con el sistema precedente y crear un modelo totalmente nuevo. El aseguramiento se convirtió en gravitante de todo el sistema y los hospitales se subordinaron a su lógica.

Para apropiarse de los recursos de la salud el CMF requería que el dinero pasara lo más rápido posible por los hospitales para llegarles a ellos, es decir, aumentar la velocidad de la rotación del capital, o de plano que no pasara por estos y desde un principio quedara en las aseguradoras, como fue claro en el caso colombiano, realizado de forma legal como ilegal. Además, se promovió el aumento del consumo de seguros, donde el CMF se siente bastante cómodo. Para ello se impulsaron toda una serie de tecnologías de gestión: para desregular el campo -retirando al Estado a un papel de árbitro y la famosa creación y división de funciones del sistema-; además, controlar la apropiación del capital por parte del CMI y del cuerpo médico -de allí tecnologías como la calidad, la estandarización rigurosa del saber médico como la Medicina Basada en la Evidencia, y sobretodo la creación de la competencia entre hospitales para lograr la eficiencia-; redirigir los recursos hacia ellos -estableciendo la necesidad del articulador, al infundir miedos y temores a través del riesgo y su solución mediante el consumo de seguros-y aumentar el consumo de seguros -apelando a la solidaridad y la equidad para crear a los pobres como consumidores en potencia-.

Mostramos con contundencia, cómo la eficiencia, la libertad, la autonomía, la creatividad, y las tecnologías que supuestamente podrían concretarlas, se articularon muy bien a los dispositivos de seguridad-control, que fueron dirigidos por el CMF. La eficiencia se lograba para aumentar las ganancias de las aseguradoras, la libertad se redujo a la elección de que aseguradora puede elegir, la autonomía se limitó a lo que se puede hacer en la competencia, la creatividad de los individuos se permitió únicamente si lograban aumentar la ganancia. La supuesta corrupción de la burocracia y la probidad del *management* en el caso Colombiano se mostró más que ideológica.

Las transformaciones ideológicas implicaron cambios en las formas como se interpelaron los individuos para constituirlos en sujetos. Se constituyeron otros sujetos. De esta manera, el *management* asumió el papel que antes tenía la burocracia y el cuerpo médico para controlar a los trabajadores y los usuarios de los servicios de salud. Los directores médicos, que respondían a la planificación, se transformaron en *management* que ponían a funcionar la aceleración de la rotación del capital. Los médicos que estaban sujetos a la producción de tecnologías y por tanto al interés del CMI, fueron interpelados como operadores técnicos y como clientes internos para ser controlados por la productividad, próxima a los intereses del CMF. Y los pacientes interpelados como clientes, para aumentar la consumatividad de los seguros siguiendo los intereses del CMF.

La racionalidad y la información, cada una en su paradigma se ubicaron en el centro del sistema, más allá de los sujetos concretos y de la historia. En términos ideológicos, esto permite la inacción de los sujetos, la imposibilidad de actuar o pensar en alternativas posibles, por fuera de cada paradigma. Garantiza la reproducción de los órdenes sociales articulado a partir de los intereses del capital y del Estado.

Propusimos para hacer una producción de la atención hospitalaria que se aleje de los intereses del capital y se acerque a los de los colectivos y trabajadores, señalando como la racionalidad, la

información, y las tecnologías duras –como equipamientos y fármacos- y las tecnologías de gestión, se articulan a los dispositivos de poder disciplinarios y de seguridad-control, definidos por los intereses del capital. Esa articulación les impide pensar y actuar otro sistema de salud y otra forma de producir la atención hospitalaria posible. La inacción de trabajadores de la salud y de los colectivos sociales es parte de la función ideológica. Nuestro aporte para superar esta inacción es haciendo explícito estas formas de poder suave, ideológicas que atraviesa la producción de la atención en salud.

La complejidad del estudio de los paradigmas ideológicos en salud nos implicó un análisis de los discursos en varios niveles, que acarrió desde la articulación de las técnicas con los dispositivos de poder, pasando por la interpelación de los individuos en sujetos, hasta la identificación de la información y la racionalidad como los significantes que le daban coherencia a toda la red de significados que dan cuenta de la producción de la atención. Nos implicó también la exploración del contexto socio-político de cada uno de los casos, la situación de los sistemas de salud y su relación con la emergencia y reproducción de los paradigmas.

Sin embargo, el estudio de la ideología requeriría además un análisis de las prácticas sociales de las personas y colectivos inmersos en la producción de la atención hospitalaria. Consideramos que esto significaría un estudio de las disposiciones, actos y rituales de los sujetos hospitalarios en su cotidiano. Para el desarrollo de esta tesis se realizaron algunas entrevistas en este sentido y un trabajo de microetnografía en los servicios de cirugía de dos hospitales de Colombia y México. Sin embargo, vislumbramos que las dimensiones que asumiría la investigación desbordarían nuestras posibilidades. Decidimos entonces que esta información se utilizará para una próxima etapa que robustecerá los resultados de esta investigación.

De la misma forma, consideramos que un campo de estudio importante en esta dirección sería el abordar no solo los paradigmas hegemónicos sino también los subalternos, para comprender como los discursos alternativos tienen partes importantes de los hegemónicos y además evidenciar los órdenes sociales que intentaría subrepticamente producir y reproducir.

8. SIGLAS

Banco Interamericano de Desarrollo -BID-
Banco Mundial -BM-
Comisión de Regulación en Salud –CRES-
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS-
Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados –
Coplamar-
Ejército de Liberación Nacional -ELN-
Ejército Popular de Liberación -EPL-
Empresas Sociales del Estado -ESE-
Entidades Promotoras de Salud –EPS-
Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA-
Fuerzas Revolucionarias de Colombia -FARC-
Hospitales Regionales de Alta Especialidad –HRAE-
Industrialización por Sustitución de Importaciones –ISI-
Instituciones Prestadoras de Salud –IPS-
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE-
Instituto Mexicano de Seguro Social –IMSS-
Partido de Acción Nacional –PAN-
Partido Revolucionario Democrático –PRD-
Partido Revolucionario Institucional -PRI-
Plan Nacional de Desarrollo – PND-
Plan Obligatorio de Salud -POS-
Producto Interno Bruto -PIB-
Secretaría de Salubridad y asistencia -SSA-
Seguro Popular de Salud –SPS-
Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados -SCSPE- y del Distrito Federal -SCSPDF-
Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud -SNTSS-
Sistema de Identificación de Beneficiarios -SISBEN-
Sistema de Protección Social en Salud -SPSS-
Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-
Sistema Nacional de Información de Salud -SINAIS-
Sistema Nacional de Salud –SNS-
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud –SOGC-
Sistemas Estatales de Salud -SESA-
Unidad Pago por Capitación –UPC-
Unidad Por Capitación – UPC-

9. BIBLIOGRAFIA

Abrantes, R. (2010). Salubristas y Neosalubristas en la reforma del Estado: grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000. . Michoacán, El Colegio de Michoacán.

ACESI (2012). Sistema de Salud no encuentra salida por ausencia de rectoría ACESI.

Ahumada, J., A. Arreaza, et al. (1965). Programación de la Salud: Problemas Conceptuales y Metodológicos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.

Almeida, C. (2006). "Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas." Bienestar y política social**21**(1): 135-175.

Almeida Filho, N. d. (2001). "For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes." Cadernos de Saude Publica**17**(4): 753-799.

Alonso, J. (2005). Los Partidos y el Estado El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS

Porrúa. I.

Althusser, L. (2003). Ideología y aparatos Ideológicos del Estado. Ideología. Un mapa de la cuestión. S. Zizek. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

ASMEDAS (2011). El carrusel de la salud. Boletín Virtual momento Médico. www.asmedasantioquia.org. **50.**

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2009a). "Círculos Viciosos." Revista Hospitalaria**66**: 2.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2009b). "Diez años consecutivos de evaluación." Revista Hospitalaria**67**: 2.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2010). Balance Final. Revista Hospitalaria. **71**: 2.

Ayres, J. R. d. C. (2004). "O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde." Saude e Sociedade**13**(3): 16-29.

Ayres, J. R. d. C. (2009). "Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas." Saude e Sociedade**18**(2): 11-23.

Barrero, E. (2011). Estética de lo atroz. Bogotá, Cátedra Libre.

Barthes, R. (1999). Mitologías. Ciudad de México, Siglo XXI.

Baudrillard, J. (1974). Crítica de la economía política del signo. México, D.F., Siglo XXI.

Bauman, Z. (2002). Modernidad Líquida. Buenos Aires, FCE, Argentina.

Bauman, Z. (2008). Vida para consumo. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Benhabib, S. (1994). La crítica de la razón instrumental. Ideología un mapa de la cuestión. S. Zizek. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica: 77-106.

Bensusán, G. (2005). Renovación sindical y democracia: los límites de la alternancia. El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS, Porrúa. I.

BM (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial, Invertir en Salud. Washington, D.C., Banco Mundial.

Bourdieu, P. (1993) La Lógica de los Campos. Zona Erógena**16**,

Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico Intelectuales, política y poder. Buenos Aires, UBA/Eudeba: 65-73.

Braverman, H. (1987). Trabajo y Capital Monopolista. La degradación del trabajo en el siglo XX. México, D.F., Nuestro Tiempo.

Breilh, J. (2000). "Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora." Ciencia & Saude Coletiva**5**(1): 99-114.

Cámara de Diputados (1984). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, .

Clínicas, A. C. d. H. y. (2012). ACHC presentó 12 Encuesta de Percepción de IPS sobre EPS. www.achc.org.co.

Comisión de Regulación en Salud (2009). Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. **Acuerdo No 08**.

Crespo, J. A. (2005). Del absolutismo presidencial al presidencialismo débil. El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS, Porrúa. I.

De la Garza, E. (1999). Epistemología de los modelos de producción. Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI. Mexico, D.F., Flacso: 28.

De la Garza, E. (2000). La Transformación de la Configuración Socio Técnica en la Manufactura Mexicana.

De la Garza, E. (2000). Las teorías sobre la reestructuración productiva y América Latina. Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo. E. De la Garza. México, D.F., Fondo de Cultura Económica.

De la Garza, E. (2001). La Formación Socioeconómica Neoliberal: Debates teóricos acerca de la reestructuración de la producción y evidencia empírica para América Latina. México, D.F., Plaza y Valdés.

De Mello Vianna, C. M. (2002). "Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro " Physis: Revista Saude Coletiva**12**(2): 375-390.

de Sousa Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: En defensa de la vida, Lugar Editorial.

de Sousa Campos, G. W. (2010). "Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia." Ciencia & Saude Coletiva**15**(5): 2337-2344.

Denzin, L. and Y. Lincoln (2000). Handbook of Qualitative Research. London, Sage.

DNP (1991). La revolución pacífica. Plan de Desarrollo Económica y Social. 1990-1994. . D. N. d. Planeación. Bogotá.

DNP (2003). Hacia un Estado Comunitario. Plan de Desarrollo 2002-2006. D. N. d. Planeación. Bogotá.

Donnangelo, M. C. (1994). Salud y Sociedad. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

Dreier, O. (2005). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social.*. Psicología Cultural. G. Perez Campos, I. d. L. Alarcón Delgado, J. J. Yoseff Bernal and M. A. Salguero Velázquez. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México. 1.

Durand, G. (1999). Ciencia del hombre y tradición. El nuevo espíritu antropológico. Barcelona, Paidós.

El Tiempo (2010). Los hospitales públicos no dan más. El Tiempo. Editorial.

Espectador.com, E. (2011). Abren indagación a 34 gerentes de EPS por carrusel de la salud. El Espectador. elespectador.com.

Fairclough, N. (2001). Discurso e Mudança Social. Brasilia, Universidade de Brasilia.

Ffrench Davis, R. (1999). Macroeconomía, Comercio y Finanzas para Reformar las reformas en América Latina Santiago de Chile, Mc Graw Hill.

FMC (2012). FMC presentará argumentos en audiencia pública de la Sentencia T760/2008 Audiencia pública de la Sentencia T760/2008 Federación Médica Colombiana.

Foucault, M. (1966). El Nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica. Mexico, D.F., Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1983). La verdad y las Formas Jurídicas. México, Gedisa.

Foucault, M. (1992). La Microfísica del Poder. Madrid, Las ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (1998). Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber. Mexico D.F., Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2002). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión.... Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio, población: Curso en el College de France: 1977-1978. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2010). La arqueología del saber. México, Siglo XXI.

Franco, S. (2012). Intervención en la audiencia pública convocada por la corte constitucional. Audiencia pública convocada por la corte constitucional.

Frenk, J. (1994). La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México, FCE.

Frenk, J. and O. Gómez Dantes (2008). Para entender el sistema de salud de México. México, D.F., Nostra Editores.

Frigotto, G. (2008). Tecnología. Dicionario da Educacao Profissiona em Saude. I. Pereira and J. C. Franca Lima. Rio de Janeiro, Fiocruz: 377-382.

García, C. M. (2007). "El Hospital como empresa: Nuevas prácticas, Nuevos trabajadores." Universitas Psychologica6(1): 143-154.

Gil, V. (2005) Los procesos de salud-enfermedad en el contexto actual de la medicina en México

Revista Vinculando

Gimenez, G. (1997). La Sociología de Pierre Bourdieu. <http://www.culturayrs.org/drupal/files/BOURDIEU.pdf>

González, L. E. (2011). Catorce EPS serían multadas por hacer 'pacto' para negar servicios. El Tiempo.com. www.eltiempo.com.

Gorbaneff, Y., S. Torres, et al. (2008). "Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El Caso de la concentración industrial." Revista Gerencia y Políticas de Salud7(14): 177-186.

Hacking, I. (1995). La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos. Barcelona, Gedisa.

Hernández, G. (2009). La atención de la salud en México, Secretaría de Salud del Estado de Durango: 94.

Hernández Llamas, H., J. M. E. Castro Albarrán, et al. (2006). Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE. México, D.F., SSA.

Hernández, M. (2001) El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública19, 56-70

Hernández, M. (2002). "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia." Cadernos de Saude Publica18(4): 991-1001.

Hernández, M. and M. Torres (2010). "Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema." Medicina Social5(4).

Hilleboe, H., A. Barkhuus, et al. (1973). Métodos de Planificación Sanitaria Nacional. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Ibarra Colado, E. (2006). ¿Estudios Organizacionales en América Latina? Transitando desde el centro hacia las orillas. Teorías Sociales y Estudios del Trabajo: Nuevos Enfoques. E. De la Garza. Barcelona, Anthropos: 88-107.

Instituto Libertad y Desarrollo (2008). "Diagnóstico y Remedios para la Crisis Hospitalaria." Temas Públicos894.

Irirart, C., E. E. Merhy, et al. (2000). "La Atención Gerenciada en América Latina: Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma." Cadernos de Saude Publica16(1): 95-105.

Jaramillo, I. (2007) ¿En dónde está el dinero en salud? El Pulso9,

Kuhn, T. S. (1971). La Estructura de las Revoluciones Científicas. México D.F., Fondo de Cultura Económica.

Laurell, A. C. (1994). La Salud: de Derecho Social a Mercancía. Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. A. C. Laurell. México D.F., Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco,

Fundación Friedrich Ebert.

Laurell, A. C. (2007). Salud requiere más presupuesto y otra distribución del dinero. La Jornada. Opinión.

Laurell, A. C. (2008a). Los subsidios al sector privado de salud. La Jornada. Opinión.

Laurell, A. C. (2008b). Pérdida de Derechos. La Jornada. Opinión.

Laurell, A. C. (2009a). El seguro popular ¿una garantía de acceso universal a la salud? G. L. d. México. Mexico, D.F.

Laurell, A. C. (2009b). América Latina Interrogándonos sobre las políticas sociales de salud. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires, Argentina: 1-27.

Laurell, A. C. (2009c). Avanza participación privada en la construcción de hospitales regionales. La Jornada. Opinión.

Laurell, A. C. (2010). Nuestra salud en el espejo colombiano. La Jornada. México.

Laurell, A. C. (2012a). El regreso de FUNSALUD. La Jornada. Opinión

Laurell, A. C. (2012b). La lógica de las «reformas estructurales» y la investigación científica. La Jornada. Opinión.

Lave, J. (1991). La Cognición en la Práctica. Barcelona, Paidós.

León, J. (2011). El 'Consenso de Acemi': el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud. La Sillavacía.

Londoño, J. L. and J. Frenk (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo, BID. **335**.

López, O. and J. Blanco (1994). "Modelos Socio Médicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencuentros" Salud Pública de México**36**(4): 374-384.

López, O. and J. Blanco (2007). Políticas de Salud en México. La reestructuración neoliberal. Temas y Desafíos en Salud Colectiva. E. Jarillo, Guinsberg, Eduardo. Buenos Aires, Lugar.

Martenson, C. (2010). "The Crash Course." Retrieved 1/12/2012, 2012.

Martín Rojo, L. (2004). A Fronteira Interior - Análise crítica do discurso: um exemplo sobre racismo. Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais. F. S. Olivetti da Rocha. Rio de Janeiro, Vozes.

Mendes Gonçalves , R. B. (1984). Medicina e História. Raíces Sociales del Trabajo Médico., Siglo XXI.

Mendez, C. and C. Torres (2010). "Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud." Revista de Saúde Pública**44**(2): 366-371.

Menendez, E. (2005). Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano. . El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS

Porrúa. I.

Merhy, E. E. (2006). Salud: Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos aires, Lugar.

Merhy, E. E. and T. Batista Franco (2008). Reestruturacao Produtiva em Saude. Dicionario da Educacao Profissional em Saude. I. Pereira and J. C. Franca Lima. Rio de Janeiro, Fiocruz: 348-352.

Ministerio de Protección Social (2003). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. M. d. P. Social. Bogotá, D.C.: 78.

Mintzberg, H. (1991). Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires, El Ateneo.

Montesinos, R. (2005). Los empresarios y la política: los dilemas del poder. El Estado mexicano: herencias y cambios. A. Aziz Nassif and J. A. Sánchez. México, CIESAS

Porrúa. I.

MPS (1993). Sistema General de Seguridad Social. Ley 100 de 1993. Bogotá, Ministerio de Protección Social.

MPS (2003). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. M. d. P. Social. Bogotá, D.C.: 78.

OPS (2001). La Transformación de la gestión de hospitales en américa Latina y el Caribe. Washington, D.C., OPS.

Oxford (2013). Dictionary. <http://oxforddictionaries.com/>

Pecaut, D. (2001). Orden y violencia: evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953, Norma.

Pecheux, M. (2003). El mecanismo del reconocimiento ideológico. Ideología. Un mapa de la cuestión. S. Zizek. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Peduzzi, M. and L. B. Schraiber (2008). Processo de Trabalho em Saude. Dicionario da Educacao Profissional em Saude. I. Pereira and J. C. Franca Lima. Rio de Janeiro, Fiocruz. **2011**: 320-323.

Perdomo, A. and P. Martínez (2011). "Agentes y Campos Sociales en la Seguridad del Paciente en tres hospitales de Bogotá." Gerencia y Políticas de Salud9(19): 150-178.

Pérez Calderón, C. (1993). Contexto histórico del desarrollo y la planificación en Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales, Facultad de Ciencias y Administración.

Presidencia de la República (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Presidencia de la República.

Presidencia de la República (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2001-2012. P. d. I. República. México.

Real Academia Española de la Lengua (2013). Diccionario de la Lengua Española. <http://www.rae.es/rae.html>

Rodríguez Gutiérrez, J. G. and E. De la Garza (2000). "Trabajo Cognitivo y control sobre el proceso de trabajo: la producción de software."

Sáenz, L. (2001). Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado, LACRSS.

Salud, R. (2011). EPS del sistema contributivo afilian a personas del subsidiado, pero no les prestan servicios. EL Tiempo.com. www.eltiempo.com.

Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. S. d. Salud. México.

Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México.

Secretaria Distrital de Salud (2009). Situación y Perspectivas de la red de hospitales Públicos de Bogotá, D.C.

Semana (2011). Entrevista de Semana con Supersalud. Semana. www.semana.com.

Semana (2011). Se están robando al país. Semana. Bogotá.

Semana (2012). Corrupción en hospitales, una vergüenza capital. Semana. www.semana.com.

Sennet, R. (2008). La nueva cultura del capitalismo. Barcelona, Anagrama.

Soberón, G. (2008). Prólogo. El Sistema de Salud de México. J. Frenk and O. Gómez Dantes. México, D.F., Nostra ediciones.

Sociedad Chilena de Administradores en atención Médica y Hospitalaria (2009). "Los Desafíos pendientes de la autogestión Hospitalaria en Red." Cuadernos Médico Sociales49(3).

Spinelli, H. and M. Testa (2005). "Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo Recorrido de la Planificación en América Latina." Salud Colectiva1(3): 323-335.

SSA (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. S. d. Salud. Mexico D.F.: 207.

SSA (2004). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. S. d. Salud. Diario Oficial.

SSA (2005). Salud Mexico 2001-2005, Información para la rendición de cuentas. S. d. Salud. México, D.F.: 195.

SSA (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. S. d. Salud. México, D.F.: 185.

SSA (2009). Rendición de Cuentas 2008. S. d. Salud. México, D.F.: 144.

Supersalud (2011). Informe Rendición de Cuentas 2011. S. N. d. Salud. www.supersalud.gov.co.

Tetelboin, C. (1994). El Problema de los Recursos Humanos en Salud. Nuevas Tendencias y Alternativas en el sector Salud. A. C. Laurell, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Fundación Friedrich Ebert.

Tetelboin, C. (2007). Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina. Temas y Desafíos en Salud Colectiva. E. Jarillo, Guinsberg, Enrique. Buenos Aires, Lugar.

Tetelboin, C. and J. A. Granados (2000). "Aspectos de los Sistemas de Salud de Chile, Colombia y México." Argumentos36: 25-43.

Tetelboin, C., J. A. Granados, et al. (2005). "Alternancia y política de Salud en México." Estudios Sociológicos de el Colegio de México23(67): 75-94.

Texeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. R. Pinheiro and R. Araujo de Matos. Rio de Janeiro, IMS-UERJ/ABRASCO: 89-111.

Ulloa Padilla, O. and M. Alonso Raya (2007). Nueva Ley del ISSSTE: la Reforma Estructural del COnsenso Dominante. México, Grupo parlamentario del PRD en la Cámara de Diputados LX Legislatura/Congreso de la Unión.

Van Dijk, T. (1996). "Análisis del Discurso Ideológico." Versión6: 15-43.

Van Dijk, T. (2003). Ideología y Discurso. Barcelona Editorial Ariel.

Vargas, A. (2011). "EL sistema político colombiano al inicio del gobierno de Santos." Nueva Sociedad**231**.

Vargas, J. and G. Molina (2009). "Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias." Rev Fac Nac Salud Pública**27**(2): 121-130.

Vega, R. (2010). Es necesario construir un amplio Movimiento de Reforma Sanitaria Democrática para salir de la crisis y garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

Wenger, E. (2001). Comunidades de Práctica. Aprendizaje, Significado e Identidad. Barcelona, Paidós.

Zizek, S. (2003a). Introducción. El espectro de la Ideología. Ideología un Mapa de la cuestión. S. Zizek. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica: 7-42.

Zizek, S. (2003b). El sublime objeto de la ideología. Argentina, Siglo XXI Editores.