

2016

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Departamento de Psicología Social

Doctorando:

Manuel Morales Valero

Directores:

Dr. José María González González

Dr. Andrés Rodríguez Fernández



[TESIS: EL MODELO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.]
UNA PERSPECTIVA CONSTRUCCIONISTA.

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Manuel Morales Valero
ISBN: 978-84-9125-759-2
URI: <http://hdl.handle.net/10481/43729>

AGRADECIMIENTOS:

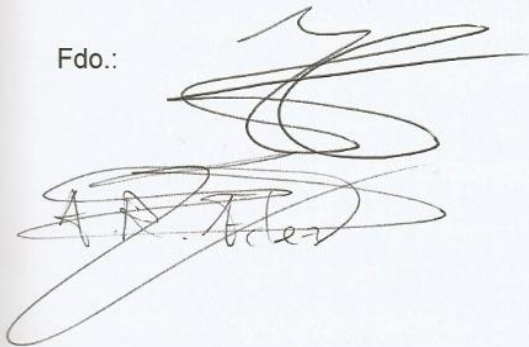
A mi familia y amigos, por apoyarme (y soportarme) durante todo este tiempo. A mis directores de tesis, por su paciencia y comprensión.

El doctorando Manuel Morales Valero y los directores de la tesis José María González González y Andrés Rodríguez Fernández. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada a 12 de noviembre de 2015

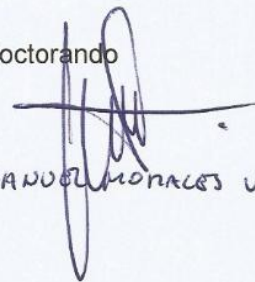
Director/es de la Tesis

Fdo.:

Handwritten signatures of the thesis directors, including a large signature and a smaller one below it.

Doctorando

Fdo.: MANUEL MORALES VALERO

Handwritten signature of the doctorando, Manuel Morales Valero.

2	RESUMEN.....	4
3	INTRODUCCIÓN	5
3.1	Contexto sociopolítico de investigación: la asunción de la filosofía de la calidad como práctica derivada de la Nueva Gestión Pública.	5
3.2	Definición, problematización y contextualización del objeto de estudio.	6
3.2.1	Principales modelos de calidad y acreditación sanitaria.	7
3.2.2	El Sistema sanitario público andaluz y su apuesta por la calidad.	9
4	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA.	11
5	OBJETIVOS.....	15
5.1	OBJETIVO PRINCIPAL.....	15
5.2	OBJETIVO SECUNDARIO.....	15
6	METODOLOGÍA. ANÁLISIS DEL DISCURSO: MODUS OPERANDI.....	16
6.1	Tabla 1. Configuración del corpus de análisis.....	18
6.2	Gráfico 2. Diseño de investigación y principales resultados.....	21
7	RESULTADOS DE ANÁLISIS.....	21
7.1	REPERTORIOS INTERPRETATIVOS.....	21
7.1.1	CRÍTICOS.....	22
7.1.2	ONTOLÓGICOS.....	24
7.1.3	LEGITIMADORES.....	25
7.1.4	EMERGENTES.....	28
7.1.5	CONSIDERACIONES FINALES.....	29
7.2	DISTINTOS DISCURSOS, DISTINTOS SUJETOS	30
7.2.1	ASISTENCIALES.....	31
7.2.2	NO ASISTENCIALES.....	34
7.2.3	CIUDADANOS.....	37
7.3	LAS AGENCIAS "NO HUMANAS"	39
7.3.1	EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.....	39
7.3.2	EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS.....	41
7.3.3	LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.....	43
7.3.4	LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN	45
7.3.5	EL DINERO	46
	CONSIDERACIONES FINALES.....	48
7.4	RESPECTO A LOS REPERTORIOS INTERPRETATIVOS IDENTIFICADOS.....	49
7.4.1	LA NATURALEZA PLURAL DEL SISTEMA SANITARIO.....	49
7.4.2	NUEVAS PRÁCTICAS, NUEVAS RESISTENCIAS.....	49
7.4.3	MÁS EN EL FORMA QUE EN EL FONDO.....	49

7.5	RESPECTO A LAS SUBJETIVIDADES EMERGENTES.	50
7.5.1	SUJETOS DEPENDIENTES DE SUS DISCURSOS.	50
7.5.2	SUBJETIVIDAD: PROCESO ACTIVO MULTIREFERENCIAL, NO COGNITIVO.....	50
7.5.3	CONSIDERACIONES INDEXICALES.	50
7.6	RESPECTO A LOS OBJETOS.	52
7.6.1	TANTAS REALIDADES COMO OBJETOS, EXCEPTO EL DINERO. 52	
7.6.2	NEGACIÓN DE JUEGOS DE PODER.....	53
7.6.3	CONSENSO SOBRE LA “MALDAD” DE LA POLÍTICA (COMO DEL DINERO).	53
8	CONCLUSIÓN: HACIA UN MODELO DIALÓGICO DE GESTIÓN.....	54
9	REFERENCIAS	56

1 RESUMEN

Desde la década de los noventa hasta la actualidad, la Administración pública ha venido sufriendo continuas reestructuraciones en su concepción como en su gestión. Este proceso continuo de cambio denominado como Nueva Gestión Pública ha venido marcado por la incorporación de prácticas de gestión privadas en el ámbito público entre las que destacamos como más significativas aquellas destinadas a asumir la gestión de la calidad como filosofía gerencial. La gestión de la calidad, como se la viene conociendo, no es un concepto aséptico o neutral, puede incluso parecer inocente, ¿quién estaría en contra de alcanzar una Administración con “más calidad”? La retórica de la bondad en que suele involucrarse puede hacernos asumirla como filosofía sin más contemplaciones, pero lo cierto es que esconde toda una ideología gerencial anclada en los más puros modelos de mercado donde el cliente es el rey, y su satisfacción “per se” es situada por encima de todas las cosas.

Nuestra intención no es la de demonizar los distintos modelos de gestión de la calidad, su buena utilización conlleva ciertamente grandes beneficios para las organizaciones, sino cuestionar el uso que de ellos se está haciendo en la Administración pública, y, más concretamente, su establecimiento dentro del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA).

La implantación del modelo andaluz de calidad dentro del SSPA se encuentra con múltiples resistencias que dificultan su asunción como herramienta de gestión, tal y como reconoce la propia Administración. Supone éste, una serie de cambios en el quehacer de los profesionales del sistema que no suele ser asumido ni aceptado en su totalidad como, probablemente, le gustaría a la Consejería de Salud.

Partimos de la hipótesis de que, al analizar como un mismo todo lo que podríamos identificar como el discurso “oficial” del modelo de calidad andaluz representado por distintos documentos editados por la Administración (concretamente por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) con el “no oficial”, representado por los discursos emanados por los distintos grupos de interés que conforman el sistema sanitario, no encontraremos coincidencias argumentales o discursivas sobre los mismos temas. Es decir, obtendremos distintas versiones del modelo de calidad (realidad poliédrica) en lugar de una realidad monológica. De este modo, constituimos para su análisis discursivo un corpus formado por material representativo de ambos grupos de discursos.

En esta tesis, abordamos esta problemática utilizando un análisis del discurso donde, apoyándonos en el concepto de repertorio interpretativo propuesto por Potter y Wetherell (1987), escrutamos el entramado discursivo –en tanto dispositivo- emergente del Sistema Sanitario Público Andaluz. Así, tras la confirmación de la anterior hipótesis ahondamos en las causas de la debilidad del modelo que reconoce la Agencia de Calidad, es decir, que su "misión, visión y valores no han impregnado la cultura organizacional" (VV.AA: 2010a) del sistema sanitario. Estas no son otras que las propias de encontrarnos con una realidad multidiscursiva en lugar de monológica. Así, nuestro análisis profundiza en la raíz de este problema desde distintos puntos de vista: los (variados) argumentos-ideas que sostienen el modelo, las subjetividades que estos construyen y, por último, los objetos que lo conforman. Este texto presenta los resultados de dicho análisis ordenándolos en cuanto a las características de los repertorios identificados (críticos, ontológicos, legitimadores y emergentes), las

construcciones de subjetividad que estos producen (sujetos asistenciales, no asistenciales y ciudadanos) para llegar en último lugar a describir la construcción de actores "no humanos" que configuran la organización sanitaria, en uno u otro sentido: el sistema sanitario público andaluz como macro-organización, el servicio andaluz de salud y las agencias públicas empresariales sanitarias, la agencia de calidad sanitaria de Andalucía, los instrumentos de gestión de la calidad y los incentivos económicos (el dinero).

Para finalizar destacamos cómo, si bien no existe un único discurso desde el que explicar y construir la implantación del modelo de calidad andaluz, sí que en la realidad multidiscursiva que acabamos de analizar existen ciertos puntos de unión o anclaje discursivos, es decir, consensos parciales sobre la naturaleza y los problemas que acarrea el sistema sanitario, entre los que podemos destacar los siguientes: aceptación generalizada del sistema sanitario como servicio de naturaleza pública, ineficacia de los incentivos económicos como motivadores, o lo negativo de la intromisión de la política tradicional en la gestión pública.

Es sobre los anteriores puntos de unión desde donde convendría comenzar a trabajar en la implantación de un modelo de calidad que, si bien por la propia naturaleza de la organización nunca será asumido en su totalidad, sí que poseerá consensos más fuertes que le den cierta identidad en el tiempo. De este modo, concluimos apuntando tentativamente a la necesidad de adoptar un modelo dialógico de gestión que incluya los distintos intereses presentes en el sistema hacia una misma dirección estratégica, una dirección compartida por una mayoría que se sienta partícipe en el proyecto.

El siguiente texto pretende centrarse más en los resultados de análisis (ya que, al fin y al cabo, son la principal aportación al tema que nos ocupa), que en la teorización acerca de la Nueva Gestión Pública, los sistemas de calidad, o los modelos de gestión por competencias. En este sentido, simplemente nos hemos ocupado de establecer nuestro punto de vista al respecto, a modo de introducción.

2 INTRODUCCIÓN

2.1 Contexto sociopolítico de investigación: la asunción de la filosofía de la calidad como práctica derivada de la Nueva Gestión Pública.

La reestructuración del sector público auspiciada por el discurso neoliberal con la aparición de la Nueva Gestión Pública, en tanto movimiento político e ideológico internacional, ha marcado la agenda de las Administraciones Estatales desde los años ochenta y noventa hasta nuestros días. El rumbo seguido en este sentido ha girado básicamente en torno al adelgazamiento de la estructura de Estado y la asunción de modelos de gestión privada en el ámbito público, requisitos presentados como indispensables para su supervivencia y adaptación a unos nuevos tiempos - postmodernos- donde sólo las Administraciones mínimas podrán maniobrar con rapidez para adaptarse a los continuos cambios (Ortún y Callejón, 2012).

Si las organizaciones venían operando en entornos estables, homogéneos y continuos, actualmente se encuentran en territorio de lo incierto, de modo que los sistemas de comprensión y gestión organizacionales basados en la estabilidad de la demanda ya no son funcionales en esta nueva época donde las ventajas competitivas se adquieren mediante la utilización y uso de conocimiento más que sobre la generación de

economías de escala; de este modo, los activos tangibles dan paso a la preocupación por los activos intangibles (Kong, E., 2010) y su gestión, emergiendo lo que el profesor Vicente Sisto denomina "teorías postmodernas de la organización", caracterizadas por su énfasis en los procesos, el reemplazo de la racionalidad individual por la construcción comunal y social, la importancia del lenguaje como elemento constructor de la organización y la utilización de metodologías cualitativas y dialógicas para comprenderlas (Sisto, V., 2004: 132).

De este modo, la gerencia pública sanitaria ha venido incorporando diversos mecanismos de mercado en su gestión (Martín, 2003) entre los que destacamos la asunción de la filosofía de la calidad, orientada totalmente al paciente (Lorenzo, S., 2008), y la adopción de los axiomas de la eficiencia y eficacia como postulados claves de este nuevo paradigma (García Sánchez, 2007; García, et al., 2011).

El contexto sanitario público español se ha visto especialmente afectado por las anteriores reformas desde principios de los noventa¹, cambios exógenos que se han traducido tanto en una reestructuración de los servicios sanitarios como de las demandas que se realizan a la profesión médica surgiendo "...nuevas finalidades, discursos, prácticas asistenciales y dispositivos organizativos" (Irigoyen, 2011: 279) que afectan directamente a las características y condiciones del trabajo de los profesionales sanitarios tal y como se había venido entendiendo hasta el momento (Amigot y Martínez, 2013).

Si bien la mayoría de las democracias occidentales han caminado en esta senda manteniendo ciertos puntos de convergencia en sus reformas, también es verdad que las características intrínsecas de cada territorio han hecho que su implementación haya sido llevada a cabo a distintos ritmos (Fernández et al., 2008). Además, no todo ha sido un camino de rosas, sino que también se han formulado ciertas críticas a la asunción incondicional de la nueva gestión pública al sostenerse en una lógica mercantilista no siempre entendida como la más apropiada para gestionar los asuntos públicos: "la limitación fundamental del paradigma institucional del "management", tal como se ha construido en el sector privado e importado al sector público, es su pertenencia a una lógica de racionalidad económica individual y egoísta, concebida para ordenar el comportamiento de una organización independiente. Trasladar esa lógica al sector público presenta claras insuficiencias, ante la necesidad de observar valores colectivos y atender la exigencia de colaboración interinstitucional, imprescindible en la gestión de numerosas políticas públicas" (Echebarría y Mendoza, 1999: 40-41).

2.2 Definición, problematización y contextualización del objeto de estudio.

El interés general que ha dado lugar al desarrollo de este estudio ha sido el de comprobar cómo aterrizan en un territorio administrativo determinado las políticas gerenciales basadas en la asunción de la filosofía de la calidad y sus repercusiones o efectos, en el trabajo diario de los profesionales sanitarios. Es decir, cómo se articula tal

1 Concretamente desde la aparición del conocido INFORME ABRIL (Comisión presidida por Fernando Abril Martorell. (20-26 de septiembre de 1991). «Informe Abril». Jano XLI (1963). pág 45-69.)

filosofía de la calidad con la gestión de los recursos humanos a través de los sistemas de gestión por competencias que suelen utilizar.

Hemos elegido el Sistema Sanitario Público Andaluz como contexto de estudio (en adelante SSPA) al tratarse de un ejemplo que responde perfectamente al interés general que acabamos de enunciar y donde, además, nos encontramos con que la propia Consejería de Salud de la Junta de Andalucía reconoció como una debilidad específica en un análisis realizado dentro del Plan Estratégico 2010-2013 de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (en adelante ACSA) el que su "misión, visión y valores no han impregnado la cultura organizacional" (VV.AA: 2010a) del SSPA², en el sentido en que fueron definidas en dicho documento³:

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

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

Los VALORES en los que nos basamos en nuestro trabajo diario son Transparencia, Integridad, Cooperación, Compromiso, Rigor científico-metodológico, Creatividad e innovación, e Independencia." (VV.AA: 2010a)

Por lo tanto, será la ACSA la organización que represente dicha filosofía de la calidad en el sistema sanitario público andaluz. Así, SSPA y ACSA se convierten en las organizaciones de referencia para este trabajo.

2.2.1 Principales modelos de calidad y acreditación sanitaria.

En primer lugar podemos destacar el modelo representado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management⁴), representada en España por el Club Excelencia en la Gestión: el conocido modelo EFQM. Su misión es definida por dicho club de la siguiente manera: "Nuestra MISIÓN es potenciar la competitividad global de organizaciones y profesionales de diferentes sectores, a través de los valores de la excelencia, facilitando a nuestros socios una infraestructura para compartir conocimientos, desarrollar competencias y dar visibilidad

2 Recientemente ha sido publicado en la Web de la ACSA el Plan Estratégico 2014-2017 donde se vuelve a incidir en dicha debilidad, redefiniéndola como la "necesidad de profundizar en el conocimiento de los grupos de interés, el mercado y la competencia; y la necesidad del reforzamiento del modelo interno de Gestión de Calidad."

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

4 <http://www.efqm.org/> (Web visitada el 01/04/2015)

a sus niveles de excelencia⁵”. Se trata de un modelo aplicado a empresas e industrias, pero que a finales de los noventa comenzó a utilizarse en el sector sanitario. Se trata de un modelo privado importado a la gestión pública.

Caso diferente al anterior es el modelo de acreditación de la JCIA/JCAHO, ya que este sí que fue gestado dentro del sector sanitario. La Joint Comisión International Accreditation (JCIA) fue creada en 1994 por la JCAHO y la Quality Healthcare Resources Inc, una empresa filial de la JCAHO cuyo nombre en estos momentos es Joint Commission Resources Inc. La JCAHO y la JCIA son organizaciones independientes, no gubernamentales y sin ánimo de lucro que actúan básicamente en organización estadounidenses. En España la JCAHO está representada por la Fundación Avedis Donabedian (FAD)⁶ adscrita a la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona). Dentro del SSPA tiene acreditación por la JCIA la Empresa Pública Hospital Costa del Sol.

Otro importante modelo de acreditación y certificación de la calidad es el representado por las NORMAS UNE-EN-ISO 9000:2000. La ISO (Organismo Internacional de Normalización) se encarga de elaborar normas de carácter internacional destinadas a la normalización de procesos. Dichas normas son adaptadas al territorio europeo a través de la CEN (Comité Europeo de Normalización) convirtiendo las normas ISO en las siglas EN-ISO que, a su vez, cada país adoptará a través de la entidad de normalización y certificación que designe. En el caso español tenemos a la ENAC (Entidad Nacional de Acreditación⁷) y su certificadora AENOR⁸. La norma de calidad más importante adoptada por múltiples empresas de diferentes sectores es la ISO 9001⁹. La adopción de esta norma supone ordenar desde el punto de vista de los procedimientos todos los procesos clave de la empresa, registrando su actividad de modo que en cualquier momento podamos tener evidencias de cómo están funcionando. Su principal finalidad no es otra que establecer todos los parámetros necesarios para conseguir la satisfacción del cliente en todos sus sentidos.

Además de estos tres modelos podemos destacar otros dos por su importancia, si bien tienen poca relevancia en el Estado español. Nos referimos al modelo de acreditación del Canadian Council On Health Services Accreditation (CCHSA) y al británico Health Quality Service (HQS).

Por último, vamos a detenernos en el modelo que representa la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹⁰ (ACSA) en tanto es el que afecta a nuestro contexto de estudio, el sistema sanitario público andaluz, como veremos en el apartado siguiente. La ACSA

5 <http://www.clubexcelencia.org/conocenos/mision> (Web visitada el 01/04/2015)

6 <http://www.fadq.org/> (Visitada el 05/05/2015)

7 <https://www.enac.es/inicio> (Visitada el 08/05/2015)

8 <http://www.aenor.es/aenor/inicio/home/home.asp> (Visitada el 08/05/2015)

9 Este año 2015 acaba de salir su última versión: UNE-EN-ISO-9001:2015.

10 <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/> (Visitada el 14/01/2015)

es una organización pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y perteneciente a la Fundación Progreso y Salud. Esta agencia se encarga de certificar centros, unidades sanitarias, servicios sociales, profesionales, actividades de formación continuada y Webs y blogs sanitarios bajo lo que denomina como el “modelo andaluz de calidad”. Además, es la encargada de impulsar el modelo de gestión por competencias del sistema sanitario mediante la elaboración de mapas de competencias profesionales y el establecimiento de herramientas que posteriormente servirán para trasladarlos a cada centro del sistema: tecnología gerencial capaz de trasladar el modelo de calidad a los profesionales sanitarios. La misión, visión y valores de la ACSA han sido recientemente definidos de la siguiente forma¹¹:

MISIÓN: La Agencia de Calidad Sanitaria tiene como misión contribuir a la excelencia en los servicios de atención a la salud y el bienestar social, mediante el impulso de la calidad, a través de la certificación, la seguridad, el desarrollo profesional y la evaluación de resultados.

VISIÓN: Nuestra visión es ser reconocidos como una organización de referencia a nivel autonómico, nacional e internacional en el ámbito de la calidad sanitaria y social.

VALORES: servicio público, sostenibilidad, compromiso con la calidad, relaciones efectivas con grupos de interés, conocimiento como recurso clave, transparencia, gestión socialmente responsable, credibilidad, reconocimiento externo, adaptabilidad e independencia.

Su actividad está, a su vez, certificada por ISQua (International Society for Quality in Health Care) y por el modelo EFQM. También cuenta con la acreditación de ENAC como entidad de certificación para las categorías centros, unidades sanitarias y servicios sociales.

2.2.2 El Sistema sanitario público andaluz y su apuesta por la calidad.

Por su parte, el SSPA fue creado por la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, definiéndolo como aquel conjunto de recursos que la Administración pone en juego para satisfacer el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud (Art. 43). Actualmente es dirigido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, cubriendo los servicios de atención primaria y especializada desde dos organizaciones con formas jurídicas distintas: Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (en adelante APES), como estructura de apoyo. Estas últimas son entidades surgidas en la década de los noventa como formas diferentes de organización y gestión sanitaria a la luz de las reformas sanitarias apuntadas en el apartado anterior.

La misión del SAS, por su parte, “es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la

11 <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/quienes-somos/mision-vision-y-valores/> (Visitada el 03/09/2015)

accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.¹²,

2.2.2.1 Gráfico 1. Organigrama de la estructura de apoyo del Servicio Andaluz de Salud¹³.



Entre sus funciones nos encontramos con las siguientes¹⁴:

1. La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
2. La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.

12

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerelSAS (Consultada el 03/11/2015)

13

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_conocerSAS_direcc_corporat (Visitado el 03/11/2015)

14 Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. (art. 11.2)

3. La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

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

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

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

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

3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA.

Vamos a considerar el sistema sanitario público andaluz, en tanto macro-organización, como un sistema de conversaciones o hiperconversación (Taylor, 2001) surgida en los continuos diálogos e interacciones que se producen "entre" (Ibáñez, 1989: 119) los principales grupos de interés -o "stakeholders" que lo conforman. Este término anglosajón fue introducido por Edward Freeman quien en 1983 propuso dos definiciones, una amplia y otra restringida (Freeman, E. y Reed, David: 1983), si bien

nosotros lo entenderemos desde su acepción amplia por el carácter de servicio público que tiene nuestra organización objeto de estudio:

- Acepción amplia. Cualquier grupo o individuo identificable que pueda afectar el logro de los objetivos de una organización o que es afectado por el logro de los objetivos de una organización (grupos de interés público, grupos de protesta, agencias gubernamentales, asociaciones de comercio, competidores, sindicatos, así como segmentos de clientes, accionistas y otros).

- Acepción restringida. Cualquier grupo o individuo identificable respecto del cual la organización es dependiente para su supervivencia (empleados, segmentos de clientes, ciertos proveedores, agencias gubernamentales clave, accionistas, ciertas instituciones financieras, y otros).

Además, fue la acepción amplia la que se popularizaría con su famosa obra "Strategic Management: A Stakeholder Approach" en 1984, entendiendo, por tanto, los stakeholder como cualquier grupo o individuo que pueda afectar o ser afectado por el logro de los propósitos de una organización. Stakeholders incluye a empleados, clientes, proveedores, accionistas, bancos, ambientalistas, gobierno u otros grupos que puedan ayudar o dañar a la organización (Freeman, Edward R.: 2010).

La realidad de la organización no existe con independencia de las personas (Quijano, 2006: 130) y, además, siguiendo al profesor Santiago Quijano:

"...las imágenes que sobre la organización tienen los diferentes empleados, lo que ésta es y lo que debe ser, pueden y suelen no ser coincidentes. Particularmente las imágenes de los distintos grupos de intereses legítimos. Estos grupos que se han llamado, en el ámbito del comportamiento organizativo, "Stakeholders" piensan la organización de distinta forma y, en consecuencia, actúan de distinta forma, entrando muchas veces en conflicto. En cualquier caso, para poder comprender su comportamiento se hace preciso dilucidar cuáles son sus construcciones mentales de la organización, ¿como la piensan y la imaginan considerándola en su conjunto y en todos los procesos que implica." (Quijano, 2006: 115).

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

S1. Directivos y responsables.

S2. Técnicos.

S3. Sindicalistas

S4. Trabajadores asistenciales (ver Tabla 1).

Hemos elegido estos cuatro grupos y no otros, ya que hemos tenido en cuenta como criterio de selección en este caso el que se encontraran presentes físicamente en las organizaciones seleccionadas para la recogida de datos. Al fin y al cabo, estos cuatro grupos no son más que un esbozo de los distintos tipos y categorías de trabajadores que

podemos encontrar, a grandes rasgos, en cualquier organización sanitaria. Se trata de los distintos tipos de trabajadores encargados de prestar la función principal del sistema sanitario: la sanidad.

Podemos hablar, entonces, de la convergencia de múltiples autorías en la construcción organizativa del sistema sanitario que entenderemos a efectos de este estudio como un **entramado discursivo o “dispositivo”** en términos de Foucault. En este sentido, Deluze interpreta el concepto de dispositivo de Foucault como *“una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal... compuesto de líneas de diferente naturaleza... que siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio... [donde] los objetos visibles, las enunciaciones formulables, las fuerzas en ejercicio, los sujetos en posición son como vectores o tensores”* (Deluze, 1999: 155). Tal será el sentido que demos al entramado discursivo o dispositivo en este trabajo.

Cada grupo de interés es susceptible de enunciar distintos discursos de forma pasiva, inconsciente y acrítica (Wetherell y Potter, 1996: 63), o bien activa como agentes implicados y responsables en tanto conscientes de las implicaciones constructivas que puede suponer adoptar un discurso u otro. Cuando usamos el lenguaje, utilizamos distintos discursos (o repertorios interpretativos en nuestro caso) como materiales de derribo de origen diverso que realizan un tipo de construcción específica, de ahí la importancia de conocer su origen y los intereses por los que fueron creados. Así, cada sistema discursivo responde a las demandas de un determinado grupo que hará todos los esfuerzos necesarios por instaurar su hegemonía (Mumby, 1997), como decimos, de forma consciente o inconsciente.

Paradójicamente, esto no quiere decir que los sujetos utilicen siempre en su conversación los discursos propios del grupo de interés con el que se identifican, es decir, si bien los discursos son coherentes internamente, no lo es tanto su utilización. De hecho, los distintos sujetos no tienen por qué adoptar un único tipo de subjetividad, sino que pueden sentirse identificados con diversos grupos de interés construyendo así su subjetividad desde múltiples puntos de vista. Así pues, comprobamos cómo en las entrevistas realizadas los sujetos utilizan discursos de ámbitos diferentes, no siempre en coherencia con el grupo que representan (de ahí la distinción que realizamos entre la enunciación consciente/inconsciente de discurso).

Por otro lado, adoptamos la concepción de poder propuesta por Foucault: el poder no se ejerce desde un único y hegemónico lugar, dominantes contra dominados, sino que más bien habría que hablar de juegos de poder, de sistemas donde todos los agentes implicados tienen la posibilidad de ejercerlo y resistirse en una u otra medida. Michel Foucault apuesta por no considerar el poder:

“...como un fenómeno de dominación masiva y homogénea de un individuo sobre los otros, de un grupo sobre los otros, de una clase sobre las otras; sino tener bien presente que el poder, si no se lo contempla desde demasiado lejos, no es algo dividido entre los que lo poseen, los que lo detentan exclusivamente y los que no lo tienen y lo soportan. El poder tiene que ser analizado como algo que circula, o más bien, como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allí, no está nunca en las manos de algunos, no es un atributo como la riqueza o un bien. El poder funciona, se ejercita a través de una organización reticular. Y en sus redes no sólo circulan los individuos, sino que además están siempre en situación de sufrir o de ejercitar ese

poder, no son nunca el blanco inerte o consintiente del poder ni son siempre los elementos de conexión. En otros términos, el poder transita transversalmente, no está quieto en los individuos.” (Foucault 1979: 144)

Tal capacidad de interrelación discursiva es posibilitada por el lenguaje, el elemento que permite que sujetos y objetos sean construidos –en tanto productos discursivos-, y posibilita su condición de enunciadores discursivos, pudiendo, a su vez, auto-constituirse como productores de sí mismos. Si bien hemos de señalar que toda construcción es dependiente del momento socio-histórico de su creación (Gergen, 1998; Berger y Luckman, 1983).

Existen distintas definiciones de discurso, si bien, en lo que concierne a este trabajo tendremos en cuenta dos de ellas que nos han parecido interesantes para explicar nuestra problemática de estudio. La primera de ellas es la propuesta por la profesora Vivien Burr:

“Un discurso hace referencia a una serie de significados, metáforas, representaciones, imágenes, historias, afirmaciones, etcétera, que, de alguna manera, producen colectivamente una determinada versión de los acontecimientos” (Burr, 1995: 55)

Desde un punto de vista complementario, concebiremos el discurso, siguiendo a Íñiguez y Antaki, como un conjunto de prácticas lingüísticas constituyentes y regulativas de la realidad (Íñiguez y Antaki, 1994: 63; Íñiguez, 2003): **“Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa.”** (Íñiguez, L. y Antaki, C., 1994: 63)

De este modo, entenderemos el discurso tanto como un marco de referencia o trasfondo interpretativo de la realidad (Gil-Juárez y Vitores, 2011: 93) -es decir, como un bloque conceptual-, como una práctica social. Esto significa reconocer el papel activo (constructivo) de los distintos agentes enunciadores del discurso en consonancia con la noción de poder de Foucault que hemos señalado: los productos del discurso –sus construcciones- asumen, a su vez, una función constructiva, tanto sobre sí mismos como sobre los demás. Los discursos instauran una determinada normalidad en un contexto y espacio temporal en un proceso en el que los sujetos no son ajenos. Siguiendo de nuevo a Foucault “si [el discurso] consigue algún poder, es de nosotros de quien lo obtiene” (Foucault, 1980: 10). Tendremos en cuenta estas concepciones del discurso atendiendo a la noción de repertorio interpretativo, tal y como explicamos más detenidamente en el apartado de metodología.

Hablamos, por tanto, de un sistema formado por tres elementos básicos -argumentos o ideas (en tanto marco conceptual de entendimiento del mundo), sujetos y objetos-interrelacionados de forma recíproca al estar dirigidos hacia el cumplimiento de una función determinada, es decir, se caracterizan por realizar efectos discursivos concretos e identificables. Queremos decir con lo anterior que consideramos tanto a los argumentos o ideas, como a los sujetos y a los objetos, agencias constructivas, humanas y no humanas: “actuales”, siguiendo el término utilizado dentro de la Teoría del Actor-Red (Actor-Network Theory o ANT) (Latour, 2005; Law, 2009). Si bien se trata más de

una caja de herramientas para el análisis que de un conjunto de conceptos y términos bien definidos, algunos autores destacan una serie de pinceladas sobre la misma entre las que podemos asumir las siguientes, en tanto han guiado conceptualmente –en parte– nuestra investigación: el que el analista se centre más en relaciones que sobre entidades fijas o estaciones establecidas (en este sentido, los argumentos, sujetos y objetos que hemos identificado no son sino fruto de un diálogo determinado en un momento sociohistórico concreto) y su negativa a distinguir entre seres humanos y otras entidades (Callén, et. al, 2011:4-5).

Por otro lado, hemos de apuntar cómo los discursos poseen distintos puntos de relación o anclaje entre sí, interaccionando de forma multi-direccional (no lineal), cuestión conocida como intertextualidad, es decir, no existen por sí mismos como unidades herméticamente aisladas (Íñiguez y Antaki, 1994), sino como producto de relaciones de significados interdependientes que adoptarían –metafóricamente– una forma de red.

La gestión por competencias, en tanto tecnología gerencial de poder (Rose, 1998), la concebiremos como la “directora de orquesta” de la citada hiper-conversación, mientras que los mapas de competencias, y la propia definición de competencia serán, siguiendo esta metáfora, la “partitura” perfecta para generar un tipo, y no otro, del entramado discursivo como guía de ensamblaje entre las características personales y organizacionales (Jiménez, 1997) . No obstante, estos modelos de gestión han sido puestos en tela de juicio, debido a la dificultad que entraña la asunción de criterios claros y unívocos para su puesta en marcha (Tovar y Revilla, 2010).

Esto significa, como apuntábamos, que el modelo de calidad no es implantado en el sistema sin problemas, resultando un discurso único y monológico, sino que el discurso oficial se “rompe” en su aterrizaje en una multiplicidad de voces: distintas versiones de la realidad organizativa. Por tanto, nuestra hipótesis de trabajo es que el modelo de calidad no solo no cala en el sistema sanitario, sino que es interpretado desde múltiples puntos de vista generando una realidad poliédrica, es decir, que el nuevo orden no se ha vuelto hegemónico, como se ha podido comprobar en contextos similares aunque equidistantes geográficamente (García, 2007). De este modo, si analizamos como un mismo todo los discursos “oficiales” y “no oficiales” de la calidad (ver Gráfico 1), no encontraremos funciones constructivas coincidentes, sino que obtendremos tantas construcciones de argumentos, sujetos y objetos como discursos co-existan.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

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

4.2 OBJETIVO SECUNDARIO

Además, como objetivo secundario que nos permita una mayor profundidad de análisis y comprensión, nos ocuparíamos de identificar y describir qué aportan y qué efectos y consecuencias tienen para la articulación de la filosofía de la calidad y el modelo de recursos humanos del SSPA los argumentos -discursos en forma de repertorios interpretativos compuestos de metáforas y tropos del lenguaje (Román, 2007)-, los

sujetos que se construyen (atendiendo a las atribuciones, responsabilidades y culpas con que son descritos) y, por último, los objetos presentes en el discurso.

5 METODOLOGÍA. ANÁLISIS DEL DISCURSO: MODUS OPERANDI.

Para abordar los anteriores objetivos, hemos utilizado un Análisis del Discurso en los términos en que fue perfilado por Potter y Wetherell en 1987, antecedente inmediato de lo que se viene conociendo como perspectiva discursiva en Psicología Social (Garay et al., 2005: 107). Un tema de conversación puede variarse atendiendo al contexto en que se utilice, consiguiendo efectos discursivos diversos, de forma consciente o inconsciente. Como comentan Íñiguez y Antaki, "esto es útil para ver cómo los/as hablantes hacen frente a las conversaciones y cómo definen planes a través de la colocación estratégica de temas." (Íñiguez, L. y Antaki, Ch., 1994). De este modo, trabajaremos con el concepto de repertorio interpretativo en tanto patrones recurrentes en las maneras de construir distintas versiones de la realidad (Gil-Juárez y Vitores, 2011: 105). De la misma forma que antes hemos apuntado dos conceptos de discurso que nos parecen adecuados para esta investigación, como no podría ser de otro modo, definiremos el concepto de repertorio siguiendo a los autores que lo propusieron como categoría analítica:

"Los repertorios interpretativos pueden considerarse las piezas que los hablantes utilizan para construir versiones de acciones, procesos cognitivos y otros fenómenos. Cada repertorio es constituido por una gama restringida de términos usados de una manera específica en lo que respecta a la gramática y al estilo. Estos términos suelen proceder de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio con frecuencia es delatada por la de ciertos tropos o figuras retóricas." (Potter y Wetherell, 1987: 66)

Potter y Wetherell hablan de repertorios en el contexto en que otros autores hablan de discursos. Repertorios y discursos se refieren a **"colecciones de significados, a diferentes maneras de hablar o de construir objetos o acontecimientos. De hecho, ambos conceptos nos remiten al concepto de ideología, en cuanto que ponen énfasis en que por formarse una determinada comunidad sociohistórica nos vemos inmersos y vinculados a determinadas maneras de entender el mundo, la sociedad, la moral, lo que es norma y anormal, etc."** (Gil-Juárez y Vitores, 2011: 107)

Discurso y repertorios interpretativos son dos conceptos similares e interconectados. Si bien, los discursos suelen interesarse por el poder entendiendo a los individuos como "sujetos a este poder", la noción de repertorio enfatiza la agencia humana en el uso del lenguaje. Es decir, no son tan monolíticos ni limitadores como los discursos, ni tan variables como el análisis de la conversación. Suponen un punto medio entre ambas posturas. De hecho, el concepto de repertorio se desarrolló para dar cabida al concepto post-estructuralista y foucaultiano de discurso (Gil-Juárez y Vitores, 2011: 107). Es decir, reconociendo la influencia del sujeto como agente enunciativo activo y, por tanto, capaz de posicionarse y de ejercer relaciones de poder.

Jeannine M. Suurmond (2005) identifica tres tipos de análisis del discurso, aquellos de tipo lingüístico (pequeños discursos), análisis conversacional (micro-discursos) y análisis de grandes discursos (macro-discursos), donde incluye el modelo de Potter y Wetherell. Así, nos centraremos más en los discursos como "piezas prefabricadas" de

significados con capacidad constructiva, que en aquellos aspectos más micro del lenguaje y la conversación, lo que no quita que prestemos especial atención a la forma y contexto en que son utilizadas, es decir, atendiendo a su indexicalidad (Potter, 1998: 136). Potter se refiere a estas piezas prefabricadas (que asocia con los discursos y códigos post-estructuralistas donde también podemos incluir su concepto de repertorio) dentro de lo que denomina como un modelo general para la construcción de hechos:

"Aunaré estos tipos diferentes de construcción en un modelo general. Podemos imaginar que las palabras y las posibilidades sintácticas son como los ladrillos y las vigas que se necesitan para cualquier construcción. Los discursos y los códigos post-estructuralistas se pueden concebir como piezas prefabricadas de paredes y techos que se pueden utilizar como partes de edificios muy diferentes. Los mecanismos y los procedimientos, que son como el grano para el molino del análisis conversacional, constituyen los pernos y el cemento que mantienen unida toda la estructura. Nada funciona sin la materia revelada por el análisis conversacional, pero un estudio de la construcción de hechos estará limitado si no examina con detalle los ladrillos y las piezas prefabricadas." (Potter, J., 1998: 136).

No obstante, dichas piezas no tendrían sentido si no entendemos el contexto en que son utilizadas, de ahí que en nuestro análisis pongamos especial atención, como decimos, en la indexicalidad de los repertorios identificados, evitando tratarlos como piezas aisladas. Siguiendo de nuevo a Potter al respecto del anterior modelo general:

"Al tiempo que elaboro esta metáfora, destacaré brevemente algunos problemas. Su principal defecto es que trata las partes como sólidas antes de la edificación. Lo que realmente necesitamos imaginar es que los ladrillos son blandos y de perfil impreciso y sólo adquieren su forma cuando los colocamos en su sitio. Y las piezas prefabricadas también deben ser algo incipientes, estableciéndose su solidez a medida que se van ensamblando. Todo existe en un estado borroso y fluido hasta que cristaliza en unos textos o unas interacciones particulares." (Potter, J., 1998: 136).

Es decir, al fin y al cabo, los repertorios que hemos identificado en esta investigación son fruto de su espacio, de su tiempo, y del trabajo interpretativo que hemos realizado a través de nuestro análisis, por lo que han de entenderse en este sentido. No pretendemos establecer categorías universales, los resultados del análisis aquí esbozado no buscan otra cosa que comprender más de cerca, y dentro del contexto que hemos definido, la problemática que hemos esbozado antes.

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

De este modo, el material que compone el discurso oficial fue formado íntegramente por documentos editados por la ACSA (adoptando como criterio único de selección el que estuviese publicado por la ACSA y se refiriese explícitamente al modelo de calidad y/o gestión por competencias profesionales del sspa), es decir, los documentos D1, D2, D3, D4 y D5 que aparecen en la tabla siguiente. El resto del material es clasificado como “no oficial” en tanto no es publicado por la ACSA de forma escrita, consciente, (lo que no quita que pueda contener en todo o en parte el discurso oficial, este es el “quid” de la cuestión). Dicho material “no oficial”, se obtuvo mediante la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas donde se utilizó como criterio de selección el que se abordase a todos los grupos de interés identificados bajo la siguiente guía temática (es decir, buscar la representatividad del corpus que íbamos a obtener), hasta la saturación de los datos:

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

Las entrevistas fueron desarrolladas íntegramente en la provincia de Almería, en Hospitales pertenecientes tanto al SAS (Hospital de Torrecárdenas) como a las APES (Hospital de Poniente y Hospital de Alta Resolución de El Toyo –cuya gestión pertenece al propio Hospital de Poniente-).

El lenguaje presente en el corpus es el “magma” que posibilita la acción discursiva, pero para facilitar su análisis necesitamos, en primer lugar, transformarlo a su forma íntegramente textual. Sobre los documentos escritos obviamente no ha sido necesario hacer ninguna conversión, pero sobre las entrevistas sí, por lo que tuvieron que ser grabadas y transcritas en su totalidad. De este modo, conseguimos una completa fotografía del sistema en el espacio-tiempo (noviembre 2013 / febrero 2014) desde todos los ángulos posibles quedando configurada del siguiente modo:

5.1 Esquema 1. Configuración del corpus de análisis¹⁵.

1. S1. DIRECTIVOS Y RESPONSABLES DEL SISTEMA.
 - a. Entrevistas
 - i. E3. Directora de Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.
 - ii. E9. Supervisora de enfermería en Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.
 - b. Documentos
 - i. D3. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014.
 - ii. D4. Plan Estratégico 2010-2013 de la ACSA.
2. S2. TÉCNICOS.
 - a. Entrevistas

¹⁵ Elaboración propia.

- i. E4. Técnica de formación y selección en Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
 - ii. E11. Técnicos de selección y formación, (2 informantes) en Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.
 - b. Documentos
 - i. D1. Documento General de Certificación de Competencias Profesionales. (Rev. 0) 30 de Abril de 2012.
 - ii. D2. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
 - iii. D5. Manual de competencias del anestesiólogo (Elegimos el de Anestesiólogo como ejemplo, ya que la parte común de competencias –las que nos interesan- es la misma para todas las especialidades).
- 3. S3. SINDICALISTAS
 - a. Entrevistas
 - i. E1. Delegados del sindicato C.C.O.O. en la Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente, enfermeros y médicos. Miembros del comité de empresa. 2 informantes.
 - ii. E2. Delegados del sindicato C.C.O.O., enfermeros y médicos, en Hospital de Torrecárdenas. Miembros del comité de empresa. 3 informantes.
 - iii. E10. Delegada del sindicato U.G.T. Enfermera, en Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.
- 4. S4. TRABAJADORES ASISTENCIALES.
 - a. Entrevistas
 - i. E5. Grupo de discusión de enfermeros. Hospital de Torrecárdenas. 4 informantes.
 - ii. E6. Grupo de discusión de médicos. Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. 4 informantes.
 - iii. E7. Médico del Hospital de Torrecárdenas. 1 informante.
 - iv. E8. Entrevista a enfermeros de la Agencia Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. 2 informantes.
 - v. E12. Médico de El Toyo. 1 informante.
 - vi. E13. Médico de El Toyo. 1 informante.
 - vii. E14. Enfermera de El Toyo. 1 informante.
 - viii. E15. Médico de El Toyo. 1 informante.
 - ix. E16. Enfermero de El Toyo. 1 informante.
 - x. E17. Médico de El Toyo. 1 informante.
 - xi. E18. Auxiliar, técnico y enfermera. El Toyo. 1 informante.
 - xii. E19. Enfermera de El Toyo. 1 informante.

A partir de aquí, el trabajo con los datos consistió en identificar y codificar los diferentes extractos textuales que cumplían los dos requisitos que Íñiguez y Antaki atribuyen a los discursos, diferenciándolos de cualquier otro tipo de texto: que se pueda interpretar que los participantes dicen lo que dicen en cuanto representantes de su grupo de interés de pertenencia, y que dicho extracto textual tenga efectos discursivos (Íñiguez y Antaki, 1994). Es decir, codificamos el texto no en función de su contenido, o sea, no de lo que cuenta descriptivamente hablando, sino en función de lo que hace: de su orientación a la acción. Esta tarea fue apoyada en el software de análisis de datos cualitativos ATLAS.TI (Versión 6.2.28) que, aunque está basado en la Teoría

Fundamentada (Grounded Theory), tiene la suficiente versatilidad como para adaptarse a cualquier otro enfoque metodológico.

Como criterio de calidad, se han tenido en cuenta las indicaciones propuestas por autores relevantes dentro de los estudios del discurso (Antaki, et al., 2003). El amplio desarrollo que han tenido este tipo de análisis en las últimas décadas no ha seguido ningún tipo de evolución lineal u homogénea, sino que su crecimiento ha venido marcado por la fragmentación de perspectivas, así como por su multi-disciplinariedad: el giro lingüístico y la crisis de principios de los años 70 afectó por igual a todas las ciencias sociales.

Como decimos, Antaki, C.; Billig, M.; Edwards, D. y Potter, J. (2003) señalan cómo dicha fragmentación se dio igualmente en el seno de la psicología social, apareciendo gran diversidad de formas de hacer y entender el Análisis del Discurso. Ante esto, surgió la necesidad de reconocer unos requisitos básicos que establecieran una línea clara entre lo que es, y lo que no es hacer Análisis del Discurso con la intención de huir de la extendida idea de que para el Análisis del Discurso “cualquier cosa vale” evitando la publicación de artículos en revistas especializadas que comenten errores básicos (Antaki, et. Al., 2003: 16-17). De este modo identifican seis tipos diferentes de insuficiencias o pseudoanálisis que se suelen cometer en estudios basados en Análisis del Discurso, y que hemos tenido en consideración a lo largo de nuestro estudio, adoptándolos como criterios de rigurosidad para no caer en sus trampas con la finalidad de cerciorarnos de que efectivamente hemos hecho un Análisis del Discurso y no otra cosa. En síntesis podemos apuntar que no es hacer análisis del discurso:

“Resumir, asumir una posición determinada, encontrar rasgos concretos entre los datos con técnicas bien conocidas, organizar citas, no es analizar. Cuando un analista descubre algún discurso o constructo mental de forma circular, o cuando maneja la información como si estuviese frente a una encuesta, tampoco está produciendo análisis. [...]... el análisis implica un compromiso cercano con los textos o transcripciones propias, y con el conocimiento necesario para ver los significados en éstos a través de un trabajo reflexivo y técnicamente sofisticado.” (Antaki, C. et all. 2003: 30-31).

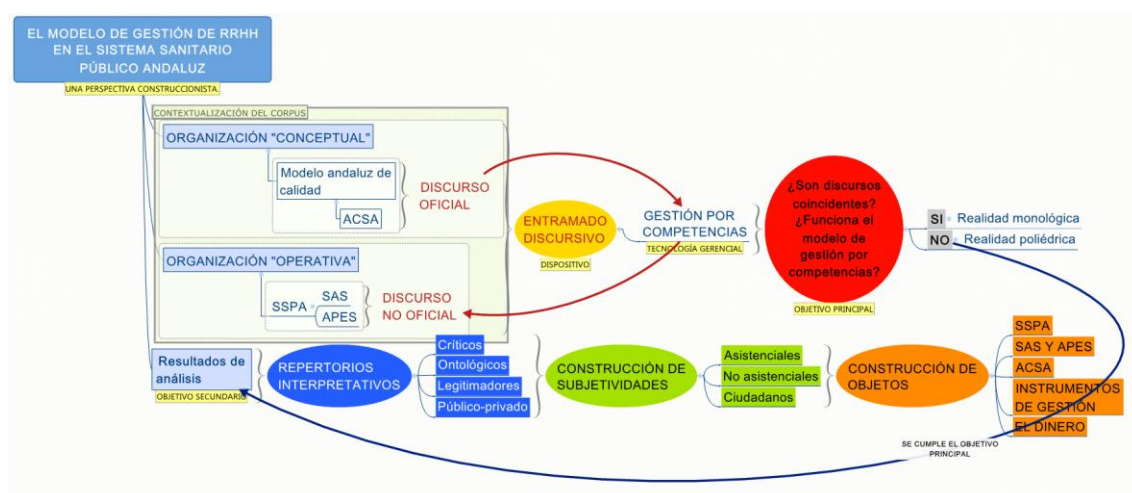
Así, una vez identificados y codificados los distintos extractos textuales comenzamos el análisis del discurso propiamente dicho. Esto es, los fuimos agrupando en distintas categorías para llegar a los repertorios interpretativos, nuestra unidad básica de análisis. Para ello nos apoyamos en los conceptos interconectados de función, construcción y variación propuestos por sus autores (Wetherell y Potter, 1996). Dicha tarea analítica supuso una toma de decisiones constante sobre qué hace un determinado texto y dónde encuadrar su función. Se fueron creando esquemas de categorías que fueron modificados una y otra vez hasta que, finalmente, conseguimos una estructura que nos satisfizo en tanto era capaz de ofrecernos una explicación discursiva de nuestro problema de estudio y que cumplía con los requisitos de los objetivos propuestos. Dimos por finalizada dicha estructura en cuanto ha recogido la totalidad de las variaciones del lenguaje identificadas. Por último, afinamos nuestro análisis caracterizando los distintos sujetos y objetos que aparecen dentro de los repertorios para apoyar sus funciones. Se trata esto último de una especie de “análisis del análisis” para terminar de profundizar en la comprensión del corpus tal y como proponíamos en nuestro objetivo secundario.

De todos modos, en un análisis del discurso es complicado encontrar el equilibrio perfecto entre los criterios de calidad a que hemos hecho referencia, si bien, hemos intentado que así sea. Al respecto, aclaramos que en la presentación de resultados que vamos a realizar en el apartado siguiente, hemos ido insertando distintos extractos de conversación a modo de ejemplos, pero nada cambiaría si no los incluyéramos. Queremos decir con esto que la función de estos extractos es meramente expositiva, no pretendemos en ningún caso apuntalar cada afirmación realizada en dicha exposición con un extracto del corpus. Esta tarea, además de no aportar nada nuevo a lo que vamos a decir, alargaría más de lo aconsejable la extensión de tales resultados.

Entendemos que en el análisis del discurso llega en un momento en que hay que trascender el corpus recogido siendo los resultados obtenidos un “producto” de investigación diferente, en tanto son fruto del trabajo analítico que se ha realizado con los datos, así como su interpretación por parte de los investigadores. De la misma forma que en un análisis cuantitativo se podrían presentar tablas y gráficos, el propio texto que presentamos en el siguiente apartado es fruto y resultado directo del trabajo realizado, por lo que debe entenderse en el mismo sentido. En tanto investigadores nos convertimos en sujetos enunciadores de la problemática que ha dado lugar a este trabajo.

Hecha esta aclaración, pasamos a presentar gráficamente, a modo de síntesis, lo que ha sido el diseño de investigación y los principales resultados obtenidos:

5.2 Gráfico 2. Diseño de investigación y principales resultados¹⁶.



En total, como podemos observar en el gráfico, agrupamos las codificaciones iniciales en tres grandes repertorios interpretativos y un llamado pseudo-repertorio público-privado. De estos repertorios surgen, a su vez, tres construcciones diferentes de subjetividades y cinco construcciones de objetos. Sin más dilaciones, pasamos a presentar los resultados de análisis.

6 RESULTADOS DE ANÁLISIS.

6.1 REPERTORIOS INTERPRETATIVOS.

¹⁶ Elaboración propia.

Como decimos, hemos identificado un total de tres grandes repertorios interpretativos, agrupados, para facilitar su descripción, según la función general que realizan. Además, identificamos un repertorio o pseudo-repertorio) que hemos denominado como “emergente”, ya que se encuentra presente de forma transversal en las argumentaciones que utilizan los anteriores. Describimos a continuación los principales argumentos que sostienen, para lo que haremos referencias constantes a ciertos tropos y/o elementos retóricos que han sido utilizados en su enunciación (y que hemos entrecomillado a lo largo del texto) aclarando, en algunos casos, ciertos aspectos sobre su utilización. Estos han dado forma a las funciones que, hipotéticamente, les hemos asignado.

6.1.1 CRÍTICOS.

Asignamos a este primer conjunto discursivo la función general de socavar el actual modelo de calidad y gestión por competencias en lo que concierne a la función asistencial de sus profesionales, de modo que la versión "oficial", donde se presenta como un objetivo y justo asignador de recompensas individuales y colectivas, es puesta en tela de juicio. ¿Tendría sentido la implicación del personal con un modelo al que se le atribuyen tales consecuencias? La respuesta a esta pregunta nos lleva a identificar otra función anclada en la anterior: la exoneración de los trabajadores ante su (posible) falta de compromiso e interés con el sistema (ver E1-2). Ambas funciones se consiguen describiendo la organización como un “sistema político-ideológico” que responde a los intereses de la Administración y de sus responsables, tal y como se mantiene desde “la subjetividad” y el “amiguismo-favoritismo”, elementos ampliamente utilizados para explicar la arbitrariedad con que se ponen en práctica sus procesos asociados. De este modo, la “injusticia” aparece como la principal característica definitoria del modelo de gestión por competencias.

Las connotaciones negativas que suelen asociarse con lo subjetivo lo convierten en mala compañía de todo conocimiento que quiera ostentar la condición de científicidad, por lo que no deberá estar presente en ninguna forma de comprensión y/o praxis asociada, tal y como se propugna desde los principios del positivismo propio de las ciencias naturales, los que rigen la "verdadera ciencia". De este modo, podemos estar de acuerdo en que al atribuir características subjetivas a un modelo gerencial, no se busca otra cosa que la de denostarlo. Por tanto, la génesis y límites de la subjetividad como elemento descriptor de la realidad no quedan circunscritos exclusivamente al entorno del sistema sanitario.

La subjetividad como argumento se utiliza, entre otras cosas, para presentar el modelo de gestión como “un gigante con pies de barro” al no basarse en un “auténtico análisis – o diagnóstico- de necesidades” que sí que ofrecería una "radiografía exacta" desde donde erigir sus principales objetivos estratégicos. De este modo, se nos ofrece la descripción de un sistema gerencial de efectividad dudosa que no es capaz de transformar ni de afectar a su práctica diaria, quedándose en mera retórica gerencial que nada cambia, una "moda pasajera" que aparece con fuerza para desaparecer inesperadamente una vez constatada su ineffectividad, manteniéndose después de todo las mismas prácticas de antaño. En este sentido, un representante sindical de una agencia pública empresarial sanitaria nos describe el proceso de acceso a la carrera profesional del siguiente modo:

“...a mí me hace mucha gracia porque antiguamente nos acordamos de los trienios, quinquenios, etcétera, y esto es una manera (risas) de continuar con lo

mismo porque en el fondo el único criterio que se tiene en cuenta es el tiempo trabajado, te pago y adiós...” (E1-1)

Subjetividad y relativismo están íntimamente relacionados, es decir, si todas las versiones de los hechos son igualmente válidas, no dispondremos de criterios claros y definidos para evaluar y poner en marcha los procesos de recursos humanos, quedando su implantación a merced de criterios ambiguos elegidos al libre albedrío del responsable directo de cada proceso. Es decir, el sistema no es capaz de ofrecer un modelo evaluativo dependiente únicamente de la capacidad y mérito personales. El argumento principal asociado al amiguismo-favoritismo como elemento retórico se podría definir del siguiente modo: unas buenas relaciones con el poder, del tipo que sea, siempre van a reportar beneficios al trabajador. Así de tajante se pronuncia al respecto una delegada sindical cuando le preguntamos su opinión acerca de la existencia de favoritismos para aquellos trabajadores afines a los puestos de poder:

“...pero es que eso es así, y es así, lo hemos vivido así y lo seguimos viviendo así, gente que sabemos que comete injusticias de forma fehaciente y que están llamadas a juzgados y que están,... y aun así, siguen recompensados por la empresa, entonces claro, al trabajador base no le gusta eso, dice, vamos a ver, yo me voy a pringar... es que al final desgastan al bueno...” (E1-2)

La subjetividad y el amiguismo proporcionan, como decimos, descripciones devaluadoras del sistema de gestión de personal, siendo la evaluación del desempeño profesional la peor parada, al ser descrita como completamente arbitraria, mientras que el resto de procesos relacionados con el desarrollo como la formación, la acreditación de competencias y la carrera profesional, se explican desde argumentos ligados con su inaccesibilidad. Se atribuye a la Administración una aparente falta de interés por difundir y extender el sistema a todas las categorías profesionales aduciendo a una carencia de infraestructura humana, logística y económica que imposibilita la puesta en marcha de la enorme arquitectura burocrática necesaria para que cualquier trabajador pueda acreditar sus competencias. Además, dichos procesos son caracterizados por la laboriosidad que entrañan, así como por las dificultades inherentes a la falta de conciliación de la vida profesional con la personal, exceptuando a los directivos y responsables cuyas ventajas asociadas a sus cargos les facilita la tarea, tal y como señala la siguiente delegada sindical:

“... depende de en qué servicio trabajas, tienes más acceso o menos acceso, y ahora mismo la gente que lo está consiguiendo es gente... o que no tiene niños, o que está muy puesta, gente que se dedica mucho a esto y que tienen cargos, sobre todo los que tienen cargos. No tienes apoyo de la Administración.” (E10-1)

Los procesos de selección, por su parte, se constituyen como sistemas de homogeneización de “personalidades” donde se “criba” a los trabajadores de acuerdo a los principios político-ideológicos atribuidos al sistema, tal y como nos comenta el siguiente médico en uno de los grupos de discusión al respecto de su participación en una OPE (Oferta Pública de Empleo) donde se utilizó por primera vez una evaluación de competencias profesionales basada en un cuestionario tipo test:

“yo creo que lo que buscan es un perfil no discordante dentro de la orientación ideológica que tiene la Administración...” (E6-1)

Tal homogeneización es explicada aludiendo al tipo de conocimientos valorados y legitimados por el sistema. De este modo nos encontramos, por un lado, con aquellos que podríamos denominar como "técnicos", propios de disciplinas sanitarias ya instauradas, no suponiendo conflicto alguno por su amplia aceptación. Asimismo, son considerados como necesarios, estando respaldados por los propios trabajadores y la comunidad científica. De hecho, se presentan como los únicos cuya evaluación no da lugar a equívocos, ya que producen respuestas verdaderas y falsas en tanto no cabe interpretación posible. Por otro lado, nos encontramos con conocimientos y técnicas recientes que poco a poco se han ido haciendo hueco en las prácticas de gestión. Nos referimos a aquellos de corte "psicológico" relacionados con los componentes más actitudinales de las competencias, y que algunos autores han calificado como "tecnologías de poder" -Rose (1998), siguiendo a Foucault-. Aquí es donde aparece la esencia del problema, ya que son descritos como superfluos, subjetivos, difícilmente valorables y, en definitiva, adscritos a unos determinados intereses organizacionales, reconociéndose el excesivo peso que tienen en los procesos de selección.

6.1.2 ONTOLÓGICOS.

Si el anterior repertorio socava la versión oficial del sistema el ontológico, paradójicamente, van a preservar parte del mismo. Como decíamos, los críticos no atacan su totalidad, solo algunos aspectos relacionados directamente con la profesionalidad de los trabajadores, por lo que quedan elementos que pueden salvarse de la quema, y aquí es precisamente donde reside la principal función ontológica: poner a salvo tanto la filosofía del modelo de calidad como a sus ideólogos, además de la implicación de los trabajadores base con el sistema. Esto se consigue presentando como positivo, e incluso como deseable, el ideario del modelo, es decir, intentando ver lo bueno que tiene más allá de sus posibles fallos. Se alude a la bondad de una filosofía pervertida por las malas prácticas denunciadas en gran parte por los críticos, cuya corrección conllevaría un justo y compartido sistema de gestión. Incluso, las descripciones más duras reconocen que "la idea es buena", si se exceptúan aspectos tales como la presencia de incentivos económicos que desvían a los trabajadores de su propio desarrollo profesional, la excesiva dificultad y burocracia de la acreditación de competencias, la falta de criterios claros de evaluación, etc. En definitiva, los argumentos mantenidos desde este repertorio lo que hacen es sacar los puntos negros del núcleo de la filosofía del sistema. Vemos, por ejemplo, cómo la siguiente enfermera nos describe su proceso de acreditación y acceso a la carrera profesional, aludiendo tanto a la bondad de sus principios como al reconocimiento de su ineficacia:

"Un poco, ya te digo, yo creo que en principio la idea es buena, pero luego todo por el camino se va pervirtiendo, por eso, ni nosotros mismos estamos convencidos de que eso sirva realmente para algo y lo haces por tema económico, porque, yo que sé, a lo mejor otras personas sí, pero yo no me siento mejor enfermera por haberme acreditado, es que sigo trabajando en lo mismo, sigo haciendo lo mismo, las mismas cosas y de la misma manera, no ha cambiado en nada ..." (E19-1)

Las funciones ontológicas se consiguen manteniendo descripciones basadas en los argumentos proporcionados por el "humanismo" y la "evolución". La descripción humanista establece una ontología del trabajador (básicamente asistencial) donde destaca su alta motivación hacia el conocimiento, la persona y los valores humanos en sí mismos, por lo que, ante tales atributos, la preocupación gerencial por el uso de algún

tipo de incentivos -y mucho menos si estos son económicos- que busquen su compromiso con los principios de la calidad pasaría a segundo plano. El trabajador, por tanto, adopta una predisposición natural hacia su desarrollo personal y profesional, más allá de cualquier recompensa, de modo que es esta actitud la que merece ser salvada. Tales características se encuentran envueltas en un cierto halo filantrópico hacia la persona, que en su condición de ciudadano se le debe un respeto, un trato humano y cercano, ya que son merecedores de recibir la mejor "calidad" asistencial posible. Cuando se alude al desarrollo, según los anteriores argumentos humanistas, lo económico pierde sentido convirtiéndose en algo accesorio. En la siguiente declaración realizada por una técnica de selección de una agencia empresarial, se utiliza la anterior argumentación, ligando el desarrollo a valores humanos más allá del materialismo económico:

"El sistema de desarrollo, no solamente conlleva la parte económica, o por lo menos es lo que nosotros en recursos humanos creemos y lo que le decimos a la gente, o sea, nunca empezamos a hablar de acreditación de competencias, hablando de carrera profesional que es donde está el dinero, sino que hablamos de desarrollo, un desarrollo, algo más humano..." (E11-1)

Las malas prácticas aparecen como un hecho constatado y connatural, como apuntábamos, que el humanismo se encarga de aislar para que en ningún caso sean atribuibles a la condición más profunda del trabajador. Es verdad que existe el amiguismo y el favoritismo, pero la mayoría de los trabajadores están ahí por derecho propio, son capaces de superarse y alcanzar metas profesionales a raíz de su esfuerzo, siguiendo los firmes postulados de una ética de la excelencia. En la siguiente declaración, una enfermera describe la existencia de favoritismos como algo natural, pero señalando al esfuerzo personal, característica del verdadero trabajador humanista, que lo salvaría de una atribución de nepotismo que socavaría la forma de adquisición de sus méritos personales:

"En este y en todos lados, y te lo digo por experiencia, vamos, quién te diga a ti que no, eso es mentira, en todos sitios el que tiene padrino llega, y la mayoría, pues llega a base de esfuerzo." (E18-1)

El humanismo defiende, como vemos, el desarrollo personal y profesional como una necesidad vital de los sujetos, argumento al que se une la evolución, incorporando un nuevo e importante elemento discursivo: el crecimiento. Así, la evolución nace del núcleo del humanismo, dándole forma y moldeando sus preceptos, es decir: los esfuerzos realizados en aras del desarrollo han de ser constantes y estar en continuo crecimiento hacia cotas cada vez de mayor complejidad.

De este modo, hablaríamos de estadios o etapas como hitos a alcanzar en la linealidad evolutiva desde la que se explica el desarrollo. Este continuo avance evolutivo hace dialécticamente imposible hablar de tan siquiera la posibilidad de retomar modelos de gestión pasados "tradicionales" (ver E11-5), el objetivo es el crecimiento por el crecimiento como necesidad biológica inevitable.

6.1.3 LEGITIMADORES.

Al contrario que los críticos, este nuevo grupo discursivo-argumental trata de legitimar la versión oficial del modelo presentándolo como un sistema objetivo, fiable, eficaz y eficiente, con una apuesta decidida hacia la calidad y orientación al paciente, para lo que cuenta con personal altamente cualificado y auto motivado en la consecución de sus objetivos estratégicos. Una organización objetiva es una organización racional, compleja y bien engranada, donde todo funciona a la perfección, como un mecanismo de relojería donde nada queda a la improvisación o al azar. Tal descripción goza de una gran legitimidad en tanto integra los postulados que defiende la Nueva Gestión Pública.

La anterior función emerge fruto de la articulación de distintos argumentos, como el proporcionado por la objetividad, rechazando cualquier tipo de explicación subjetiva del sistema. Podemos observar al respecto las declaraciones de uno de los técnicos de selección y formación cuando señalamos la posible subjetividad inherente a la medición del componente actitudinal de las competencias:

“Vamos a tratar de no hablar de subjetividad [...]

¿Por qué me dices antes de no hablar de subjetividad en...?

Pues porque es una herramienta, la herramienta es objetiva; subjetiva sería si cada uno entendiésemos una cosa por orientación a resultados, por trabajo en equipo, o por mejora continua, pero como esto se define y se crean unos indicadores, o sea, en el tema de las actitudes, al estar definidas...son objetivas. Están escritas y todo el mundo entiende qué es la orientación a resultados” (E11-2)

Todo proceso de gestión susceptible de ser descrito como subjetivo y ambiguo será automáticamente "objetivado" recurriendo a métodos y técnicas cuantitativas, es decir, propiamente positivistas. La información en forma de datos cualitativos (subjetivos) serán convertidos en cuantitativos y numéricos (objetivos), de forma que sean fácilmente administrables, adquiriendo así su estatus técnico-científico. La directora de una agencia empresarial describe de la siguiente forma la medición de actitudes cuando, al igual que con el anterior informante, le preguntamos sobre la posible dificultad de su medición, esquivando la subjetividad del siguiente modo:

“... al final lo que nosotros intentamos es medir las actitudes, pero medirlas en, en cuestiones que sean objetivables, por ejemplo... nosotros lo que hacemos es que observamos esas conductas como se reflejan al final en las prácticas de los pacientes y así intentamos hacernos una idea para convertir algo que es...subjetivo, convertirlo en algo objetivo ...” (E3-1)

La lógica gerencial-positivista, descripción basada en la objetividad, podría ser sintetizada en la siguiente frase: lo que no se puede medir, no se puede gestionar, jugando también un importante papel a la hora de salvarse de las atribuciones de subjetividad realizadas por los repertorios críticos, de forma que lo cuantificable mediante valores numéricos será el único método plausible capaz de garantizar la objetividad por sí misma. Si hablamos de números, hablamos de validez, de conocimiento puro en que basar unas correctas y legítimas decisiones de gestión, de lo contrario, estaremos especulando, tomando decisiones a la deriva. El siguiente extracto perteneciente a un médico sobre su experiencia en la participación en un proceso de

evaluación del desempeño es bastante ejemplificador al respecto, quedando la objetividad defendida en tanto se refiere a números:

“...casi todo fue muy objetivo, es decir, eran números y ya está, los cursos que habías hecho, el número de sesiones clínicas, si habías ido a sesiones, es decir, que en realidad fue muy objetiva...” (E17-1)

Las decisiones gerenciales serán justificadas y validadas como fruto de un sistema experto fundamentado en una tecnocracia incuestionable que entiende la realidad organizativa como una compleja red de relaciones causa-efecto a cuya esencia sólo es posible acceder desde su sistema de conocimiento, el único posible y viable. Así, las críticas de los trabajadores de base al sistema son explicadas por parte de los directivos, responsables y técnicos en los anteriores términos, tal y como podemos ejemplarizar en el siguiente extracto cuando preguntamos a los técnicos de recursos humanos por las razones en que se basan algunos trabajadores para criticar el sistema:

"Por desconocimiento de, de la forma de trabajo... Porque a veces ni ellos mismos saben cuál es la forma [...] Yo lo tengo muy claro. Hemos tenido que desgranar aquí, gracias a que la unidad tiene, está lleno de gente que sabe de esto, no, no es que sea mi caso, pero mis compañeras son todas psicólogas, saben de gestión por competencias bastante y, además, de recursos humanos también, pues al final a base de leer Manuales y de trabajar muchísimo llegas a desgranarlos, cuando te incorporas al puesto... [...] Es muy complicado" (E11-3)

Otro importante argumento discursivo utilizado para apoyar las funciones anteriores es el de “la participación”. En las actuales sociedades democráticas, la participación goza de una gran valoración social y ética, sobre todo si atañe a los asuntos públicos. Un hecho será descrito como legítimo si ha sido gestado de forma participativa, con independencia de cualquier otro criterio. Aquí se encuentra la fuerza discursiva de este elemento retórico, la participación legítima cualquier actuación operando como un criterio de validez con derecho propio: todo aquello que sea participativo se convierte automáticamente en positivo y deseable. Este argumento explica distintos aspectos organizativos, si son participativos, son buenos, en cambio, todo aquello que se quiera socavar será descrito como no participativo. La Administración realiza grandes esfuerzos en este sentido, a la hora de presentar los distintos "productos gerenciales" del sistema (manuales de competencias, planes estratégicos, etc.), enfatizando la naturaleza participativa de su gestación. Podemos destacar el siguiente extracto del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz 2010-2014 donde se presenta la triada ciudadano-profesional-organización como una perfecta alineación de intereses en tanto responde a principios participativos:

"A medida que crece el espacio de relación y se afianzan los valores compartidos entre el ciudadano, cada día más dueño de sus decisiones e implicado en su salud, y el profesional, con un mayor nivel de autonomía y responsabilidad, entraremos en una nueva etapa de mayor madurez organizativa donde la organización sanitaria se hace más horizontal y participativa y la gestión por valores se convierte en un eje para la convergencia de los intereses de todos los actores que forman parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía." (VV.AA.: 2010c)

Por último, hemos constatado la presencia del denominado repertorio empirista descrito por Gilbert y Mulkay, caracterizándolo por utilizar los recursos descriptivos propios de la ciencia positivista: impersonalidad gramatical, primacía de los datos y reglas procedimentales universales (Potter, 1998: 196-197). En nuestro caso, su uso descriptivo ha funcionado como elemento coadyuvante dentro de los distintos recursos utilizados para construir la legitimidad del sistema. En el siguiente extracto comprobamos cómo el personal técnico recurre a un símil perteneciente a las ciencias naturales para explicar de qué modo operativizan el concepto de competencias en el caso concreto de la formación:

"No se puede, los tienes que segmentar para poder trabajar, es como cuando te metes en el laboratorio y tienes que sacar moléculas y átomos, pues con esto pasa igual" (E11-4)

En definitiva, desde los anteriores argumentos, la evaluación del desempeño es entendida como un proceso justo y objetivo en tanto utiliza instrumentos fiables y consensuados, por lo que las posibles discrepancias sobre su mala utilización se achacan a los responsables de su ejecución. La selección realiza su función con completa precisión, buscando a los mejores candidatos, técnica y actitudinalmente, ya que es realizada por profesionales "expertos". Los procesos de desarrollo, por su parte, se explicarán como legítimos, objetivos y justos, ya que se encuentran auditados externamente por la Agencia de Calidad Sanitaria, síntoma inequívoco de objetividad y rigor, de modo que accederían y se acreditarían los mejores, con independencia del puesto de trabajo que ocupen.

6.1.4 EMERGENTES.

Hemos denominado al recurso lingüístico "público-privado" como "emergente", ya que ha sido utilizado de modo transversal en tanto elemento de apoyo argumental a las funciones de los repertorios interpretativos que acabamos de describir. La función que le atribuimos es tanto la de legitimar/deslegitimar el sistema a conveniencia, según sea este descrito desde las atribuciones con suele concebir lo público y lo privado. Mientras que lo público (en el sentido filosófico-conceptual) suele asociarse con adjetivos que lo definen como universal, gratuito, accesible, igualitario, profesional, etc., lo privado se relaciona con términos como su énfasis en la eficacia y eficiencia, concepción del paciente como cliente, su ánimo de lucro, elitismo, etc. Ambas conceptualizaciones se encuentran ancladas en nuestro bagaje cultural, como podemos observar, por ejemplo, en el siguiente extracto perteneciente a la directora de un centro hospitalario cuando le preguntamos por las diferencias que encuentra entre lo público y lo privado:

"entonces lo que te dicen los ciudadanos es que acuden a lo público cuando son razones importantes de salud, o sea, cuando es una enfermedad que a ellos les preocupa, que piensan que se puede complicar, que piensan que requiere de un cirujano o de una máquina experta, entonces vienen a lo público, y vienen a lo privado cuando lo que valoran más, por encima de eso, son las cuestiones del acompañamiento, de la hostelería, de la habitación..." (E3-2)

Su función legitimadora o no, dependerá casi exclusivamente del contexto discursivo en que sean desplegadas tales características, ya que, en principio, las diferentes atribuciones que se hacen a uno u otro modelo no son positivas o negativas por sí mismas. En ciertos momentos, el sistema será denostado aludiendo a descripciones

propias de lo privado como su poca sensibilidad social al no ser gratuito ni universal, pero igualmente podrá ser defendido desde los mismos argumentos al concebirlo como más respetuoso con la intimidad del paciente. En el extracto anterior podemos inferir una defensa de lo público, ya que se relaciona con causas serias que “verdaderamente” preocupan a los ciudadanos.

En cuanto al modelo gerencial, nos encontramos igualmente con adjetivos normalmente relacionados con lo público y lo privado: ineficacia vs. eficacia, ineficiencia vs. eficiencia, o transparencia vs. opacidad, por ejemplo, apareciendo las Agencias Públicas Empresariales y el Servicio Andaluz de Salud como ejemplos de ambos tipos de gestión, las primeras como modelos basados en una lógica gerencial de mercado y el segundo como representante de la gestión netamente pública. Si bien en el corpus ambos forman parte del sistema sanitario público en cuanto a su concepción filosófica de referencia, no describiéndose ningún tipo de incoherencia al respecto. En el siguiente extracto perteneciente a un técnico de una agencia cuando nos explica sus diferencias, podemos observar perfectamente cómo utiliza y defiende un discurso gerencial ligado a los preceptos de la Nueva Gestión Pública en contraposición con el sistema público "tradicional", pero defendiendo el modelo filosófico-conceptual público, al igual que en el anterior extracto.

"una cosa que, que es básico tener en cuenta, que somos agencias públicas, que el hecho de diferenciarnos del resto del sistema sanitario es por algo. [...] Se pretende ir por delante, se pretende hacer el sistema más eficiente y hacerlo también de una forma más orientada a la ciudadanía, por lo menos esa es mi forma de ver, una forma de hacer gestión pública ¿no?, tu lo puedes hacer de la forma tradicional, que es un modelo, eh..., en quiebra, que se ha demostrado y que es un modelo insostenible el de la Administración pública en cualquiera de sus ámbitos, o lo puedes hacer a través de nuevas técnicas de gestión, y las empresas públicas son una nueva técnica de gestión, por eso quizás haya más, más conciencia sobre estos modelos estratégicos" (E11-5)

6.1.5 CONSIDERACIONES FINALES.

Los anteriores conjuntos discursivos son coherentes y consistentes en cuanto a los argumentos que utilizan y a las características de los sujetos y objetos que sustentan. Cuestión bien distinta es cómo se han utilizado por los agentes enunciadore. En las entrevistas realizadas hemos constatado cómo recurren a uno u otro según el efecto discursivo que quisieran conseguir (consciente o inconscientemente). Vamos a esbozar a continuación algunas aclaraciones generales sobre cómo han sido utilizados por los grupos de interés (indexicalidad), así como su posible anclaje en lugares de enunciación externos (intertextualidad) y sus implicaciones en el mantenimiento del actual "statu quo".

Con respecto al contexto de enunciación, podemos afirmar cómo, si bien la práctica mayoría de los repertorios han sido utilizados más allá de su pertenencia a un grupo de interés u otro por los diferentes sujetos, los críticos se han desplegado con sumo cuidado. Es decir, su utilización ha venido precedida de elementos retóricos del tipo "yo creo", "yo pienso", etc., minimizando las consecuencias negativas que iban a ser descritas a continuación todo vez que se atribuían a la propia percepción personal de los hechos y no a una afirmación rotunda. No obstante, los sindicalistas y algunos trabajadores de base han sido, muchas veces, los más contundentes a la hora de realizar

tales descripciones críticas en contraposición con los tecnócratas y responsables debido, desde nuestro punto de vista, a la incoherencia que supondría para estos últimos su alineación con discursos que socavan los intereses del sistema, ya que al fin y al cabo son los que defienden y mantienen como grupo. Los legitimadores y ontológicos han sido utilizados sin tantas cortapisas. Es más fácil estar en consonancia con la versión oficial del sistema que estar en contra en un contexto discursivo como el de una entrevista de investigación, más si, por ejemplo la versión legitimadora alude a la justicia de un sistema gerencial que opera bajo principios tecno-científicos y, por tanto, no ideologizados. Es decir, más hegemónicos.

Como decíamos al principio, los discursos son producto de autorías múltiples, muchas veces externas al contexto discursivo de referencia en que son utilizados. Así, por ejemplo, podemos establecer el anclaje de los críticos en la actual crisis de la política y los políticos como gestores gubernamentales e institucionales. Está claro que todas las organizaciones tienen un marcado carácter político, pero lo que atacan estos repertorios críticos es la incursión de lo que viene siendo la política tradicional en la gestión pública, echando de menos un sistema más objetivo, guiado por otros principios, aquellos que defienden precisamente los legitimadores. Estos, por su parte, utilizan la buena prensa, gerencialmente hablando, de la Nueva Gestión Pública y la lógica positivista para legitimar -valga la redundancia- de forma incontestable sus actuaciones.

La instauración ontológica de la ética de la excelencia como valor de mercado y condición más profunda del trabajador postmoderno abocado a un continuo proceso de desarrollo y evolución, no es ni criticada ni puesta en duda en el actual y competitivo mercado laboral donde sólo triunfan, o acceden, los mejor preparados, o los más competentes siguiendo la línea discursiva oficial.

Por último, y atendiendo a las consecuencias que los anteriores repertorios tienen para el "statu quo" de los grupos de interés, podemos señalar cómo desde los críticos los trabajadores asistenciales son descritos como sujetos pasivos siendo descritos como "víctimas" directas de un sistema (político) ante el que se encuentran indefensos, por lo que no tienen otra opción que aumir su situación desde el más completo estoicismo. Mientras, los responsables y directivos, en tanto "ejecutores de sentencias" se presentan como sujetos activos y decisores, injustos e incapaces de regirse por criterios objetivos. Los técnicos y tecnócratas por su parte serán salvados por los ontológicos en tanto portadores de buenas intenciones, aunque luego sean pervertidas en la práctica por distintos factores que no atañen a la extraordinaria capacidad de desarrollo de los trabajadores de base. Los legitimadores vendrán a establecer un sistema jerárquico donde los responsables se alejan de cualquier atribución de subjetividad política, entendiéndose como evaluadores, sancionadores y guías de una masa de trabajadores a gestionar mediante métodos participativos, atendiendo a un sistema tecno-científico, racional y complejo que sólo ellos y los técnicos son capaces de desgranar, de ahí la condición de "guías" de los primeros. En el siguiente apartado, nos vamos a ocupar con más detalle de las consecuencias de los repertorios identificados en la construcción de las subjetividades relacionadas con el SSPA.

6.2 DISTINTOS DISCURSOS, DISTINTOS SUJETOS

Presentamos a continuación las tres categorías de sujetos más relevantes identificadas dentro del corpus, para lo cual sintetizamos las descripciones utilizadas en su construcción desde los repertorios identificados en el apartado anterior.

La primera de nuestras categorías se compone de aquellos trabajadores cuya principal tarea es la de prestar asistencia sanitaria directa, en adelante, nos referiremos a ellos como “trabajadores asistenciales”. La segunda, incluye a los que no realizan asistencia sanitaria, sino que se dedican a labores de gestión en diferentes niveles jerárquicos, serán los “trabajadores no asistenciales”. Ambas categorías han sido enunciadas de forma activa y directa ya que han estado presentes en la constitución del corpus como participantes de las entrevistas.

La tercera, y última, abarca a los usuarios del sistema de salud, conformando lo que podríamos entender como la “ciudadanía”. La particularidad de este grupo es que ha sido construido de forma indirecta al encontrarse ausente en la conformación del corpus, cuestión que no lo exime de realizar importantes funciones discursivas. Su incorporación a escena se realiza a través de las descripciones de los primeros, mediante la utilización de recursos retóricos como la expresión activa¹⁷ (Potter, 1998: 206-207).

6.2.1 ASISTENCIALES

Esta categoría cobra un especial valor para el análisis, al tratarse de los trabajadores encargados de realizar la función más importante del sistema: la prestación del servicio sanitario. Se trata del servicio último de la cadena de valor organizacional al estar en contacto directo con los ciudadanos.

Los repertorios críticos presentan el sistema como injusto, subjetivo, sesgado, arbitrario e incapaz de proporcionar criterios fiables para la evaluación de competencias profesionales, de ahí que asignáramos a esta descripción la función de socavar el modelo de calidad desde su base. Al presentar el sistema de gestión de este modo, exonera a los trabajadores ante su falta de implicación y participación, ¿cómo no hacerlo ante un sistema así? La inactividad y el estoicismo de los trabajadores se convierten en la única respuesta plausible ante tal situación.

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

17 Consistente en incluir en la conversación fragmentos de citas de otras personas que no se encuentran presentes en el momento de la enunciación, de modo que se ofrezca cierta corroboración a los hechos que se están presentado.

prestado. En este sentido se habla del “enfermero informático” como el modelo ideal de trabajador.

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

“Desde unos años atrás, se ha formado una nube borrascosa de burocracia en toda la Administración: planes de calidad, panfletazos, y dices, bueno..., y ¿esto para qué?... se ha creado una nube, cuando antes eras auxiliar, enfermero, médico y el director, y ya está... y se trabajaba. Ahora ya estamos abajo, ahora influye todo, lo que diga la familia del paciente, todo lo que diga el paciente, todo lo que te digan tus supervisores que dice el paciente que dice, y se ha creado ahí una nube de burocracia donde se ha metido una cantidad de gente que no se sabe ni cómo ha entrado ahí, que nada más que da por saco, así de claro, da por saco y no deja ni trabajar, así de claro es...”(E5-1)

Los repertorios ontológicos realizan una doble distinción sobre estos sujetos asistenciales: los que apuestan por los valores del humanismo, motivados hacia su formación y desarrollo más allá de cualquier incentivo material, del tipo que este sea, y, los que participan en el sistema por los beneficios económicos que les pueda acarrear. Los primeros van a disfrutar de una mejor consideración ética que los segundos, debido –en gran medida- a la mayor hegemonía y valoración social del discurso humanista, no queriendo esto decir que los segundos sean atacados. Si no participan del humanismo no es porque no comulguen con sus valores –a priori a todo el mundo se les reconoce estos valores- ni por su falta de buena voluntad, sino por una mala gestión cuyas indeseables consecuencias los aboca a la desmotivación y hastío perpetuos, de ahí que, como hemos visto en el punto anterior, se les exonere.

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

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

“En el Servicio Andaluz de Salud, los que son más mayores, están menos motivados, no tienen ganas de hacer nada, la mayoría, hay muchísimos que están a punto de jubilarse y van a pasar el rato y no, no encuentras los mismos ánimos a la hora de trabajar, ni de ponerse al día con los conocimientos, aunque también hay gente joven, pero tienen otra forma de tomarse el trabajo [...] gente que reniega por cambiar el folio, por todo...” (E8-1)

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

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

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

de intercambio de conocimientos de innovación permanente.". De este modo, los trabajadores han de estar dispuestos a realizar los esfuerzos necesarios para aumentar su propio desarrollo profesional, mientras que la organización tiene el compromiso de "...dar respuesta a sus necesidades y expectativas para potenciar al máximo su desarrollo profesional..." (VV.AA., 2010c: 4-5).

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

6.2.2 NO ASISTENCIALES

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

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

Disfrutan, de toda una serie de puestos y cargos de gran responsabilidad y poder dentro de la organización, así como de los beneficios asociados a los mismos. Tales puestos son creados expresamente para ser ocupados por estos trabajadores, cuestión que se explica aludiendo a la progresiva burocratización de la estructura organizativa (la misma a la que antes se referían los críticos para cuestionar el profesionalismo de los asistenciales). No se busca una mejora en su funcionamiento, sino generar más funciones asociadas a la administración y gestión del sistema que, posteriormente, serán asignadas a los amigos del poder, a sus ideólogos, en forma de nuevos puestos de trabajo. Se crean, así, funciones gerenciales donde antes no las había, siendo completamente superfluas, llegándose a afirmar que, en definitiva, existen más mandos intermedios que trabajadores de base.

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

“No sé si sería mejor que la gestión se hiciese desde el propio centro o desde Sevilla, no creo que cambiase mucho, eh..., y voy a decir una barbaridad

(risas)... no, que mientras sean políticos los que estén disponiendo de ese tipo de cosas, es que al final lo tengo que decir: no pueden, no viven la realidad social que está existiendo en un Hospital de cualquier sitio, me da igual, no miran las necesidades de los hospitales, vamos...” (E5-2).

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

En definitiva, mientras los repertorios críticos se encargan de denostar la función de los trabajadores no asistenciales en tanto sujetos políticos, dejando al margen a los técnicos y tecnócratas (considerados como meros operarios sin ningún tipo de responsabilidad), las descripciones ontológicas van a actuar ocupándose precisamente de establecer las características más intrínsecas y personales de estos últimos. El discurso ontológico funciona a modo general aislando los atributos negativos utilizados por los críticos para socavar la versión oficial del sistema, ensalzando a la vez la bondad de su filosofía. La misma suerte correrán, por ende, sus ideólogos y responsables. No sólo son liberados de toda carga por sus –posibles- malas prácticas, sino que se va a poner en valor su labor, al estar guiada por principios humanistas. Sólo serán atacados en su condición de políticos, como hemos visto.

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

“Estas cosas son las que dan pena, porque seguro que detrás de todos estos proyectos hay mogollón de gente trabajando, mogollón de gente con muchísimas intenciones de mejorar, de valorar, que esto sea estímulo, que tal... y se desvirtúa... llega la realidad y no, no es lo que pretendía ser...” (E1-1).

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

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

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

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

“S1. Tu imagínate que cada competencia puede tener veinte o treinta indicadores, ¿no?, pues ella (técnico) se reúne con los responsables y dice, bueno, lo que nos interesa es medir estos indicadores dentro de esta competencia, ¿no?, luego ya va midiendo, va midiendo, según se manifiesta [...] Y también va..., y corrígeme, porque no tengo

mucha idea pero, eh, de alguna forma vas provocando también que la persona pueda manifestarlo...

S2. Hombre claro, le pones situaciones, por eso es súper importante, les pones situaciones donde se deba manifestar... acción y resultado” (E11-1).

6.2.3 CIUDADANOS

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

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

“El paciente tiene demasiados derechos y pocos deberes, debe ser el centro, está claro, porque sin pacientes esto no tiene sentido, la sanidad no tiene sentido si no hay un paciente, pero es que ahora mismo es el centro absoluto y el que lleva la razón. Vamos a ver, urgencias, la definición de urgencia es todo lo que el paciente considere urgente.” (E2-1)

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

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

La descripción ontológica de la ciudadanía gira en un sentido diferente al anterior. El humanismo que estos repertorios toman por bandera, se encuentra impregnado por un cierto halo filantrópico, siendo precisamente esta característica la que vamos a destacar

aquí, ya que juega un importante papel en esta nueva descripción de los ciudadanos. En este sentido, se va a enfatizar la condición de persona de los usuarios del sistema, siendo merecedores de recibir la mejor calidad asistencial posible. Se deben poner todos los esfuerzos y medios para atender a sus necesidades, cuestión que se convierte en una obligación ética ineludible para todo aquel que se considere un buen profesional sanitario. Los problemas acerca del profesionalismo, más o menos importantes, que puedan tener los trabajadores pasan, entonces, a un segundo plano. La figura de verdugos lejanos desaparece, pasando a convertirse en sujetos a los que se les debe la máxima consideración.

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

“Que el cliente siempre tiene la razón ha sido una frase que yo no comparto, y alguna vez se ha utilizado para el sistema sanitario, el paciente no siempre tiene razón, pero el paciente siempre tiene que estar en el centro de nuestras actuaciones, y cuando digo en el centro no es que sea la estrella, lo que digo es que es nuestro motivo de ser.” (E3.1)

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

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

Tal protagonismo se torna en descripciones que los presentan como sujetos informados y cargados, necesariamente, de derechos, miembros de sociedades complejas y desarrolladas a cuyas exigencias habrán de responder con la mayor premura, eficacia y eficiencia posibles. Como personas informadas que son han de ejercer su derecho a la libre elección con las máximas garantías en un mercado sanitario transparente que así lo

haga posible. Otorgar a un ciudadano la posibilidad de elegir libremente el servicio sanitario que estime oportuno significa atribuirle ciertas capacidades como la autonomía, información, exigencia, etc., que son las que le faculta para ejercer tal derecho. El Plan de Calidad describe la importancia del protagonismo y papel activo de los ciudadanos en la introducción que realiza al apartado donde se ocupa de ellos:

“El papel de los ciudadanos en el ejercicio de su autonomía y participación en las decisiones sobre su salud es no sólo una exigencia, sino también una oportunidad. La construcción de un sistema sanitario más eficiente y seguro, exige generar y compartir con el paciente un entorno de confianza en la toma de decisiones individual y la corresponsabilidad en la utilización de los servicios, compartiendo el conocimiento disponible.” (D3.2)

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

6.3 LAS AGENCIAS "NO HUMANAS"

6.3.1 EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

Las distintas descripciones del SSPA que vamos a presentar a continuación, más allá de sus diferencias intrínsecas, tienen como base común el entenderlo como una macro-organización garante de la sanidad como servicio público. De hecho, es esta condición la que le da sentido y construye como objeto organizacional. Los repertorios desde los que se explica socavan y mantienen ciertos aspectos del mismo, pero sin negar nunca su condición de servicio público.

El repertorio crítico, utiliza descripciones donde lo presentan como una institución de marcado carácter asistencial, es decir, que su objetivo básico no es otro que el proveer asistencia sanitaria, de hecho, gran parte del argumentario crítico enfatiza dicha condición que, por otra parte, se convierte en la espina dorsal del modelo sanitario, donde reposa el sentido de su existencia. Así, el modelo ideal de organización es aquel que adopta la estructura justa y necesaria para llevar a cabo esta importante misión, o por lo menos este debiera ser su objetivo estratégico. La calidad será entendida, por tanto, (al contrario que desde su versión oficial) como la suficiencia, cualitativa y cuantitativa, de medios técnicos y humanos capaces de dar respuesta a las demandas planteadas por la ciudadanía. Toda función gerencial que no tenga relación directa con lo estrictamente sanitario será rechazada de lleno. Nos referimos con esto a las funciones administrativas y gerenciales del sistema, las que además se socavan presentándolas como pertenecientes a disciplinas no estrictamente sanitarias (psicología, economía, etc.). Es decir, lo sanitario solo puede ser gestionado desde disciplinas sanitarias, no en función de conocimientos relacionados con la administración de empresas. Este sistema ha de estar dirigido por profesionales sanitarios, no por tecnócratas ajenos al trabajo asistencial.

Tal concepción de la calidad no es la que existe en la práctica, debido a que el sistema se encuentra “secuestrado” (E18) por unas prácticas gerenciales que responden más al capricho del político de turno que a criterios técnicos y organizativos serios y “reales”, esto es: basados en un conocimiento y prácticas derivadas de las disciplinas clásicas de las ciencias de la salud. El sistema actual se construye así como un entramado montado

“ex profeso”, no para mejorar la sanidad ni la atención al paciente, sino para dar cabida a toda una serie de puestos de trabajo que serán ocupados por la clase política y sus relaciones de poder. El principal mal de los trabajadores asistenciales es la gerencia y/o los responsables en su condición de políticos, por lo que el principal escollo para obtener una organización eficaz, asistencialmente hablando, es la de conseguir la no intromisión de la política en su gestión. En este sentido, la organización es construida como una organización politizada (en el sentido más negativo de la política representativa), un instrumento al servicio de un poder caprichoso y ambiguo, tal y como reconoce la siguiente enfermera de una Agencia Pública al describir el funcionamiento de las acreditaciones de calidad:

"No sé si has visto lo de las acreditaciones que se hacen a nivel del Hospital, acreditan el laboratorio, por ejemplo ¡y te avisan que van a venir a acreditarte! ¿Tu eso lo ves normal? Pero, ¡tú ves normal que avisen! ¡Que avisen para venir...! (RISAS) Es política, directamente, es política, entonces, pues si que hay que cumplir las normas, la normativa que se implanta, pues me parece perfecto, luego ya hay que confiar en la buena voluntad de la gente, ¿no?" (E18-1)

Por su parte, las descripciones ontológicas lo describirán situándolo a la altura de las principales organizaciones sanitarias del mundo, sin ningún tipo de complejo al respecto al disponer de la infraestructura necesaria y sobre todo, de un equipo profesional de primer orden. Además, se plantea como una obligación intrínseca al sistema la de prestar una asistencia sanitaria cada vez mejor adaptada a las necesidades de la población a la que atiende. La sanidad andaluza se encuentra en este sentido en perfecta disposición y forma al haber sabido evolucionar y aprender a lo largo de las décadas. Se trata, asimismo, de una organización capaz de disponer los mejores recursos para facilitar y fomentar el desarrollo de los profesionales con los que cuenta, si bien ha de evitar caer en la complacencia de sus gestores políticos cuyas funciones, al igual que en los discursos críticos, no se consideran necesarias. Estos anteponen sus propios intereses, que nada tienen que ver con el bien común, a la responsabilidad de ofrecer una mejor calidad asistencial. De este modo nos presentan una organización que funciona a expensas de la gerencia política, gracias a su potencial intrínseco para ofrecer lo mejor de sí mismo.

El repertorio legitimador lo explica igualmente como fruto de la evolución de años de aprendizaje, pero incorporando nuevos elementos que apoyan el buen hacer de los trabajadores asistenciales: unas prácticas gerenciales modernizadas que permiten adaptar la organización a los cambios, al igual que hacen las mejores empresas del mercado guiadas por los principios posfordistas de la organización. De este modo, maximizan la eficacia y eficiencia de los procesos organizacionales, lo cuales son definidos y coordinados a la perfección, como si de un mapa de carreteras se tratara. De este modo, la función gerencial es capaz de saber en cada momento el estado de salud

de la organización, una simple mirada a su cuadro de mando¹⁸ le permite emitir un diagnóstico adecuado. Nada queda entonces al libre albedrío una vez que se han monitorizado todos los procesos. Sólo se pueden tomar decisiones acertadas si somos capaces de explicar la realidad mediante un modelo que la refleje a través de mediciones exactas, objetivas. En esto consiste la verdadera justicia, en decidir a partir de un conocimiento serio, es decir, objetivo y fiable en lugar de atender a especulaciones subjetivas. Se nos presenta así un sistema sanitario controlado y gestionado mediante predicciones técnicas tal y como podemos observar en el siguiente ejemplo donde la Administración explica la gestión sanitaria como si de un proceso de ingeniería se tratara:

“Es importante establecer los principales factores que van a permitir alcanzar el éxito de nuestra organización en el corto, medio y largo plazo. Estos factores han de estar relacionados estrechamente con la Misión, Visión y Valores de la Agencia de Calidad Sanitaria y han de ser la base sobre la que se desarrolle el Cuadro de Mando Integral de la organización y se establezca nuestro Mapa de Procesos. La identificación de los Factores Críticos de Éxito nos permitirá priorizar nuestras acciones y rediseñar nuestras estrategias en la búsqueda permanente de una organización que progresa y se desarrolla adecuadamente.” (VV.AA., 2010b)

6.3.2 EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LAS AGENCIAS PÚBLICAS EMPRESARIALES SANITARIAS

Las descripciones vertidas sobre el Servicio Andaluz de Salud y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias las construyen como objetos organizacionales diferentes e independientes en tanto vienen a representar dos formas de cumplir la función general del SSPA que, como hemos visto, no es cuestionada: prestar un servicio sanitario público. Realizamos esta distinción toda vez que sus diferencias han sido descritas y utilizadas a lo largo del corpus desde distintos puntos de vista y con la suficiente entidad como para que les prestemos atención por separado.

Las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias son descritas desde el punto de vista crítico, como un claro ejemplo del secuestro del sistema por la política, aflorando términos como "cortijos" para definir las como lugares donde el poder político puede hacer y deshacer a su antojo. De hecho, su creación se atribuye a dichos intereses políticos más que a la necesidad de adoptar nuevos modelos de gestión capaces de

18 La norma UNE 66175:2003 “Guía para la implantación de sistema de indicadores” define cuadro de mandos como “herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones, y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las funciones responsables una visión comprensible del negocio o de su área de responsabilidad”.

maximizar la eficacia y la eficiencia organizativas, como se apunta desde la versión oficial de la Administración. No es de extrañar, entonces, que la práctica totalidad de los puestos de responsabilidad y control de las agencias estén asignados a los amigos del poder según las instrucciones políticas del partido de turno. Se construyen así como “organizaciones satélite” en torno al núcleo administrativo del sistema.

Por otro lado, el Servicio Andaluz de Salud es construido desde unos parámetros relativamente distintos al entender que se encuentra más controlado y aislado de la influencia política. Esto es explicado gracias a la existencia de mecanismos de gestión atribuidos a “lo público” y que en este caso suelen identificarse con una mayor transparencia en la selección y desarrollo de personal, aspectos más opacos en las Agencias Sanitarias. Se asigna así a lo público una especie de responsabilidad ética superior a lo privado, tal y como nos apunta la siguiente delegada sindical de una Agencia:

"No digo que se lleve mejor, yo no sé cómo se lleva, lo que sé es que por lo menos es más transparente, y a lo mejor la forma de puntuar o la forma de entregar dinero, no sé, pero por lo menos la gente sabe lo que ha cobrado su compañero, y esto, si fuera una empresa privada me callo, pero es que es pública y es cien por cien pública y todo el dinero es de todos, el dinero viene de Hacienda: es decir, todo debiera de ser transparente..." (E1-1)

El repertorio ontológico, en su defensa a ultranza del humanismo y la ética de la excelencia derivada del trabajo, van a considerar el modelo gerencial representado por las Agencias como el más acorde a sus postulados describiéndolas como dinámicas, flexibles y capaces de adaptarse al cambio. Así, por ejemplo, su estructura salarial no es fija, sino que conlleva una parte variable acorde a los logros alcanzados por los trabajadores en sus evaluaciones anuales del desempeño. A esto ayuda un clima laboral descrito como más joven y fresco, relacionado con una mayor predisposición hacia el trabajo en equipo y la asunción constante de nuevos retos.

Por el contrario, el Servicio Andaluz de Salud representará, si no el extremo opuesto, sí que un modelo mucho más pesado e inflexible para hacer frente a nuevos desafíos laborales, calificándolo en definitiva como un modelo antiguo y burocratizado. Estas descripciones sobrevaloraban todo aquello considerado como “joven y nuevo”, minusvalorando, por el contrario, todo lo “antiguo y viejo” al atribuir a los segundos, adjetivos tales como falta de entusiasmo hacia el trabajo, un inmovilismo acomodaticio fruto del exceso de condiciones ventajosas, etc.

Si el sistema sanitario, según el repertorio legitimador, se describe por su parte como una realidad controlada en función de conocimientos tecno-científicos incuestionables en tanto gozan de una gran objetividad, una organización será tanto más justa y estará mejor gestionada a partir de la calidad y cantidad del conocimiento tecno-científico que sea capaz de incorporar a sus prácticas. El modelo ideal es, entonces, aquel en cuyo funcionamiento no entran en juego otras variables que no sean las de una lógica positivista controladora: lo que no se puede medir, no se puede gestionar. Nada debe escapar a su vigilancia, la organización ha de responder así a comportamientos estadísticamente predecibles que incidan en su eficiencia y eficacia.

La adopción de metodologías gerenciales basadas en tal racionalidad se encuentra con más impedimentos en modelos organizativos como el Servicio Andaluz de Salud debido a que su cultura organizacional se encuentra anclada en modelos gerenciales antiguos, desfasados y de efectividad dudosa. Esta situación presenta su gestión como un modelo anquilosado en una realidad ya pasada en la que se encuentra cómoda, de ahí su resistencia al cambio. Si unimos esto a la existencia de un modelo de relaciones laborales menos flexible y más instaurado que en las Agencias Públicas, tropezamos con el andamiaje perfecto en que sustentar la versión arcaica, rígida y poco orientada a la excelencia a que se refieren los ontológicos.

Serán las Agencias, en sintonía con los ontológicos, el modelo más acorde a las premisas mantenidas desde el discurso legitimador, el lugar donde, debido a su dinamismo, se pueden poner en marcha los mecanismos de monitorización sobre los que la gerencia basará y fundamentará sus -acertadas- decisiones. En este sentido vemos cómo la siguiente enfermera de una Agencia aboga tanto por la eliminación del doble modelo gerencial como por la adopción del modelo de las Agencias Públicas, donde existe una mejor predisposición al trabajo:

“Una cosa que habría que eliminar completamente es la bicefalia del sistema sanitario. Lo único que hace es tener miles de puestos intermedios, miles de puestos de gestión, que es lo que ha fomentado muchísimo más el agujero económico, pero aparte de eso, eh..., aquí creo que se puede contar con más actitud y con aptitud a la hora de trabajar que en el Servicio Andaluz de Salud” (E16-1)

6.3.3 LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

La agencia de calidad es para los críticos una especie de "gran hermano", que todo lo ve y controla desde la lejanía. Las descripciones utilizadas para definirla la construyen como la estructura desde la que los políticos ejercen formalmente su poder y justifican sus decisiones. Se trata del centro logístico desde donde se planifica el secuestro del sistema sanitario y diseñan las herramientas, y procesos, que afectarán a la cotidianeidad del trabajo asistencial. Se trata de una organización que, además de proporcionar herramientas de uso político para la gestión de los centros sanitarios, consta de una estructura diseñada para mantener "ocupados" a aquellos profesionales amigos del poder en funciones superfluas, incapaces de crear valor añadido a los resultados asistenciales.

A esta idea de institución legitimadora del "statu quo" se suma la de su ineficacia, socavándose así la necesidad de su existencia. Se argumenta que los fines de la agencia por impulsar la mejora continua de los profesionales, así como la asunción de su enfoque al paciente no se cumplen debido al uso político que se hace de ella. Significa esto que no es capaz de afectar a la práctica diaria de la organización sobre la que -supuestamente- ejerce su influencia, quedando sus buenas intenciones viciadas al ponerse en práctica debido a los abusos de poder por parte de algunos responsables que lo utilizan en beneficio propio, a la poca objetividad inherente a sus procesos de evaluación, a la falta de medios para su puesta en marcha, etc. Además, existe una desmotivación general de los trabajadores debido a que, si bien la filosofía del sistema es bastante positiva, en su práctica no vela por sus intereses, en todo caso por los intereses políticos de la Administración. De ahí que la única razón que les quede para

participar en el modelo de desarrollo propuesto sea sus incentivos económicos, como veremos más adelante.

Tal ineficacia se hace patente en descripciones como la del siguiente médico del Servicio Andaluz de Salud donde la calidad se achaca no a la adopción del modelo de la Agencia, sino a la aportación del buen hacer de los profesionales toda vez que no se han dedicado a “malgastar” tiempo en aquellas tareas burocráticas que los sistemas de calidad demandan y que no aportan valor:

“S1. Lo que estamos diciendo a la población es, oye, tu hospital es un hospital certificado, significa que trabaja muy bien [...] y considero que yo y mis compañeros trabajamos muy bien, pero si a la población general de Andalucía le dices que los mejores hospitales de Andalucía son Huércal-Overa, Jaén y Almería yo creo que todos se suicidarían y se tirarían por... ninguno de ellos hace trasplantes, ninguno..., vamos a ser serios, algo está fallando en la calidad. Un hospital como el Virgen del Rocío hace trasplantes cardiacos, pero claro, no se acredita... [...]. Cuando tú tienes mil cosas que hacer y demostrar que las mil las haces bien, supone mucho tiempo y mucho tiempo se le quita a algo: al paciente y esos hospitales no pueden permitirse el lujo de quitar tiempo al paciente, por eso no se acreditan, ni son buenos hospitales.” (E7-1)

Es decir, la calidad sanitaria no se consigue cumplimentando datos y formularios para alimentar un aparato burocrático dirigido a mantener a una clase política en sus puestos de poder, sino a través del esfuerzo diario encaminado sólo hacia labores asistenciales, por trabajadores asistenciales, ya sea en tareas ejecutoras o bien de coordinación y toma de decisiones. En este sentido, la calidad se entiende, como decíamos, unida a la asistencia sanitaria directa realizada por profesionales procedentes de las disciplinas sanitarias clásicas. El sistema sanitario cuenta con lo mejor y con los mejores para estar en primera línea, entendiendo el concepto de calidad de la Administración como una intromisión política en un sector que nunca ha precisado de su tutela. El anterior argumento se defiende, además, explicando cómo los tradicionales y auténticos evaluadores de la asistencia sanitaria prestada por un centro no son los auditores de calidad, sino los propios ciudadanos, capaces de reconocer y valorar “de verdad” un buen servicio.

Para el ontológico, al contrario, se trata de una organización que lucha por la mejora continua del sistema y sus trabajadores, dirigiéndolos hacia la excelencia y poniendo a su disposición todos sus recursos. Sus actuaciones están basadas en buenas ideas, por lo que su adecuada predisposición está asegurada. De ahí que los problemas que se puedan achacar a su implantación vengan más por la mala utilización y gestión de los procesos de desarrollo que se encargan de controlar la puesta en práctica en los distintos centros de trabajo. Aquí, sí que se definen unos culpables: los responsables, trabajadores no asistenciales que actúan bajo su condición de políticos en lugar de ejercer de manera objetiva como técnicos-gestores. Las funciones de la agencia no son, de ningún modo puestas en cuestión, esta debe existir y todo debe regirse por ella, ya que en cierto sentido representa el camino hacia la ética de la excelencia y la mejora continua. Todo aquello que esté acreditado, que esté bajo su tutela, será positivo, pero para esto no deben existir políticos que desvíen los auténticos intereses de mejora de la organización por sus intereses personales y políticos.

Para los legitimadores, se convertirá en el centro académico por excelencia, donde se produce el conocimiento tecno-científico en que se basará la gerencia para adoptar sus decisiones. Se entenderá, así, como la garante de la objetividad, justicia y excelencia del sistema en tanto institución externa cuyas auditorías, objetivas y rigurosas, guían la práctica diaria. Su función principal es la de tutelar del sistema como guía que van marcando su devenir profesional y organizacional. Tal función es legitimada no sólo porque parta de las mejores intenciones, sino porque sus recomendaciones están realizadas por grupos de expertos con capacidad para actuar como estrategias en tanto su labor se encuentra legitimada por su experticia, tal y como declara la siguiente directora de una Agencia. Cualquier actuación calificada como técnica será incuestionable:

“La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es un organismo para diseñar estándares que sirven para acreditar centros y unidades de gestión clínica. Grupos de expertos afines al perfil, se empezaron a reunir para hacer el diseño competencial y fueron completando los diseños de los mapas de competencias basados en las habilidades técnicas, las actitudes y las aptitudes, de cada uno de los profesionales hasta configurar ya los mapas más o menos cerrados, que se revisan de vez en cuando, pero más o menos cerrados. Entonces, esto es un trabajo técnico...” (E3-1).

6.3.4 LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

Entendemos por instrumentos de gestión aquellos objetos utilizados por los trabajadores no asistenciales para dirigir y controlar la implantación del sistema de calidad. Nos referimos, por ejemplo, a las entrevistas de selección, a los cuestionarios y test de evaluación de competencias profesionales, a los manuales donde se definen dichas competencias, etc., y en definitiva a todo aquel artefacto susceptible de ser usado para apoyar la función gerencial.

El repertorio crítico los tratará como las armas en las que los dirigentes políticos se apoyan para introducir sus intereses corporativos dentro del sistema sanitario. Estas han sido puestas en sus manos gracias a la Agencia de Calidad, pero, si los conocimientos que produce no son considerados válidos al no pertenecer al ámbito sanitario, sus productos gerenciales se entenderán igualmente como instrumentos inadecuados, sin validez ni fiabilidad, por lo que utilizarlos como elementos de gestión sería una grave irresponsabilidad.

Así, en tanto se encuentran al servicio del sistema, se les asigna una función clara: la de homogeneizar a los trabajadores bajo unos mismos parámetros decididos de manera unilateral por la Administración. Su principal finalidad no es otra que la de lograr un determinado comportamiento laboral, una misma forma de pensar, sentir y actuar.

Un médico (integrante de uno de los grupos de discusión) nos cuenta al respecto su experiencia como participante en una OPE (Oferta Pública de Empleo) donde se utilizó por primera vez una evaluación por competencias profesionales basada en un cuestionario tipo test, realizando la siguiente declaración al respecto del objetivo que entiende persigue la Administración con este tipo de instrumentos de evaluación:

"yo creo que lo que buscan es un perfil no discordante dentro de la orientación ideológica que tiene la Administración..." (E6-1)

Si atendemos a la naturaleza de tales instrumentos podríamos decir que se les confiere una génesis subjetiva al ser obra de conocimientos considerados como no asistenciales entre los que destaca en especial la psicología, como nueva disciplina que entra a formar parte de la gestión sanitaria. Esto hace que se le atribuya la capacidad, casi esotérica, de hurgar en la mente de los trabajadores sobre los que se utiliza, con la finalidad de "saber lo que piensan" para luego seleccionarlos y/o recompensarlos según el perfil más o menos acorde a lo que se espera de ellos, a lo que la Administración espera.

Ya que desde este punto de vista crítico la organización se concibe en términos asistenciales, como apuntábamos al inicio, la psicología, así como cualquiera otra disciplina afín, va a ser entendida como un pseudo-conocimiento innecesario que nada aporta. Se trata de conocimientos usados para justificar las decisiones administrativas bajo una supuesta legitimidad científica. Podemos extraer como ejemplo al respecto la siguiente declaración de un médico perteneciente al Servicio Andaluz de Salud:

“Cuando el que evalúa casi en un noventa y nueve por ciento sabe menos de Medicina que tú, entonces ¿cómo evaluar a un médico si yo no tengo ni idea de medicina? Pues entonces vamos a sacar una serie de apartados más allá de la medicina que también nos valoren a nuestros profesionales como personas, como no solo es curar, porque ya la medicina no es tan solo curar si no también estar presente el acercarte al ciudadano. [...] Vamos a tener asertividad, una palabra que yo he aprendido siendo médico, porque no sabía lo que era [...] es decir que tu hijo se te muere por una meningitis y yo no he sabido diagnosticarla, eso es otro problema, pero soy simpático [...] cuantas más exigencias le haces a un profesional más probabilidades tienes de presionarles en diferentes aspectos para conseguir el fin que tú quieres” (E7-2)

Contrariamente a la anterior versión homogeneizadora, y a su "fundamento esotérico", los ontológicos apostarán por su utilización siempre y cuando sean usados única y exclusivamente como herramienta facilitadora de la mejora continua. De este modo, su fundamento en la psicología no es menospreciado al entender todo lo positivo que puede aportar en aras del desarrollo evolutivo de los trabajadores, ayudándolos en su constante esfuerzo de superación y avance hacia nuevas metas profesionales. La única pega que se les podría achacar es su utilización unilateral por actores políticos que desvirtuaran su uso para imponer sus intereses, pasando por alto las necesidades formativas y de desarrollo que todo trabajador demanda. Para los ontológicos tienen validez en tanto son producto del conocimiento experto, que es el que hay que conseguir y buscar. La realidad es compleja y, por tanto, el conocimiento también ha de serlo.

A este respecto, los legitimadores se suman a lo anterior enfatizando su objetividad y científicidad, por lo que su manejo no debiera plantear la menor duda ni a la propia gerencia ni a los trabajadores sobre los que se utilicen. Están diseñados para la mejora de todos.

6.3.5 EL DINERO

Es el dinero el objeto sobre el que más consenso existe en cuanto a la concepción y características que le asignan los discursos que atraviesan nuestro corpus, atribuyéndole la capacidad de viciar y pervertir las más nobles predisposiciones de los trabajadores hacia el trabajo. En este sentido, ha sido entendido y usado como un elemento

estratégico clave para realizar determinadas funciones discursivas. Podemos afirmar, así, que toda labor realizada a expensas de incentivo económico alguno, cobrará automáticamente un especial valor en tanto la fuerza que la sostiene surge de las convicciones más profundas y auténticas de la condición humana. Esto no quiere decir que lo económico sea menospreciado, o que no sea necesario para los trabajadores, pero sí que es verdad que los incentivos económicos asociados a un trabajo –y sobre todo si estos son cuantiosos- harán planear constantemente la duda sobre si su realización responde a auténticas convicciones internas o, por el contrario, si son fruto de un mero interés material. Esta ha sido la idea que ha primado sobre el dinero a lo largo del corpus, siendo especialmente interesante debido a que, al contrario que el resto de objetos que estamos describiendo, su significado se mantiene invariable con independencia del repertorio desde el que sea utilizado, más allá de algunos matices que vamos a ver a continuación. Es decir, es el dinero un punto de anclaje o entrecruzamiento de varios discursos.

Lo económico jugará un importante papel para los discursos críticos a la hora de justificar su visión del sistema. Recordamos como estos lo socavan aludiendo a su subjetividad política e ideológica, y a la arbitrariedad con que es implantado por sus responsables. Decíamos a su vez cómo, ante tal panorama, era posible exonerar a los trabajadores asistenciales por su no implicación con el sistema, es decir, si es descrito desde la injusticia, ¿cuál sería el motivo para participar en él? Pues desde luego, no sus incentivos más humanistas, sino el dinero. Es en este argumento cuando este objeto apoya su función crítica al convertirse en la única razón de que disponen los trabajadores para participar en los procesos de desarrollo. Es, entonces, tanto lo que pervierte el sistema como la única motivación que se puede esperar toda vez que el resto de incentivos no funcionan. Podemos observar estas descripciones en la siguiente declaración de una enferma trabajadora de una Agencia Sanitaria:

“Un poco ya te digo, yo creo que en principio la idea es buena, pero luego todo por el camino se va pervirtiendo por eso, ni nosotros mismos estamos convencidos de que eso sirva realmente para algo y lo haces por tema económico porque, yo que sé, a lo mejor otras personas sí, pero yo no me siento mejor enfermera por haberme acreditado, es que sigo trabajando en lo mismo, sigo haciendo lo mismo, las mismas cosas y de la misma manera, no ha cambiado en nada.” (E19-1)

El trabajador humanista por el que apuestan el repertorio ontológico no va a considerar el dinero como la principal motivación de su trabajo, no es que lo desprecie, como apuntamos, pero desde luego le es intrascendente y falta de valor, desdeñándolo como algo superfluo, aunque necesario. No sólo es que se trate de un motivador con poca fuerza, sino que, como dicen los críticos, tiene un efecto perverso y sucio que vicia el sistema, de ahí que no se hable de él. Se sobreentiende que está presente en todo empleo por cuenta ajena, pero cuando se quiere poner en alza el trabajo como actividad capaz de generar satisfacción por sí misma, hemos de dejar de lado los incentivos económicos abogando por intereses más profundos y menos materialistas. Se atribuye así a los trabajadores una capacidad de esfuerzo y superación de los retos propuestos desde la dirección del sistema, no ligada al dinero como motivador principal. Lo principal para ellos es la gratificación proporcionada por el trabajo bien hecho.

Los legitimadores tampoco hablarán de dinero, sino de desarrollo por el desarrollo siguiendo la anterior línea argumental-humanista. El trabajador ideal para el sistema es

aquel capaz de auto-motivarse hacia su trabajo gracias a su gran capacidad de sacrificio y auto-exigencia personal. Al igual que para los ontológicos el dinero no será lo más importante en los procesos de desarrollo profesional, de ahí que lo que cobre más interés sean los procesos de acreditación de competencias (no ligados “per se” a recompensa económica alguna) y no los de carrera profesional cuyo acceso sí que conlleva una importante retribución dependiendo del nivel de excelencia en que la evaluación sitúe al profesional en cuestión. De este modo, este repertorio lo considera como un perverso incentivador que puede provocar efectos indeseados y del que hay que alejarse, aunque ahora mismo hay que utilizarlo mientras no se encuentre algún otro mejor.

La siguiente declaración de una enfermera trabajadora de una agencia pública es bastante interesante, ya que podemos observar argumentos pertenecientes a los tres repertorios a los que nos venimos refiriendo en este trabajo:

“Mira, eso vuelve a estar viciado porque es cierto que insisten mucho en separar tu acreditación como profesional de la carrera, tú te acreditas por la agencia y tienes que solicitar a la Consejería la carrera profesional, o sea que intentan separarla, pero al final mucha gente se acredita para cobrar más pelas, es una realidad, ¿no?, entonces claro, eh: sí, yo sé que el sistema, la acreditación el proceso de acreditación que lo hace voluntario y que lo hace un sin, digamos mucho, o sin que el objetivo principal sea el dinero, es una herramienta para mejorar porque te obliga a determinadas cosas que a lo mejor tú en condiciones normales no harías, participar en comisiones, sesiones clínicas, en algún curso de formación, etc.” (E9-1)

Vemos, por un lado, el argumento legitimador cuando explica como los trabajadores no asistenciales separan la acreditación (sin recompensa económica, sólo esfuerzo individual) de la carrera profesional (con recompensa económica), aunque las posibles consecuencias positivas del proceso (críticos y ontológicos) quedarían desvirtuadas si el personal participa en la acreditación de competencias profesionales por las recompensas económicas que puedan obtener, aunque en el fondo te "obliga" a realizar actuaciones de desarrollo que no se realizarían en condiciones normales (legitimador).

CONSIDERACIONES FINALES.

Apuntábamos al inicio de esta tesis como hipótesis de trabajo el poco calado del discurso oficial (gerencialista) de la calidad en el sistema sanitario, debido a la naturaleza poliédrica de la realidad, o lo que es lo mismo, defendiendo la multidiscursividad inherente a cualquier organización. Nuestro principal objetivo ha sido, por tanto, el de refutar o validar dicha hipótesis, comprobando si en nuestro análisis del discurso nos encontrábamos con una realidad mono-lógica, o bien multidiscursiva, o lo que es lo mismo, con un sistema constituido por un único argumento y, unos únicos sujetos y objetos; o, por el contrario, con distintos argumentos, sujeto y objetos (valga la redundancia).

Según los resultados que acabamos de presentar, entendemos validada dicha hipótesis en tanto nuestro análisis ha encontrado tantos repertorios interpretativos como construcciones de argumentos, sujetos y objetos, por lo que podemos afirmar la naturaliza multi-discursiva de la organización sanitaria andaluza.

Por otro lado, atendiendo a nuestro objetivo secundario, hemos identificado y descrito las aportaciones que tienen para la articulación de la filosofía de la calidad y el modelo de recursos humanos del sistema sanitario público andaluz los argumentos, los sujetos y los objetos presentes en la realidad sanitaria, profundizando en la forma que adopta tal multidiscursividad a que venimos haciendo referencia. Pero este análisis se quedaría corto si no planteáramos las consecuencias que tienen para nuestra organización objeto de análisis las anteriores construcciones discursivas. Pasamos entonces, ya para finalizar, a esbozar aquellas que entendemos más importantes.

6.4 RESPECTO A LOS REPERTORIOS INTERPRETATIVOS IDENTIFICADOS.

Podemos extraer dos conclusiones fundamentales de nuestro análisis que explican, en parte, el poco calado de la misión, visión y valores de la Agencia de Calidad en la cultura organizacional del sistema sanitario público andaluz, tal y como señalábamos al principio.

6.4.1 LA NATURALEZA PLURAL DEL SISTEMA SANITARIO.

La primera tiene que ver con la confirmación de la naturaleza multidiscursiva de la organización. Hemos visto cómo el sistema se encuentra atravesado por distintos conjuntos discursivos que lo explican, en uno u otro sentido, según la utilización (insistimos: consciente o inconsciente) que de ellos hagan los grupos de interés que hemos tomado en consideración. De este modo, por poner un ejemplo, aunque la Agencia de Calidad Sanitaria represente el punto de vista oficial de la Administración, podemos afirmar que la organización como realidad no es exclusividad de ella ni del discurso que enuncia, sino que esta se sostiene como tal en el entramado discursivo que forman todos los grupos de interés.

6.4.2 NUEVAS PRÁCTICAS, NUEVAS RESISTENCIAS.

Lo anterior nos lleva a una segunda conclusión: las nuevas prácticas introducidas en la gestión pública desde los años noventa vienen conviviendo con discursos de resistencia que hemos denominado a efectos de este análisis como críticos. Tales repertorios entienden atacado el estatus profesional de los trabajadores asistenciales sanitarios en tanto han supuesto un cambio trascendental en sus condiciones laborales. No obstante, hemos de aclarar al respecto que si bien el objeto de esta investigación no es la de establecer leyes universales de comportamiento (en coherencia con el enfoque teórico-práctico utilizado) nos parece interesante señalar cómo en investigaciones similares en cuanto a objetivos, metodología y contexto se llega a conclusiones similares. De este modo, podríamos hablar, a nuestro entender, de convergencia, no sólo en la asunción de los postulados de la nueva gestión pública por parte de las administraciones estatales, sino también en los procesos de resistencia que esto generan (García, 2007).

6.4.3 MÁS EN EL FORMA QUE EN EL FONDO.

Además, hemos de señalar una última e importante consecuencia derivada de la anterior. Como decimos, si bien es verdad que la Nueva Gestión Pública desde su aparición viene conviviendo con distintas voces de resistencia que hacen plantearse su supuesta hegemonía, también es cierto que como manifiestan los repertorios críticos, y en parte también los ontológicos, no son tan equidistantes como pudiera parecer de las

versiones legitimadoras del sistema. Basamos esta afirmación en la constatación -como hemos dejado entrever- de que el repertorio crítico cuestiona el sistema más en la forma que en el fondo, es decir, más en las consecuencias concretas sobre la actividad asistencial que en un planteamiento profundo (al igual que los ontológicos) de la filosofía del modelo de calidad andaluz. De este modo, la hegemonía de las descripciones legitimadoras van ganando terreno en la actualidad.

6.5 RESPECTO A LAS SUBJETIVIDADES EMERGENTES.

6.5.1 SUJETOS DEPENDIENTES DE SUS DISCURSOS.

Las construcciones de subjetividad que realizan los repertorios identificados se encuentran en completa sintonía con la versión de la organización que sostienen. Quiere esto decir que las descripciones de los sujetos que hemos realizado son dependientes de las funciones del conjunto argumental al que pertenecen. Así, por ejemplo, presentar a los trabajadores asistenciales como víctimas pasivas de las injusticias del sistema no es más que una consecuencia directa de entender el modelo gerencial desde un punto de vista crítico, es decir, subjetivo, arbitrario y controlado por factores políticos.

6.5.2 SUBJETIVIDAD: PROCESO ACTIVO MULTIREFERENCIAL, NO COGNITIVO.

Los procesos de subjetivación, como ya apuntábamos, no se construyen desde una única referencia discursiva, todo lo contrario, hemos observado cómo a lo largo de las distintas entrevistas los informantes se han descrito a sí mismos y a los demás mediante los repertorios interpretativos que tenían a su alcance, sin seguir un único patrón referencial discursivo. Somos capaces de adoptar múltiples formas de subjetividad, más hoy en día en que estamos expuestos a discursos procedentes de instancias cada vez más heterogéneas cultural y geográficamente, tal y como explica Gergen con la introducción del concepto de “multifrenia” (Gergen, 2010).

Entendemos, de este modo, la subjetividad como un proceso individual de apropiación activa de distintos discursos que serán asimilados de forma total o parcial por cada individuo. En este sentido somos productos multidiscursivos, lo que no quiere decir que estemos determinados por los discursos sin escapatoria. Los sujetos, además de producto, son productores (enunciadores) de discursos. Así, tanto en un extremo u otro de este rol -intercambiable-, son capaces de asumir cierta autoría sobre sí mismos, siendo aquí precisamente donde radica el núcleo constitutivo de la subjetividad. Por tanto, podemos decir que las construcciones de subjetividad responden más a un modelo multireferencial-discursivo que a una estructura coherente de significados generada en el interior del individuo racional (Gardner, 1987), en contraposición de lo que supondría adoptar una visión cognoscitiva del sujeto.

6.5.3 CONSIDERACIONES INDEXICALES.

No obstante, debemos matizar lo anterior teniendo en cuenta algunos aspectos indexicales que pueden haber afectado a la utilización de los discursos en el contexto de enunciación en que fueron recogidos, es decir, una entrevista o grupo de discusión (tal y como apuntábamos antes al respecto de la utilización de los repertorios interpretativos por los distintos grupos de interés). Así, por ejemplo, indicábamos cómo se recurría a los repertorios críticos de forma más tímida que a los ontológicos y legitimadores -a

excepción de algunos trabajadores asistenciales y los sindicalistas- y siempre atribuyendo sus declaraciones a la propia percepción personal y no a un juicio global para mitigar así sus posibles consecuencias negativas. Incluimos a los sindicalistas como parte de los trabajadores asistenciales ya que, aunque no realicen labor asistencial directa, sí que ostentan su representación legal, ocupando un importante lugar de enunciación crítico.

Queremos decir con esto que mantener una postura crítica dentro del sistema acarrea más problemas que asumir una ontológica y/o legitimadora al tener estas últimas mayor correspondencia con la visión oficial. Además se trata de discursos más hegemónicos, mejor instaurados, por lo que las afirmaciones que se realicen en este sentido tienen mucho más peso que otras en tanto disponen de anclajes externos al contexto discursivo de enunciación. Un ejemplo de estos anclajes lo podemos encontrar en ciertas Escuelas de Negocios de reconocido prestigio toda vez que defienden los postulados que aquí hemos denominado como legitimadores, basados en la gerencia propuesta por la Nueva Gestión Pública. Las opiniones avaladas por la versión de una Escuela de Negocios tendrán más validez que otras centradas en opiniones o creencias personales, que correrán el riesgo de ser tachadas como subjetivas.

De todos modos, no quita que nuestros informantes hayan utilizado el total de repertorios a su disposición, más allá del grupo de interés con que se identifiquen y al que hayan representado en las entrevistas. Dicho esto, vamos a explicar en los siguientes apartados algunas de las principales consecuencias que hemos atribuido a las construcciones de subjetividad presentadas desde sus repertorios de referencia.

6.5.3.1 CRÍTICOS: VICTIMIZACIÓN PARALIZANTE.

Apuntábamos cómo las nuevas prácticas gerenciales venidas de la mano de la filosofía de la calidad conllevaban el surgimiento de múltiples resistencias, hecho constatado en contextos equidistantes con circunstancias similares (García, 2007), formando la base de los discursos críticos. Las aportaciones de estos repertorios a los procesos de subjetivación son variadas y, desde nuestro punto de vista, no siempre positivas. Compartamos o no su punto de vista, la victimización, pasividad y estoicismo atribuidos a los trabajadores asistenciales los coloca en una situación de inactividad y hastío poco deseable para la instauración de cualquier proceso de transformación y cambio. Se anularía así la capacidad constructiva de estos trabajadores. De ahí que los no asistenciales, en tanto políticos, aparezcan en escena como los verdugos de los primeros, condición que tampoco compartiríamos, ya que implicaría, por el contrario, sobrevalorar su capacidad constructiva. Lo mismo podríamos decir de los ciudadanos que, de forma indirecta, también aparecen en una situación de poder por encima de los primeros. Es decir, y siguiendo a Foucault (1979), entendemos que el poder no se ejerce desde un único y exclusivo lugar.

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

6.5.3.2 CRÍTICOS Y LEGITIMADORES NO TAN DISTANTES: POLÍTICA Y POLÍTICOS COMO CHIVO EXPIATORIO.

Afirmábamos en apartados anteriores cómo las estructuras críticas no son tan distantes de las legitimadoras y ontológicas debido a que atacan más la forma que el fondo de las prácticas gerenciales. Son más una respuesta a las circunstancias concretas que están influyendo en la actividad asistencial de los trabajadores que a la filosofía gerencial que encierra el sistema. Podemos continuar afirmando lo anterior en lo que respecta a este análisis de subjetividades. Recordamos cómo, desde un punto de vista crítico, la función de los no asistenciales era socavada en razón de su condición política, dejando al margen a los técnicos y tecnócratas, salvaguardados, a su vez, por los ontológicos al describir la bondad de sus actuaciones debido a su humanismo. Esto supone un punto común entre críticos, ontológicos y legitimadores, ya que ambos menosprecian lo político como característica de los técnicos, tecnócratas o ideólogos.

Ningún repertorio hace una crítica profunda hacia aquellos valores asociados a la actual sociedad de mercado neoliberal (ni a su asunción individual) y que podrían tener su reflejo en lo que nosotros hemos llamado ontológicos (humanismo, evolución, ética de la excelencia, desarrollo personal y profesional continuo, etc.), ni incluso con los valores gerenciales postmodernos propios de la Nueva Gestión Pública (objetividad, tecnocracia, universalidad, conocimiento experto, libertad de elección, etc.). Lo político y los políticos se convierten, de forma generalizada, en el chivo expiatorio de los males del sistema.

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

6.5.3.3 ONTOLÓGICOS: ALGUNOS “PEROS”.

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

6.6 RESPECTO A LOS OBJETOS.

6.6.1 TANTAS REALIDADES COMO OBJETOS, EXCEPTO EL DINERO.

Si existen tantas realidades (relaciones coherentes de argumentos, sujetos y objetos) como discursos, las descripciones de los objetos emergentes en el corpus tendrán al igual que los sujetos, una relación directa con el repertorio que las construye, así como con el resto de sus elementos, es decir, argumentos y sujetos. No obstante, hemos encontrado una excepción que rompe esta regla: el dinero y/o los incentivos económicos. Estos aparecen en el corpus, como hemos visto, bajo una misma naturaleza y características. Para los críticos encierra un efecto perverso pero constituye la única motivación que les queda a los trabajadores, para los ontológicos su uso es

contraproducente, ya que desvía la atención de los sujetos, que debería estar en sintonía con la mejora continua y la excelencia por intereses banales; y para los legitimadores se convierte en un mal necesario a día de hoy, planteando la necesidad de buscar otro tipo de motivadores más eficientes y eficaces para sus intereses. De este modo, aunque, como decimos, existe un consenso generalizado sobre su naturaleza y lo inapropiado de su uso en la gestión sanitaria, adquiere distintas matizaciones según el repertorio desde el que es enunciado, como señalamos.

6.6.2 NEGACIÓN DE JUEGOS DE PODER.

Por otro lado, la versión del sistema propuesta desde el discurso crítico es muy perjudicial para el proceso dialógico que entendemos ha de ponerse en marcha para gestionar el discurso sanitario. Construir la práctica mayoría de objetos organizacionales como instrumentos al servicio del poder político (exceptuando, en parte, al Servicio Andaluz de Salud), implica entenderlos como armas arrojadas al servicio de una especie de fin maquiavélico. Esta descripción, decíamos, niega la existencia de juegos de poder al anular la posibilidad de generar resistencias. Sólo se reconocería el poder constructivo de la Administración, un poder ejercido con prácticas e instrumentos complejos ante el que no se puede hacer nada, excepto dejarse llevar. De este modo, si todos los objetos del sistema forman parte de una conspiración general, consciente, preparada, diseñada y auspiciada por la clase política, cualquier esfuerzo por llegar a un consenso dialogado sobre el devenir del sistema quedaría truncado.

6.6.3 CONSENSO SOBRE LA “MALDAD” DE LA POLÍTICA (COMO DEL DINERO).

En último lugar, destacamos cómo los repertorios ontológico y legitimador apuestan por un modelo gerencial basado en las Agencias Públicas, los primeros por entenderlas más jóvenes, dinámicas y cercanas a los principios de la mejora continua y la ética de la excelencia, y los segundos porque, debido a lo anterior, se encuentran con el caldo de cultivo perfecto para instaurar sus tecnificados sistemas de gestión. No obstante, ambos están de acuerdo con los críticos en que para que todo funcionara a la perfección habría que eliminar toda intromisión de lo que se puede entender como la política tradicional en las funciones gerenciales, las cuales sólo han de responder a principios tecnocientíficos. En este sentido, podríamos decir que existe un consenso generalizado en torno a la maldad de la naturaleza política similar al que ocurre con el dinero.

Las resistencias discursivas a la implantación del modelo de calidad, utilizan las características de lo político como chivo expiatorio para todos los males, cuestión que habría que “limar” si no queremos que fracase todo el proceso por lograr cierto consenso organizativo. No obstante, la distancia entre críticos, ontológicos y legitimadores es más de forma que de fondo, es decir, que están más en sintonía de lo que pudiera parecer si pensamos en las concepciones básicas del sistema sanitario. De ahí que un punto de partida para instaurar un hipotético diálogo podría comenzar asumiendo la naturaleza pública del sistema, la necesidad de buscar motivadores más allá de los incentivos económicos y la buena disposición que existe –a priori- hacia los principios de mejora continua y excelencia profesional. Entendemos pues, que son más los puntos de unión que los elementos discordantes, por lo que un proceso dialogado sobre el futuro de la organización pudiera estar al alcance de la mano.

7 CONCLUSIÓN: HACIA UN MODELO DIALÓGICO DE GESTIÓN.

El entramado discursivo analizado, impide que el cien por cien de los trabajadores asuma los argumentos mantenidos desde la misión, visión y valores de la Agencia: estos no "impregnan" su cultura organizacional porque esta no es unívoca, sino múltiple y plural. A partir de aquí, se abren dos caminos diferentes, o bien continuar con los esfuerzos de la Administración por instaurar un único modelo sanitario bajo una retórica participativa que lo proclame como "verdadero", o bien, asumir la existencia de la heterogeneidad discursiva que conforma la realidad-organización- incluyéndola (que no integrándola) en su modelo de gestión. Desde nuestro punto de vista, esta última es la línea que habría que trabajar, ya que cualquier intento por concebir el sistema desde un mismo prisma no dejará de tener líneas de fuga en múltiples direcciones con consecuencias constructivas imprevisibles. No obstante, con esto no queremos decir que el modelo de calidad andaluz tenga que bailar al son de todos los puntos de vista mantenidos por los grupos de interés, algunos serán más pertinentes que otros. Lo que apuntamos es que ante la situación que se le plantea al SSPA se más hace necesario que nunca, un consenso lo más profundo posible sobre la dirección estratégica de la organización. Este consenso habrá de estar liderado por la dirección sanitaria, pero sin olvidar nunca el punto de vista de los grupos de interés que conforman (son) la organización, de lo contrario cualquier decisión estará abocada al fracaso.

En este sentido, estamos de acuerdo con Quijano cuando reconoce que:

"...los sistemas de gestión de recursos humanos son tanto más potentes y eficaces cuanto más hunden sus raíces en una visión compartida de la organización, y cuanto mejor expresan y construyen un proyecto colectivo de empresa." (Quijano, 2006: 116).

Por lo que el reto que cabría plantearse sería el de colocar los pilares que permitiesen tal inclusión, para lo cual proponemos la asunción de un modelo dialógico basado en la consideración de cada sujeto (o grupo de interés) como lugares de enunciación activos - y, sobre todo, conscientes-, valorando de forma positiva y constructiva (nunca mejor dicho), sus aportaciones como versiones de una realidad-organizacional que, se quiera o no, se construye entre todos, sin exclusividad de ningún grupo.

Los principios ontológicos, epistemológicos y metodológicos construccionistas tal y como son entendidos y llevados a cabo en el ámbito organizativo (Martín-Quirós y Zarco, 2009: 115-147) son un gran aporte teórico-práctico al respecto, así como el modelo de consultoría de procesos de ellos derivado (Quijano, 2006: 109-170). Creemos que su utilización en el SSPA sería provechosa para dar una respuesta adecuada al problema de legitimidad que atraviesa su modelo de calidad atendiendo a las pautas teórico-prácticas señaladas.

Concebir la organización de una u otra forma, como hemos visto, tiene consecuencias diversas, siguiendo a Santiago Quijano (2006):

“El supuesto básico es, por un lado, que el comportamiento de las personas y grupos en la organización está íntimamente relacionado con la imagen y la forma como esos grupos la piensan. [...] Y, por otro lado, que personas y grupos pueden pensarla e imaginarla de diferentes formas, y eligiendo una determinada forma, la construyen y la

hacen acorde a su manera de pensarla, contribuyendo de este modo a su transformación.” (130)

En este sentido (insistimos), apostamos por crear cauces que permitan llegar a acuerdos sobre qué organización se aspira a ser y cómo conseguirlo, donde se incluya a todos los grupos de interés afectados. Una vez esto se produzca, entendemos que el principal reto a asumir por los trabajadores es, precisamente, el de conocer de manera consciente y crítica los modelos de subjetivación de que forman parte. Sólo de esta forma podrán ir consiguiendo un papel más activo en su continua “autoconstrucción”. Una determinada concepción de organización necesita un determinado modelo de trabajador que la sustente y haga posible su continua existencia, transformación y mejora. De nuevo, apuntamos las palabras de Quijano (2006):

"En relación con todo ello, el rol de los consultores se centra en ayudar a los stakeholders a hacer emerger esas ideas e imágenes conscientes y/o inconscientes (en función del marco teórico del que se parte) que tienen de la organización y que influyen su comportamiento, para facilitarse procesos de cambio y transformación de la misma. La realidad, pues, es siempre para ellos, realidad pensada y pensada y construida socialmente en la interacción." (130).

Como hemos venido manteniendo a lo largo de este trabajo, en toda organización existen juegos de poder que posicionan (o intentan) un determinado discurso, o lo que es lo mismo, una determinada realidad como hegemónica. La labor gerencial ha de evitar que estos juegos existan soterradamente escapando a su control, lo que implicaría que su capacidad constructiva se realizaría de forma invisible hacia objetivos indeterminados. Si la organización no existe a expensas de los grupos de interés que la componen ni de los discursos que generan, no podrá ser dirigida sin contar con la totalidad de elementos que la sostienen.

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

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

Su validez externa, no la vamos a entender desde el concepto de generalización positivista:

"Pero no se trata de obtener conclusiones o afirmaciones sobre «las cosas como son» y generalizarlas a todas las organizaciones, sino «ganar alguna experiencia» sobre la

organización particular observada, y «comprender las pautas y los procesos para utilizarlos como ideas o conocimientos pertinentes para la comprensión de situaciones afines en contextos distintos» (Morgan, 1999: 407; citado en Quijano 2006: 139).

En este sentido la generalización desde un punto de vista construccionista tiene que ver con el concepto de “resonancia” propuesto por Morgan, es decir, la pertinencia o traslación del caso a otros contextos. Apuntábamos como ejemplo al respecto de dicha “pertinencia” a la investigación de García (2007) llevada a cabo en el contexto sanitario colombiano y con circunstancias similares al español (igualmente se encuentra atravesado por los preceptos de la Nueva Gestión Pública). García (utilizando asimismo un análisis del discurso basado en la concepción de repertorio interpretativo) llega a consecuencias similares a las aquí expuestas para nuestro caso, en tanto los nuevos modelos gerenciales implementados por la Administración colombiana no son asumidos al completo por el personal de su organización sanitaria, apareciendo múltiples núcleos de resistencias de mano de los grupos de interés que se encuentran en su seno (García A. C. M., 2007).

Por otro lado, la validez interna del diagnóstico-resultados presentado se alejará, a su vez, de la concepción positivista. Ya que no hacemos afirmaciones generales – universalizables- sobre nuestro tema de estudio, tampoco nos ocupamos de realizar una afirmación “verdadera” entre variables dependiente-independiente fruto de una correcta adecuación entre conocimiento y realidad. La preocupación de los construccionistas al respecto:

“no es la de probar que han descubierto una «realidad» universal y permanente, o unas leyes de comportamiento organizativo, sino sentir que conectan con los actores del sistema, que les ayudan a comprender lo que sucede en él, y que promueven en ellos energías y dinamismo que facilitan su rol de protagonistas del cambio.” (Quijano, 2006: 141).

Así, el rol de los consultores-investigadores desde esta perspectiva no es otra que la de hacer emerger las “ideas e imágenes conscientes y/o inconscientes” (Quijano, 2006: 130) de los grupos de interés con respecto a la organización, por las consecuencias constructivas que estas tienen. No obstante, dicha validez queda a expensas del cumplimiento de los siguientes requisitos: el que la dirección de la organización (así como el resto de grupos de interés) reconozcan la aportación de este proyecto y, en dicho caso, apuesten por asumir la responsabilidad del cambio como un problema que les afecta directamente y en cuya solución se han de alinear con los investigadores en una relación horizontal de ayuda mutua, es decir, no de experto-cliente, sino de cooperación.

Para finalizar, encontramos en el repertorio ontológico la cimentación más adecuada desde la que comenzar a trabajar, ya que, como hemos visto son un punto de anclaje o unión entre los discursos críticos y legitimadores, por lo que en ellos descansa el punto de partida desde el que comenzar la difícil tarea de incluir la totalidad discursiva de la organización en un modelo de relación más horizontal donde se mantengan relaciones de aprendizaje mutuo en lugar de una lucha constante por el mantenimiento del “status quo”.

8 REFERENCIAS

- Amigot, P. y Martínez, L. (2013). Gestión por competencias, modelo empresarial y sus efectos subjetivos. Una mirada desde la psicología social crítica. *Universitas Psychologica*, 12(4), pp. 1073-1084. Doi: 10.11144/Javeriana. UPSY12-4. gcme
- Antaki, C.; Billig, M.; Edwards, D.; Potter, J. (2003). El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital*, 3, pp. 14-35. Disponible en <http://antalya.uab.es/athenea/num3/antaki.pdf>
- Berger, P. y Luckman, T. (1983): *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Burr, V (1995). *Introducció al construccionisme social*. Barcelona: Proa.
- Callén, Blanca; Domènech, Miquel; López, Daniel; Rodríguez, Israel; Sánchez-Criado, Tomás y Tirado, Francisco (2011). Diásporas y transiciones en la Teoría del Actor-Red. *Athenea Digital*, 11(1), 3-13. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/852>
- Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud (B.O.J.A. nº 136 de 15/07/2015)
- Deluze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En Balbier, E., (et al.) Michel Foucault, filósofo. (pp. 155-163) Barcelona: Gedisa.
- Echevarría, K. y Mendoza, X. (1999). La Especificidad de la Gestión Pública: el Concepto de Management Público. en Losada i Madorrán, C. (Ed). ¿De Burócratas a Gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. (pp. 15-46) Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Fernández Santos, Y., Fernández Fernández, J. M., y Rodríguez Pérez, A. (2008). Modernización de la Gestión Pública: necesidad, incidencias, límites y críticas. *Pecunia*, 6 (enero-junio), pp. 75-105.
- Freeman, E. y Reed, D (1983). Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review*, Spring 25(3), pp. 88- 106.
- Freeman, Edward R. (2010). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*”, London: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta. (2ª edición)
- Foucault, M. (1980). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Garay, A., Íñiguez, L. y Martínez, L. M (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. UCES, 7, pp. 105-130.
- García Sánchez, Isabel M. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales, 47, pp. 37-64.
- García A. C. M. (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6 (1), pp. 143-154.
- García A. C. M., Rodríguez L. S. M. y Suárez P. K. V. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica*, 10 (3), pp. 841-853.

- Gardner, H. (1987). *The New Science of Mind*. New York: Basic Books Publishers.
- Gergen, K. J. (1998). La psicología social como historia. *Anthropos: Huellas del conocimiento*, 177, pp. 39-49.
- Gergen, K. J. (2010): *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gil-Juárez, Adriana y Vitores González, Anna (2011). *Comunicación y discurso*. Barcelona: UOC.
- Gómez y Patiño, María y Meneses Carvajal, Aldo (2010). Repensar la identidad individual en el proceso de participación en el nuevo estilo de management. *Revista Enfoques*, Vol. VIII, nº 13, pp. 197-210.
- Ibáñez, T. (ed.) (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai.
- INFORME ABRIL, Comisión presidida por Fernando Abril Martorell, 1991, Madrid: España. Recuperado de: www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
- Íñiguez, L. (ed.) (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.
- Íñiguez, L. y Antaki, Ch. (1994). El análisis del discurso en *Psicología Social*. *Boletín de Psicología*, Vol. 44, pp. 57-75.
- Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48(2), pp. 277-293. Doi: 10.5209/rev_POSO.2011.v48.n2.4
- Jiménez, A. (1997). La gestión por competencias: una nueva manera de gestionar la organización y las personas desde un nuevo paradigma. En Ordóñez, M. (ed.) *Psicología del Trabajo y Gestión de Recursos Humanos*. (pp. 347-364) Barcelona, Gestión 2000.
- Kong, E. (2010). Intellectual Capital Management Enablers: A Structural Equation Modeling Analysis. *Journal of Business Ethics*, 93(3), pp. 373-391.
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the Social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Law, J. (2009). Actor network theory and material semiotics. En Bryan S. Turner (ed.) *The new Blackwell companion to social theory*. (pp. 141-158) Malden: Wiley-Blackwell.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía. (BOJA núm. 74, de 4 de julio y BOE núm. 185, de 4 de agosto)
- Lorenzo, S. (2008). Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. *Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria*, 22, pp. 186-191.
- Martín Martín, José Jesús (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Alternativas.

- Martín-Quirós, M. A. y Zarco, V. (2009). *Psicología del trabajo, de las organizaciones y de los recursos humanos. Un área abierta a la reflexión*. Madrid: Pirámide.
- Morgan, G. (1999). *Imagin-i-zación*. Barcelona. Granica. Citado en Quijano, S. (Dir.) (2006). *Dirección de Recursos Humanos y Consultoría en las organizaciones. El ASH (Auditoría del Sistema humano)*. Barcelona: Icaria editorial, S.A.
- Mumby, D.K. (1997). The Problem of Hegemony: Re reading Gramsci for Organizational Communication Studies. *Western Journal of Communication*, 61(4), pp. 343-375.
- Ortún, V. y Callejón, M. (2012). Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios? En Casajuana J. y Gervas J. (Ed.). *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. (pp. 157-170) Madrid: Springer Healthcare.
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Quijano, S. (dir.) (2006). *Dirección de Recursos Humanos y Consultoría en las organizaciones. El ASH (Auditoría del Sistema humano)*. Barcelona: Icaria editorial, S.A.
- Román Brugnoli, José Antonio (2007). Lo que las metáforas obran furtivamente: discurso y sujeto. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), art. 12, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702122>.
- Rose, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. London: Cambridge University Press.
- Schein, E. H. (1988). *Consultoría de procesos. Recomendaciones para gerentes y consultores*. Buenos Aires: Addison-Wesley Iberoamericana.
- Sisto, V. (2004). *Teoría(s) Organizacional(es) Postmoderna(s) y la Gest(ac)ión del Sujeto Postmoderno (tesis doctoral)*. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona.
- Suurmond J.M. (2005). Our talk and walk. Discourse analysis and conflict studies clingendael institute. Netherlands Institute of International Relations "Clingendael", Working paper 35.
- Taylor, J. (2001). The "rational" organization reconsidered. *Communication Theory*, 11(2) (May), pp. 137-177. Article first published online: 10 JAN 2006 DOI:10.1111/j.1468-2885.2001.tb00237.
- Tovar Martínez, Fco. José y Revilla Castro, Juan Carlos (2010). La supuesta neutralidad de la evaluación por competencias.”, *RIO*, nº 5, pp. 109-126.
- UNE 66175:2003 (2010). *Sistemas de gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores*. Aenor, Madrid: España.

VV.AA. (2006). Modelo de gestión por competencias del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

VV.AA. (2007). Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

VV.AA (2010a). Plan Estratégico 2010-2013. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

VV.AA (2010b). Plan Estratégico 2014-2017. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

VV.AA. (2010c). Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010-2014). Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

VV.AA. (2010d). Manual de competencias del anestesiólogo. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

VV.AA. (2012) Documento General de Certificación de Competencias Profesionales. (Rev. 0) 30 de Abril de 2012. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Wetherell, M., y Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En Gordo, A. y Linaza, J.L. (Eds.), Psicologías, discursos y poder (PDP). Madrid: Visor.