



El modelo de acreditación del sistema sanitario público en Andalucía

Manuel Morales Valero¹; José María González González²

Recibido: 07 de abril de 2016 / Aceptado: 03 de junio de 2016

Resumen. La implantación del modelo de calidad propuesto por la Administración andaluza para gestionar su sistema sanitario se encuentra con múltiples resistencias que dificultan su asunción como herramienta de gestión. En este artículo, abordamos esta problemática partiendo de un análisis del discurso donde, apoyándonos en el concepto de repertorio interpretativo propuesto por Potter y Wetherell (1987). A continuación, presentamos los resultados de dicho análisis en cuanto a las características de los objetos más relevantes que hemos identificado. Estos objetos-organizacionales nos explican la naturaleza poliédrica de la realidad del sistema sanitario destacando, no obstante, la existencia de ciertos consensos parciales (aceptación generalizada del sistema sanitario como servicio público, ineficacia de los incentivos económicos como motivadores, o lo negativo de la intromisión de la política tradicional en la gestión pública) que podrían hacer posible la adopción de un modelo dialógico de gestión que incluya los distintos intereses presentes en el sistema hacia una misma dirección estratégica.

Palabras clave: Reformas sanitarias; gestión sanitaria; neoliberalismo; gubernamentalidad; organizaciones sanitarias.

[en] The model for accreditation in the Andalusian public health system

Abstract. The implementation of the quality model proposed by the Andalusian regional government to manage its health system encounters various resistances that hinder the adoption of the model as a management tool by the stakeholders in the organisations that constitute the system. In this paper, we address this problem based on an analysis of discourse whereby, relying on the concept of interpretative repertoire put forward by Potter and Wetherell (1987). Next, we present the results of this analysis in terms of the characteristics of the objects that make up the system. These organizational objects explain the complex reality of health system showing the existence of implicit partial consensus (public nature of the health system; economic incentives do not useful for increasing motivation or the negative effect of the traditional politic manners into the public management) that it could give the option for a dialogic management model putting together all the interests towards the same strategic way.

Keywords: Healthcare reforms; health management; neoliberalism; governmentality; healthcare organisations.

¹ Universidad de Granada
E-mail: mmoralesvalero@gmail.com

² Universidad de Granada
E-mail: jmgonza@ugr.es

Sumario: 1. Introducción. 2. Fundamentación teórico-metodológica. 3. Análisis del discurso: modus operandi. 4. Principales resultados de análisis. 5. Las agencias “no humanas”. 5.1. El sistema sanitario público andaluz. 5.2. El servicio andaluz de salud y las agencias públicas empresariales sanitarias. 5.3. La agencia de calidad sanitaria de Andalucía. 5.4. Los instrumentos de gestión. 5.5. Los incentivos económicos. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía.

Cómo citar: Morales Valero, M.; González González, J. M. (2017). “El modelo de acreditación del sistema sanitario público en Andalucía”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 35(1), 187-208.

1. Introducción

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 y autonómicas desde los años ochenta 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).

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, postulados clave 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 noventa, cambios exógenos que se traducen tanto en una reestructuración de los servicios sanitarios como de la 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 habían 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 a cada territorio han hecho que su implementación sea 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 su asunción incondicional ya que esta línea gerencial se sostiene en una lógica mercantilista no siempre entendida como la más apropiada para gestionar los asuntos públicos (Echevarría y Mendoza, 1999: 40-41).

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

Hemos elegido el sistema sanitario público andaluz (en adelante SSPA) al tratarse de un ejemplo que responde perfectamente a la problemática 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 SSPA.

La ACSA es la organización perteneciente a la Administración andaluza encargada de conceptualizar y trasladar su modelo de calidad sanitaria a lo largo de todo su territorio. Ejerce una actividad consultora, fundamentalmente dentro del SSPA, donde actúa como entidad certificadora de varias áreas de trabajo, si bien, nos interesan especialmente sus funciones como entidad de certificación de competencias profesionales y formación continuada, dos áreas directamente relacionadas con la gestión de personal y perfectamente articuladas a través de un complejo sistema de gestión por competencias, utilizado como tecnología gerencial para trasladar el modelo de calidad a los profesionales sanitarios.

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, cubriendo los servicios de atención primaria y especializada desde dos organizaciones con carácter propio: Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) y las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (en adelante APES). Estas últimas se tratan de entidades surgidas en la década de los noventa como formas diferentes de organización y gestión sanitaria a la luz de las reformas sanitarias apuntadas. Tales agencias son de alguna forma la respuesta del SSPA a los actuales requerimientos sociopolíticos.

2. Fundamentación teórico-metodológica

Vamos a considerar el SSPA, 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" (Freeman y Reed, 1983) que lo conforman, y que de cara a nuestro análisis identificamos los siguientes: S1. Directivos y responsables del sistema, S2. Técnicos y tecnócratas, S3. Sindicalistas y S4. Trabajadores asistenciales.

Podemos hablar, entonces, de la convergencia de múltiples autorías en la construcción organizativa del SSPA. 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, 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). 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 (Gergen, 2010) 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 construyen la realidad del SSPA desde 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). Operativamente, esto significa que en un análisis discursivo no tienen por qué coincidir en cantidad, los discursos, con los grupos de interés analizados.

En este sentido, 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 (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, pudiendo a su vez auto-constituirse como productores de sí mismos. Si bien toda construcción es dependiente del momento socio-histórico de su creación (Gergen, 1998; Berger y Luckman, 1983).

Por otro lado, 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). Hablamos de un sistema formado por tres elementos básicos - argumentos, sujetos y objetos- interrelacionados de forma recíproca en tanto están 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: “actantes”, siguiendo el término utilizado dentro de la Teoría del Actor-Red (Actor-Network Theory o ANT) (Latour, 2005; Law, 2009). Además, 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, de entramado discursivo como guía de ensamblaje entre las características personales y organizacionales (Jiménez, 1997).

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, no encontraremos funciones constructivas coincidentes, sino que obtendremos tantas construcciones de argumentos, sujetos y objetos distintos como discursos co-existan.*

Podemos contextualizar esta hipótesis dentro del actual momento socioeconómico, donde existe un discurso de desprestigio hacia la política y la clase política en general, generado entre otros motivos, por sus actuaciones, la crisis de los partidos políticos en el marco neoliberal, la crisis de representación, de soberanía, etc. No obstante, en este artículo cuando hablemos de política nos referiremos a la clase política andaluza en tanto la estructura gerencial del SSPA ha venido respondiendo al modelo de clientelismo político, desarrollado por el PSOE-Andaluz, como por ejemplo en el nombramiento de los gestores del sistema (Arenas, 2015). Esta cuestión puede estar detrás del rechazo al sistema de gestión instaurado por la ACSA.

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

Además, como objetivo secundario que nos permita una mayor profundidad de análisis y comprensión nos ocuparíamos de identificar y describir que aportan y que 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 y los objetos presentes en el discurso, si bien, como decimos en este artículo vamos a prestar atención especialmente a estos últimos.

3. 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). 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. 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, aunque prestando especial atención a la forma y contexto en que son utilizadas, es decir, atendiendo a su indexicalidad (Potter, 1998: 136). Utilizamos los conceptos interconectados de función, construcción y variación propuestos por estos autores para llegar al repertorio interpretativo (Wetherell y Potter, 1996) como unidad analítica emergente.

Hemos llevado a cabo un muestreo teórico-intencional (Strauss, A. y Corbin, J., 2002) suficientemente representativo (Íñiguez, L., Antaki, Ch., 1994) de los principales grupos de interés afectados por el modelo de acreditación andaluz: S1 (directivos y responsables), S2 (técnicos), S3 (sindicalistas) y S4 (trabajadores asistenciales pertenecientes a las categorías médicos o enfermeros). Seleccionamos a los informantes por su pertenencia a alguna de estas categorías hasta lograr la saturación de los datos. El corpus de análisis además de por la información recogida de los participantes, se formó con una serie de documentos públicos tal y como puede verse en la siguiente tabla.

Tabla 1. Configuración del corpus de análisis.

CONFIGURACIÓN DEL CORPUS DE ANÁLISIS.										
Nº DE ENTREVISTAS / GRUPOS DISCUSIÓN				Nº Y DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES EN ENTREVISTAS / GRUPOS DE DISCUSIÓN						
GRUPOS DE INTERÉS / TIPO DE MATERIAL			Nº	CATEGORÍA PROFESIONAL				GÉNERO		
				MÉDICOS	ENFERMEROS/AS	OTROS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
S1	ENTREVISTAS (S1E)	Individuales	2	1	1	0	2	0	2	2
		Grupales	0	0	0	0	0	0	0	0
	DOCUMENTOS (S1D)		2	D1. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. D2. Plan Estratégico 2010-2013 de la ACSA.						
S2	ENTREVISTAS (S2E)	Individuales	1	0	0	1	1	0	1	1
		Grupales	1	0	0	2	2	1	1	2
	DOCUMENTOS (S2D)		3	D3. Documento General de Certificación de Competencias Profesionales. (Rev. 0) 30 de Abril de 2012. D4. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. D5. Manual de competencias del anestesiólogo.						
S3	ENTREVISTAS (S3E)	Individuales	1	0	1	0	1	0	1	1
		Grupos Discusión	2	1	3	1	5	2	3	5

S4	ENTREVISTAS (S4E)	Individuales	9	1	0	0	1	1	0	1
		Grupos Discusión	3	8	10	0	18	10	8	18
TOTALES			24	11	15	4	30	14	16	30
RESULTADOS (ATLAS.TI):			<i>Críticos</i>	1. Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) 2. Servicio Andaluz de Salud (SAS) / Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) 3. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) 4. Instrumentos de gestión 5. Incentivos económicos						
			<i>Ontológicos</i>							
			<i>Legitimadoras</i>							

Así, se realizaron entrevistas semiestructuradas, individuales y grupales, de entre 45 y 80 minutos de duración (según el caso) 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). En la tabla 2 se detallan los temas que guiaron tales entrevistas que, además, fueron grabadas en soporte digital y transcritas en su totalidad, previo consentimiento de los informantes. De este modo, conseguimos una completa fotografía del sistema en el espacio-tiempo: noviembre 2013 / febrero 2014.

Tabla 2. Temas de interés.

CORPUS DE ANÁLISIS.	
TEMAS DE INTERÉS	
S1	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.
S2	La selección por competencias profesionales. La evaluación del desempeño en el SSPA.
S3	El servicio andaluz de salud vs. Las agencias públicas empresariales sanitarias.
S4	

El “modus operandi” consistió en identificar y codificar los diferentes extractos textuales, no en función de lo que cuentan descriptivamente hablando como si de un espejo de la realidad se tratara (Willig, C., 2008), sino en función de lo que hacen: de su orientación a la acción (Austin, J. L., 1982). Esta tarea fue apoyada por el software de análisis de datos cualitativos ATLAS.TI (Versión 6.2.28) (Muñoz, J. y Sahagún, M.A., 2010). 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).

En total agrupamos las codificaciones iniciales en tres grandes repertorios interpretativos. La pretensión de este artículo no es la de explicar detalladamente estos repertorios, sino la de prestar atención a los objetos que se construyen desde ellos. De este modo, antes de describirlos, realizaremos una breve parada para explicar las funciones de las categorías crítica, ontológica y legitimadora, en tanto suponen el marco donde se insertan y cobran sentido los objetos que presentamos a continuación.

Utilizamos a lo largo de las descripciones de estos objetos-organizacionales referencias constantes a ciertos tropos y/o elementos retóricos que han sido utilizados en su descripción, aclarando en algunos casos algunos aspectos sobre su utilización.

4. Principales resultados de análisis

Repertorios críticos

Recogen a grandes rasgos aquellas descripciones que explican el sistema de calidad y gestión por competencias como un ataque a los trabajadores al entender que responde a los intereses político-ideológicos de la Administración y sus responsables. Así, el modelo de acreditación se califica como subjetivo y arbitrario, explicación que sirve para exonerar a los trabajadores por su no implicación con el modelo.

Repertorios legitimadores

Integran las descripciones encargadas de presentar el sistema, contrariamente a las anteriores, como objetivo y justo, en tanto utiliza un conocimiento y unas prácticas tecno-científicas incuestionables. Representa el discurso de la Nueva Gestión Pública y se fundamenta en parámetros lógico-positivistas en tanto discurso hegemónico.

Repertorios ontológicos

Describen los esfuerzos por salvar las distancias entre los dos anteriores al destacar la buena disposición y esfuerzo de los trabajadores (asistenciales y responsables) a la vez que explica los puntos negros del sistema como excepciones para confirmar la regla, entendiéndolos más como problemas del modo de implantación que como desencuentros profundos con la filosofía gerencial.

5. Las agencias “no humanas”

5.1. 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 de 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 gerenciado desde disciplinas sanitarias, no en base a conocimientos relacionados con la administración de empresas. El 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” 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 andaluza 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? (S4E)

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 mando 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 en base a 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. (SID-1).

5.2. 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 andaluza liderada por el PSOE, 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 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, es decir, aquellos relacionados con el PSOE-Andaluz, si bien este hecho se reconoce implícitamente en las entrevistas. 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 (S3E)

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 base a conocimientos tecno-científicos incuestionables en tanto gozan de una gran objetividad, una organización será tanto más justa y estará mejor gestionada en función 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 como 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 (S4E)

5.3. 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 cotidianidad 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:

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. (S4E)

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 el 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 estrategas 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... (SIE).

5.4. 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...”* (S4E).

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 afin, 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 (S4E)

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.

5.5. Los incentivos económicos

Es, el dinero, el objeto sobre el que más consenso existe en cuanto a la concepción y características que le atribuyen 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. (S3E)

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 falto 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. (S2E).

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).

6. Conclusiones

En definitiva, el modelo de calidad que intenta instaurar la Administración no genera consenso entre los distintos grupos de interés tal y como se dejaba entrever en el Plan Estratégico de la ACSA 2010-2013 y como planteábamos en nuestra hipótesis.

Es, entonces, el SSPA una realidad poliédrica construida multi-discursivamente. No obstante, si bien "*...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), apostamos por considerar como un hecho positivo la pluralidad discursiva inherente a todo sistema organizativo como un valor que se ha de saber gestionar estableciéndose los cauces necesarios para que la conversación organizacional fluya sin ningún tipo de trabas hacia la consecución de la misión, visión y objetivos estratégicos del SSPA.

Como decíamos, en toda organización existen juegos de poder que posicionan un determinado discurso (consciente o inconscientemente), 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, inevitablemente no podrá ser

dirigida sin contar con la totalidad de elementos que la sostienen. Por tanto, planteamos la necesidad de adoptar un modelo dialógico de gestión donde a través de la investigación-acción participante (Martín-Quirós, 2009: 115-147) se tenga en cuenta la pluralidad conformante del sistema sanitario, ya que concebir los objetos-organizacionales de una u otra forma, como hemos analizado aquí, tiene consecuencias constructivas importantes no siempre en la línea que desearía la versión oficial del sistema. Una determinada concepción de la organización necesita de pilares sólidos (objetos en este caso) que la sustenten y haga posible su continua existencia, transformación y mejora.

Así pues, podemos extraer algunas conclusiones interesantes sobre nuestro análisis que ayuden tanto a explicar los motivos del poco calado del discurso administrativo de la calidad, como a poner en marcha el proceso de gerencia discursiva al que nos acabamos de referir:

En primer lugar, existen tantas realidades (relaciones coherentes de argumentos, sujetos y objetos) como discursos, por lo que las descripciones de los objetos emergentes en el corpus guardan una estrecha relación con el discurso que las construye, así como con el resto de elementos que lo componen, 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, independientemente del discurso desde el que sea utilizado. 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 motivación hacia 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 existe un consenso generalizado sobre su naturaleza, adquiere distintas matizaciones según el modo en que es enunciado. La existencia de cierto consenso en torno a la función del dinero no es más que un ejemplo de la característica intertextual de los discursos. Decíamos que estos no son unidades herméticas, sino que dialogan con otros discursos existiendo puntos coincidentes de anclaje de forma puntual, como en este caso, lo que no significa, por otro lado, que pierdan la idiosincrasia que nos ha hecho identificarlos por separado.

En segundo lugar, la versión del sistema utilizada desde el discurso crítico es muy perjudicial para el proceso dialógico que entendemos ha de ponerse en marcha para gerenciar el discurso sanitario. Construir la práctica mayoría de objetos organizativos como instrumentos al servicio del poder político (exceptuando en parte al Servicio Andaluz de Salud), implica entenderlos como armas arrojadas y/o elementos constituidos para una especie de fin maquiavélico. Esta descripción niega la existencia de juegos de poder por parte de los grupos de interés al anular su posibilidad de generar actos de resistencia activa (solo se les reconoce la asunción estoica de lo que consideran como una injusticia). Sólo se valora 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 de la organización quedaría truncado.

En tercer y último lugar, destacamos como 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 lo negativo 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 proceso por lograr cierto consenso organizativo. Podemos afirmar que el discurso que hemos denominado como legitimador, viene a establecer la gestión privada como “más profesional”, argumento que sirve de puerta de entrada al neoliberalismo en la gestión de servicios sanitarios justificando su privatización. En este aspecto, 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. Si bien, como hemos dicho, no se critica la naturaleza pública del sistema, pero sí su modelo gerencial. Entendemos, por tanto, que el debate público-privado (desde un punto de vista gerencial como filosófico) ha de ser llevado a cabo de forma clara y explícita debido a las implicaciones constructivas que conlleva. 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 existente –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, siempre y cuando se dé un esfuerzo consciente hacia el acercamiento de posturas para lograr consensos que logren un auténtico empoderamiento de aquellos grupos que se describen a merced del “capricho político”.

7. Bibliografía

- 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): 1073-1084. Doi: 10.11144/Javeriana. UPSY12-4. geme
- Antaki, C.; Billig, M.; Edwards, D. y Potter, J. (2003). El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital*. 3: 14-35.

- Arenas Posadas, C. (2015). Poder, economía y sociedad en el sur: historia e instituciones del capitalismo andaluz. Sevilla: *Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios*.
- Austín, J. L. (1982). Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones. *Barcelona: Paidós*.
- Berger, P. y Luckman, T. (1983). La Construcción Social de la Realidad. *Buenos Aires: Amorrortu*.
- 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.; Rodríguez Pérez, A. (2008). "Modernización de la Gestión Pública: necesidad, incidencias, límites y críticas." *Pecunia*, 6 (enero-junio): 75-105.
- Freeman, E.; Reed, D. (1983). Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review*, Spring 25(3): 88- 106.
- Foucault, M. (1979). Microfísica del poder. *Madrid: La piqueta*.
- Garay, A.; Íñiguez, L.; Martínez, L.M. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. Subjetividad y Procesos Cognitivos. *UCES*, 7: 105-130.
- García Sánchez, I.M. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. Presupuesto y Gasto Público. *Instituto de Estudios Fiscales*, 47: 37-64.
- García A. C. M. (2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6 (1): 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): 841-853.
- Gergen, K. J. (1998). La psicología social como historia. *Anthropos: Huellas del conocimiento*. 177: 39-49.
- Gergen, K. J. (2010). El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. *Barcelona: Paidós*.
- Ibáñez, T. (ed.) (1989). El conocimiento de la realidad social. *Barcelona: Sendai*.
- 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*. 44: 57-75.
- Irigoyen, J. (2011). La reestructuración de la profesión médica., *Política y Sociedad*. 48(2): 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*. Barcelona: Gestión 2000.
- Latour, B. (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.
- Lorenzo, S. (2008). Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. *Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria*. 22: 186-191.
- Martín Martín, J.J. (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.
- Mumby, D.K. (1997). The Problem of Hegemony: Re reading Gramsci for Organizational Communication Studies. *Western Journal of Communication*. 61(4):343-375.
- Muñoz, J. y Sahagún, M.A. (2010). Análisis cualitativo asistido por ordenador con ATLAS.ti. En Izquierdo C., Perinat, A., coordinadores. *Investigar en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas*. (pp. 299-363) Barcelona: Amentia.
- 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, J.A. (2007). Lo que las metáforas obran furtivamente: discurso y sujeto. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 8(2), art. 12.
- Rose, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. London: Cambridge University Press.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría. *Universidad de Antioquia*.
- Suurmond J.M. (2005). Our talk and walk. Discourse analysis and conflict studies clingendael institute. *Working paper 35. Netherlands Institute of International Relations "Clingendael"*.
- Taylor, J. (2001). The "rational" organization reconsidered. *Communication Theory*, 11(2): 137-177. *Article first published online: 10 JAN 2006 DOI:10.1111/j.1468-2885.2001.tb00237*.
- VV.AA. (2010a). Plan Estratégico 2010-2013. Andalucía. *Agencia de Calidad Sanitaria*.
- VV.AA. (2010b). Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2010-2014). *Andalucía. Consejería de Salud*.
- Wetherell, M., y Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. (p. 63-78.) En Gordo, A. y Linaza, J.L. (Eds.), *Psicologías, discursos y poder (PDP)*. Madrid, España: Visor.
- Willig, C. (2008). Introducing qualitative research in psychology. *Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.