

La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder *

Ideology in normative planning and neoliberal modernization: contexts and power devices

Alejandro Perdomo Rubio¹, Gilberto Hernandez Zinzún²

RESUMEN Las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos en América Latina pretenden realizar cambios en las formas como se produce la atención y el cuidado. La actual reestructuración productiva se asegura ideológicamente mediante el desplazamiento de los discursos hegemónicos en el sector, de la planificación normativa hacia los discursos de la modernización neoliberal. En el presente artículo, la metodología utilizada fue cualitativa, a través del análisis crítico del discurso. Se analizaron las principales características de ambos paradigmas hegemónicos, la relación entre sus principales tecnologías con los contextos económicos, sociales y culturales en que emergieron y su articulación con los dispositivos de poder.

PALABRAS CLAVE Reforma de la atención de salud; Cambio social; Capitalismo, Controles informales de la sociedad.

ABSTRACT *The productive restructuring of public hospitals in Latin America pretends to make changes in the ways in which attention and care occurs. Current productive restructuring is ideologically ensured by the displacement of the hegemonic discourses in the sector, from Normative Planning to the discourses of neoliberal modernization. In this article, the methodology was qualitative, through Critical Discourse Analysis. The analysis approached to the main features of both hegemonic paradigms, the relationship between its core technologies with economic, social and cultural contexts in which they emerged and how it relates to power devices.*

KEYWORDS *Health care reform; Social change; Capitalism; Social control, Informal.*

* El presente artículo forma parte de la tesis para obtener el título de doctor en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco de Alejandro Perdomo Rubio: 'La ideología en la Reestructuración productiva de los Hospitales Públicos en Colombia y México'.

¹ Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Profesor Investigador. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. alperdo77@yahoo.com

² Doctor en Antropología. Profesor Titular, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. zinzun@unam.mx

Introducción

Las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos en América Latina pretenden asegurar los cambios en las formas como se produce la atención y el cuidado mediante el establecimiento del paradigma ideológico de la modernización neoliberal suprimiendo el anterior, de la planificación normativa. En la vida cotidiana, a pesar que los trabajadores hospitalarios y los pacientes perciben que su participación en la definición de los temas centrales de la atención y el cuidado es cada vez menor, aceptan las propuestas como una necesidad, como único camino, no obstante entender el carácter diferencialmente excluyente de cada uno de estos paradigmas. Consideramos que esta inmovilidad o incoherencia entre pensamiento y acción se presenta en gran medida por los efectos de la ideología. El presente estudio busca aproximarse a las principales características de ambos paradigmas ideológicos, la relación entre sus principales tecnologías con los contextos en que emergieron y su articulación con los dispositivos disciplinarios y de seguridad-control.

Partiendo de la propuesta de Zizek (2003), entendemos la ideología como una configuración de paradigmas, disposiciones y prácticas, que aseguran la producción, reproducción y transformación del orden social, constituida de manera tal que oculta esta pretensión pragmática. La ideología entendida como paradigma trata sobre doctrinas, teorías, creencias y procedimientos argumentativos que, como significaciones/construcciones de la realidad, están destinadas a convencernos de su verdad, no obstante estar al servicio de algún interés inconfeso de mantener o reproducir ciertas relaciones de poder.

Metodología

La metodología de la investigación fue

cualitativa, la cual estudia los fenómenos mediante la interpretación del significado que los productores de discursos ideológicos le dan a estos (DENZIN; LINCOLN, 2000). En la investigación cualitativa se reconoce el carácter reflexivo de la investigación social, por lo tanto el investigador es el instrumento de investigación por excelencia. El método cualitativo busca un concepto que pueda cubrir parte de la realidad y entiende que cada fenómeno es cualitativamente único.

En el análisis ideológico realizado pretendimos develar cómo un cierto orden social se asegura mediante la hegemonía de paradigmas, que se invisten de neutralidad, de técnica o cientificidad, pero que sólo pueden explicarse a partir de sus relaciones con su contexto histórico social; y cómo se configuran mediante mecanismos para controlar los cuerpos y mentes de los participantes de la atención y el cuidado. Reconocimos cómo apelar a la naturalidad o neutralidad de los discursos sobre las reformas sanitarias o las reestructuraciones de los hospitales es una estrategia ideológica. Para entender este carácter ideológico abordamos, por un lado, la relación entre los discursos con los contextos sociales de emergencia (FAIRCLOUGH, 2001). Por otro lado, identificamos las formas como sus propuestas técnicas se articularon a ciertos dispositivos de poder (FOUCAULT, 2002; 2006), que permitieron asegurar el orden social hospitalario hegemónico.

Del paradigma de la planificación normativa analizamos los textos Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la Salud (AHUMADA ET AL., 1965) y el libro Métodos de Planificación Sanitaria Nacional (HILLEBOE; BARKHUUS; THOMAS, 1973). Del paradigma de la modernización neoliberal analizamos los textos: Informe Mundial Invertir en Salud (BANCO MUNDIAL, 1993), el Pluralismo Estructurado (LONDOÑO; FRENK, 1997), y Transformaciones de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe (OPS, 2001).

Contexto de emergencia de los discursos de la planificación normativa

Las condiciones de posibilidad de los discursos sobre la Planificación en Salud para América Latina se encuentran en el contexto del capitalismo pesado y la guerra fría. Uno de los textos fundantes de la planificación sanitaria en la región se publica en 1965, sólo unos años después de la Revolución Cubana, de la Conferencia de Punta del Este y de la Alianza para el Progreso. Movimientos sociales, partidos comunistas y socialistas y agrupaciones guerrilleras, buscaban cambios revolucionarios de la sociedad.

Mientras, los Estados buscaban asegurar la reproducción del sistema capitalista mediante la promoción de instituciones que contenían dispositivos orientados a hacer dóciles a los individuos. Un ejemplo era la ampliación de coberturas de la atención hospitalaria: le restaba credibilidad a los grupos revolucionarios, para quienes las pésimas condiciones de salud de los trabajadores era una de las razones para comenzar o impulsar su gesta y seguir el ejemplo cubano. Al mismo tiempo, se buscaba hacer útiles a las personas, especialmente a los trabajadores urbanos, como también al ejército industrial de reserva. Se impulsaba el modelo de desarrollo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), en donde la industria se pensó como el nuevo motor económico de la región. El capital del ISI requería fuerza de trabajo urbana y sana que se empleara en las fábricas y el Estado debía asegurárselos. Los trabajadores, por su parte, pedían en sus reivindicaciones atención hospitalaria. De esta forma se crearon y fortalecieron instituciones de seguridad social y la conformación de Ministerios y Secretarías de Salud. Las primeras atendían a los trabajadores y los segundos al ejército industrial de reserva.

La relación entre capital y trabajo era de dependencia, uno necesitaba al otro y aseguraba la reproducción del sistema económico

capitalista (SENNET, 2008). Este compromiso del capital, del Estado y de los trabajadores, expresado en la seguridad social y la atención de salud estatal, es la principal característica del capitalismo pesado.

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

Otra superficie de emergencia de la Planificación en Salud fue el taylorismo-fordismo. Este fue la manera como se organizó la fábrica desde inicios del siglo XX, pero también se constituyó en el modelo de otras instituciones del capitalismo pesado. El taylorismo se caracterizaba por una racionalización y una mecanización constante (BAUMAN, 2002). La interpretación racionalista de las organizaciones se basaba en la rigurosa separación de la planeación y la ejecución, los aspectos intelectuales y manuales del trabajo, libertad y obediencia, y con su apretado entrelazamiento de los opuestos en cada una de esas oposiciones binarias. Mientras, la mecanización tayloriana se expresaba en la especialización y el control de la cadena productiva, con una estructura jerárquica que permitía una fluida transmisión de órdenes.

Sin embargo, en los hospitales este taylorismo debía apoyarse en los dispositivos disciplinarios de la medicina. El control tayloriano sobre el trabajo de los profesionales y la atención y cuidado a los pacientes se apoyaba en la mirada médica, en esa disposición médica disciplinaria de percibir, explorar, valorar, conocer cada detalle del cuerpo del enfermo a través de la mirada y con ello describir, dar sentido y controlar a

las patologías y a los enfermos (FOUCAULT, 1966). Esa disposición a la vigilancia detallada y continua a través de la mirada sobre los enfermos era también empleada en el control de los mismos médicos y enfermeras en su trabajo. La mirada médica en el hospital no sólo explora y controla el cuerpo del enfermo sino el de sus pares. La disciplina médica parte de una vigilancia estricta e ininterrumpida de cada movimiento, cada uso del cuerpo, tanto del paciente como de los mismos profesionales. Nada en ellos debía ser inútil, todo debía ser dócil. La disciplina tayloriana, la planeación en salud y el Estado usaron esta mirada médica sobre pacientes y trabajadores de la salud, y con ello su eficacia, su reproducción.

Los dispositivos de poder de los hospitales taylorianos eran el apoyo de los dispositivos médicos para ejercer su hegemonía en el orden social hospitalario. Mintzberg (1991) habla entonces de organizaciones del tipo burocracias profesionales, donde las relaciones entre directivas y trabajadores estaban boca abajo, donde a diferencia de las fábricas la posición de los médicos era superior al de las directivas. El orden social hospitalario hizo de directivos, médicos, enfermeras y pacientes sujetos disciplinados. Con todo, y precisamente por esta relación de dispositivos disciplinarios, los hospitales eran eficaces: garantizaron la institucionalización de la salud, la reproducción de los trabajadores y de los desempleados y con ello la reproducción económica y política del capitalismo pesado.

El contexto de emergencia de la modernización neoliberal

Por su parte, el contexto donde emergieron los discursos neoliberales de políticas de salud se enmarca en la década de los años 80 y 90, caracterizada por la presencia de los gobiernos conservadores de Reagan y Thatcher, y en América Latina con Pinochet. Tiene como antecedentes la década perdida,

donde gobiernos y organismos privados de la región entraron en cesación de pagos de su deuda externa, para posteriormente encaminarse por estrictas reformas estructurales impuestas por los organismos financieros internacionales – Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo Monetario Internacional – como condición para el otorgamiento de nuevos financiamientos.

Además, recordemos que durante los 80 y 90 finalizaron las dictaduras en el continente. Las dictaduras doblegaron y exterminaron a muchos de los grupos sociales y políticos quienes podían hacer oposición a las condiciones de la banca multilateral. Asimismo, en los procesos de transición democrática se establecieron pactos para neutralizar políticamente esos grupos sociales. A su vez, muchos políticos y empresarios se plegaron a las reformas propuestas por la banca internacional.

El contexto de los años 80 se debe entender a partir de la finalización, a comienzos de los años 70, del sistema construido en base a la Conferencia de Bretton Woods. En 1944, año de su creación, la conferencia buscaba la recuperación económica mundial después de la Segunda Guerra Mundial. Allí se designó al dólar de EEUU como moneda de reserva internacional, y se definió que todas las demás monedas tuvieran tasas fijas de cambio con respecto al mismo. Pero ninguna de sus cláusulas impedía que la Reserva Federal de EEUU incrementara su provisión de billetes, lo que eventualmente hizo. Así, el respaldo en oro de cada dólar disminuyó sin cesar, no habiendo al final suficiente para respaldar todos los dólares emitidos. Con la guerra en Vietnam, EEUU acumuló déficit presupuestario e inundó al mundo con dólares sin respaldo. Nixon en 1971 eliminó la convertibilidad del oro, lo que conllevó a que, sin su respaldo, desaparecieran los límites que impedían la proliferación de billetes de dólar.

Esto tuvo dos efectos de nuestro interés.

El primero es que la banca internacional, al verse con una inmensa cantidad de dinero, se lo prestó durante los años 70 con tasas de interés bajas y muy flexibles a los gobiernos y los privados de América Latina. Pero con el transcurrir de la década fueron aumentando las tasas de interés hasta hacer impagable la deuda adquirida. Esto desembocó en la crisis de la deuda y las reestructuraciones económicas de los años 80 y 90 a que se aludió.

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

De esta forma, la rotación de capital se hizo más frenética en toda la economía: para obtener ganancias se requería tanto mayor eficiencia financiera como una producción más acelerada, en menor tiempo, llevando a profundas reestructuraciones

productivas de las empresas, en las cuales la flexibilización de todo el proceso de trabajo era la constante, transformación que los teóricos han denominado toyotismo, just in time, entre otras conceptualizaciones (GARZA-TOLEDO, 2001). La flexibilización se extendió desde las tecnologías duras como la infraestructura – la empresa puede ubicarse en cualquier parte del planeta – a las de la información – como la telemedicina, donde un médico puede realizar cirugías desde el otro lado del mundo –, de las tecnologías organizacionales – donde partes de la empresa se pueden tercerizar o subrogar – como también del trabajo – donde la flexibilización laboral lleva al rompimiento de la dependencia que guardaba el capital con el trabajo –. Estas tecnologías basadas en la eficiencia empresarial se transfirieron al sector salud reformado, a los hospitales.

Su contraparte fue la necesidad de aumentar el consumo. La rotación de capital aceleró la producción y por ende hubo más mercancías en los estantes. Se necesitaba cerrar el ciclo con mayor consumo de lo producido y esto por medio de distintas tecnologías: haciendo que más personas consumieran – por ejemplo mediante la eliminación de barreras arancelarias para el comercio exterior – o la conformación de pobres en nuevos consumidores – subsidios a la demanda o transferencias directas de dinero por parte del Estado – o la inculcación del consumismo como disposición y como práctica centralísima en la mente de los individuos y como cultura de las instituciones y sociedades modernas. Las relaciones de dependencia entre el capital y el trabajo rotas se transfiguran en relaciones de dependencia entre el capital y los consumidores, configurándose el capitalismo liviano, flexible, consumista.

En este contexto emergen los paradigmas modernizadores neoliberales y sus discursos sobre la reforma sanitaria y las reestructuraciones productivas de los hospitales públicos. Según el nuevo paradigma ya no se requiere un Sistema de Salud constituido

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

Los dispositivos de poder en los discursos de las agencias internacionales

Estos discursos están arropados de técnica pero articulados a dispositivos de poder que aseguran la reproducción o transformación del orden social. Los dispositivos de poder de tipo disciplinarios presentan una supremacía por sobre los de control-seguridad en lo que respecta al paradigma de la planificación, mientras que en la modernización neoliberal se evidencia una supremacía de los de control-seguridad sobre

los disciplinarios (FOUCAULT, 2006).

Los dispositivos de poder en la planificación normativa

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

Para los autores, los gobiernos deberían aplicar conocimientos recomendados por la ciencia y técnicas modernas para utilizar de mejor forma los recursos disponibles. De esta forma “[...] los costos pueden reducirse a lo largo del tiempo, como consecuencia del esfuerzo de racionalización en el uso instrumental de los recursos [...]” (AHUMADA ET AL., 1965, P. 18). En este sentido, las proposiciones de un programa o plan debían cumplir con tres condiciones básicas: ser viables – factibles en la realidad –, internamente compatibles y eficaces.

Esta racionalización se apoyaba en la norma, tanto que comúnmente se le llamaba planificación normativa. El dispositivo disciplinario de la planificación normativa funcionaba de la siguiente forma: mediante un ejercicio racional de diagnóstico – descripción de la situación del sujeto y de los factores determinantes, las perspectivas y la evaluación – el planificador hacía un análisis, clasificación y descomposición de tiempos y actos del proceso de trabajo hospitalario – del objeto, como daños de morbilidad y mortalidad, recurso y metas –, de lugares – áreas programáticas, hospitales, servicios clínicos –, y con ello de individuos y sus disposiciones – pacientes, médicos, enfermeras –, en función de la eficacia del Estado y del mismo

hospital. Con ello se definían cuáles eran los más adecuados y cuál era el encadenamiento óptimo entre ellos para lograr sus objetivos. El modelo óptimo se establecía como norma, y ésta en meta. La planificación fijaba los procedimientos de control permanente para cumplir la meta y distinguía así entre quienes serían clasificados como ineptos o capaces, entre lo normal o lo anormal, dependiendo de lo que era capaz o no de ajustarse a la norma o meta. Lo fundamental era la norma.

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

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

Esta racionalización requería controlar la norma en la implementación de los planes y en las instituciones hospitalarias,

estructurándolos a partir de celdas disciplinarias. Es decir, una división jerarquizada de los ámbitos político-administrativos en niveles nacionales, regionales y locales, y, del trabajo hospitalario en dirección y atención clínica en los hospitales; una división del espacio territorial en unidades de planificación, y, del interior del hospital en departamentos y unidades de servicio; una fragmentación del proceso de la atención clínica especializando, verticalizando e instrumentalizando los saberes, prácticas y tecnologías; y un fraccionamiento de los cuerpos de los pacientes siguiendo las tipologías patológicas. Esta división permitía individualizar la administración mediante la vigilancia minuciosa de unidades cada vez más pequeñas:

[...] se debe procurar que el esfuerzo programático se extienda a todos los aspectos que componen una actividad. En primer lugar, por la razón muy obvia de que en todos ellos se usan recursos escasos, y en segundo lugar, porque cada actividad posee una estructura interna que, si bien es flexible, es conveniente mantener. (AHUMADA ET AL., 1965, P. 8).

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

Los dispositivos de poder de la modernización neoliberal

En cambio en las reformas de los 90, los sistemas sanitarios al propender la eficiencia del capital, se disponen a la circulación, la competencia, lo centrífugo, a abrirse a nuevos campos, la libertad, al auto-equilibrio y a la normalización. El problema que querían resolver las agencias multilaterales

era cómo usar los recursos limitados del sector salud para hacer más, para más población, de la manera más veloz. Se requería dar un paso del hospital eficaz al eficiente; a la Productividad:

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

En la planificación normativa uno de sus problemas centrales era la dimensión temporal, donde se buscaba planear el futuro, es decir, asignar recursos para un consumo en el presente o una inversión productiva posterior, decidir entre objetivos inmediatos y objetivos futuros establecidos en quinquenios o decenios. Se hacían pronósticos con racionalidad, para tomar decisiones sobre acciones de efecto prolongado. Se planteaba en términos de que si 'a' ocurre, probablemente resultará 'b' como consecuencia de hipótesis razonables. En cambio, en los discursos de la modernización hospitalaria, no se planea a largo plazo, sólo se establecen reglas de juego. Esto en buena medida debido a lo que llaman deficiencias en la intervención estatal o fallas de estado:

Los gobiernos pueden errar en su estimación de los resultados que una intervención tendrá en la práctica, pues sólo tienen un control parcial sobre la forma en que reaccionan los participantes privados, y esa reacción puede socavar el objetivo que se persigue. (BANCO MUNDIAL, 1993, P. 13).

Por otra parte, con la planificación normativa se requería que el consumidor diera espera a la satisfacción de sus deseos, su gratificación y con esto asegurara la eficacia

de la institución y de la práctica médica: era paciente. Pero al convertirse el paciente en cliente y la sociedad en un mercado, y al volverlos el centro del sistema, en los discursos se pretende su satisfacción inmediata, sin dilaciones, sin postergaciones. No se planea a largo plazo y satisfacen los deseos inmediatamente; es la nueva cultura del capitalismo (SENNET, 2008).

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

Los dispositivos de poder para acelerar la productividad se pueden resumir en cuatro puntos. En el primero, en vez de pretender controlar los recursos y los cuerpos mediante la norma, desde las direcciones o los Ministerios de Salud, pero especialmente desde la mirada médica, se deben dejar circular. Circulación de recursos, especialmente el capital en muchas manos, el Pluralismo (LONDOÑO; FRENK, 1997). Pero también de los recursos de infraestructura, por medio de privatizaciones, mezclas público-privadas o subrogaciones de áreas o servicios completos del hospital; de equipamientos, medicamentos e insumos, permitiendo la compra descentralizada y directa de los hospitales o la dosificación exacta por consumidor; de los recursos humanos o talento humano, mediante la flexibilización laboral o la tercerización; circulación de los consumidores entre prestadores, mediante la entrega de subsidios a la demanda.

También se requería la circulación de la información. La información inmediata se

convierte en un recurso indispensable para la gestión hospitalaria y de todo el sistema. Sistemas de información sobre la circulación de los beneficiarios, la morbilidad y mortalidad, de la calidad, de los estados financieros, de los recursos humanos, guías médicas, protocolos de atención, normas de acreditación, entre las más importantes. Pero además, la información debía estar disponible en el menor tiempo posible, lo que requiere un trabajo de recolección, procesamiento y análisis veloz. Nuevos sistemas, nuevos formatos, que se renuevan constantemente, más tiempo médico dedicado a recolectar información dirigida a la gestión quitándole tiempo clínico, creación de oficinas para su diseño, clasificación y puesta en circulación, al interior y el exterior del hospital, formación y conformación de mandos medios en gestión de la información, uso de computadoras e internet, para el registro de las historias clínicas, de procedimientos, de costos, de calidad, para su circulación. En el hospital modernizado la información es una obsesión: es la parte gravitante del dispositivo de la seguridad-control y porque se invierte de neutralidad, dándole toda su eficacia ideológica.

Por último, en los sistemas de salud y en los hospitales modernizados se deben dejar circular las subjetividades de los trabajadores y los consumidores. Especialmente permitir la circulación de intereses, confianza, motivaciones, estímulos, que unos y otros tienen sobre la atención, con la justificación de brindar más calidad a la misma. Esto para gestionarlos y orientarlos desde el *management*. No es la coerción de la dirección, quien señala qué debe hacerse, sin considerar la subjetividades de médicos o pacientes, sino conocer, clasificar, analizar y modificar los intereses de los trabajadores para volverlos más eficientes. Se usa toda una serie de tecnologías para gestionar las subjetividades: incentivos económicos o de status a médicos o enfermeras para producir más o para formarse más, o a los pacientes, generando confianza al señalar la certificación

del servicio o incentivando la demanda de servicios preventivos o generando miedo mediante la judicialización de la práctica clínica. No se reprime, sino que se orienta a ajustarse a las demandas del mercado.

En relación al segundo punto que caracteriza los dispositivos de poder para acelerar la productividad, una vez se dejan circular recursos, información y subjetividades, el siguiente paso es su libre encuentro en la competencia. Los dispositivos hacen que los hospitales tiendan hacia la competencia por los recursos financieros circulantes en forma de subsidios a la demanda o al establecer contratos y compromisos de gestión con los articuladores. Los hospitales públicos deben competir por la población a atender y por los articuladores, deben seducirlos, atraerlos, inducir su demanda, para que consuman los servicios que producen. Deben desplegar una serie de informaciones, datos, símbolos, que generen una necesidad de consumo. Entre ellos la libre circulación de precios, premios de calidad, títulos de certificaciones o acreditaciones, infraestructura, compra de equipamientos de última tecnología, introducción de nuevos mecanismos de gestión o de modelos de atención, recursos públicos, entre otros.

Entran en competencia también los equipamientos, medicamentos e insumos. El hospital debe ser autónomo para gestionar estos recursos, comprarlos, almacenarlos, dispensarlos, unirse con otros hospitales en redes para su adquisición. También requieren la competencia entre el talento humano. Ya no se requiere que todos los trabajadores sean de planta o de base, sino que circulen y compitan entre sí para conseguir un empleo. La competencia entre los trabajadores implica libertad para emplearse y para negociar su salario o sus condiciones laborales individualmente. Para ello los trabajadores deben entrar en una carrera por obtener títulos de educación continua o de especializaciones y maestrías. Como señala Sennet (2008), el trabajador debe reinventarse varias veces en su vida laboral para mantenerse en

competencia. Al hospital le interesa tener esa información y procesarla, gestionarla, incentivarla. Además, los hospitales públicos pueden producir esos servicios de formación y otorgar esos títulos, y la comunidad científica se encuentra en una aceleración en la producción de conocimientos legítimos, a través de la explosión de artículos de revistas científicas, la Medicina Basada en la Evidencia, conferencias internacionales, etcétera. Lo importante aquí es que entre mayor sea la competencia entre trabajadores, mayor el número de títulos, mayor la formación, y se asume que mayor calidad técnica se tendrá y, sobretodo, a mayor velocidad.

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

Tercero punto de los dispositivos de poder para acelerar la productividad: una vez entran en competencia, el mismo sistema de salud, solo, se dirige hacia el equilibrio, a la asignación óptima de recursos. En los discursos de la modernización hospitalaria la competencia entre hospitales, recursos financieros, tecnológicos y humanos y entre disposiciones lleva al sistema a la armonía. ¿Cómo se logra esto? Los extremos espontáneamente

tienden al centro. Mediante la competencia los hospitales públicos y los trabajadores que gasten mucho o demasiado poco, que utilicen tecnologías muy viejas o demasiado sofisticadas, que tengan baja o excesiva calidad, estén poco actualizados o sobre especializados, demasiado comprometidos o totalmente desinteresados tenderán a salir de circulación o se deberán autoajustar a lo normal, al centro. La libre circulación más la competencia llevarán al sistema de salud, a los hospitales y a los trabajadores a la distribución óptima de recursos y con ello a la eficiencia. Los sistemas de salud, los hospitales, los trabajadores buscarán con persistencia el centro. La armonía, el mejoramiento de los servicios tras la competencia se plantea como una verdad inobjetable.

Uno de los requerimientos de dejar circular, la competencia, la eficiencia y el equilibrio es la autorresponsabilidad. Para que la competencia lleve al equilibrio se requiere que las tareas y responsabilidades, que en la planificación correspondían a la organización hospitalaria, al planificador, a la autoridad sanitaria o al Estado, ahora se individualicen, en palabras de Bauman, se cedan “al coraje y la energía individuales y dejado en manos de la administración de los individuos y de sus recursos individualmente administrados” (BAUMAN, 2002, P. 34-35). En los discursos de las agencias multilaterales, el management hospitalario se debe hacer responsable de los equilibrios en los recursos financieros, humanos y tecnológicos del hospital, gestionando su circulación, estableciendo estrategias en la competencia, resolviendo las carencias en el mercado. Según esta ideología los trabajadores se deben hacer responsables de la supervivencia del hospital, de hacer bien su trabajo, con calidad, y de hacerlo con los menores costos posibles, y responsables de su propia supervivencia, entrando en la competencia por los títulos académicos y por la adquisición de nuevos conocimientos, cada vez más altos y de manera más rápida, pues quien no los

obtiene, sale de circulación. Los clientes se hacen responsables de cuidar su salud, de hacer buen uso de los servicios que contratan, pues cuando se comportan mal, y no tienen unos hábitos de vida saludable o consumen servicios que no necesitan, salen del sistema o enferman y mueren. Todos deben rendir cuentas de sus responsabilidades.

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

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

Para identificar lo normal y lo anormal estos discursos hacen un uso extensivo de la probabilidad estadística: cuantificar los recursos financieros, cómo se comporta el flujo financiero de un hospital, sus gastos, sus ingresos;

cuantificar las tecnologías y su uso, como el número, ocupación y el giro de camas, o el número de quirófanos y procedimientos realizados; el número de trabajadores, de médicos, especialistas, enfermeras; cuantificar sus intereses, motivaciones, etcétera. Estos fenómenos al ser clasificados en normales y anormales, insertándolos en probabilidades, pueden ser gestionados por el *management* a nivel del sistema y a nivel hospitalario.

Finalmente, el cuarto elemento de estos dispositivos de poder refiere a la eficiencia de estos dispositivos de control, que radica tanto en la autorresponsabilidad como en identificar y atacar sólo a los anormales. Esa gestión de los fenómenos considera que en lo anormal se presentan horribles peligros. Personas, cosas o situaciones que no se comportan normalmente, son intervenidos. Ya no es una vigilancia continua de todos en todo momento. Se intervienen los fenómenos anormales, como por ejemplo, los hospitales o servicios con una productividad por debajo de lo normal, los gastos anormales prenden las alarmas del gestor del servicio, un número fuera de lo normal de atenciones, el no cumplimiento de metas que normalmente se lograba. La información sobre lo normal y lo anormal es indispensable en la gestión del hospital modernizado.

Pero además de la normalización estadística, los discursos de la modernización hospitalaria proponen la comparación como tecnología de gestión. La comparación con otros sirve de patrón sobre lo normal. Tecnologías de gestión como el *benchmarking* entre hospitales o *rankings* de mejores hospitales en América Latina, entre otras, se basan en dispositivos sinópticos. Es decir, ya no es el Estado o el planificador como gran hermano vigilando desde un panóptico a todos, sino donde los controlados, hospitales públicos y trabajadores, se dedican a observar a unos pocos, como señala Bauman (2002), a los que están en la cima de los *rankings*, a los hospitales o trabajadores exitosos. La obediencia al estándar se da no por coerción

del Estado, sino por seducción, apareciendo bajo el disfraz de la libre voluntad. Así, los *rankings*, el *benchmarking*, las certificaciones, las acreditaciones, se comportan como verdaderos espectáculos donde los controlados observan cómo se deben hacer las cosas. Seducen y promueven cambios. Una observación permanente para detectar o anticipar cambios. El observador queda atrapado en una incesante observación.

Conclusión

Los contextos de emergencia de los discursos de los paradigmas de la planificación

normativa y de la modernización neoliberal corresponden a un momento específico del capitalismo, el pesado y el liviano, y a la preponderancia de un tipo de capital, el CMI y el CME. Ambos paradigmas no son naturales sino que responden a contextos particulares de la sociedad y del campo social de la salud. Por otra parte, ambos paradigmas no están aislados del poder, sino que mostramos cómo el paradigma de la planificación normativa se articuló alrededor de los dispositivos de poder disciplinarios, mientras el de la modernización neoliberal lo hizo a los de seguridad-control. Apelar a la naturalidad o neutralidad de ambos es por lo tanto una estrategia ideológica. ■

Referências

AHUMADA, J. et al. *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1965.

BAUDRILLARD, J. *Crítica de la economía política del signo*. México, D. F.: Siglo XXI, 1974.

BAUMAN, Z. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: FCE, 2002.

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial, invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.

DENZIN, L.; LINCOLN, Y. *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2000.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

FOUCAULT, M. *El Nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. México, D. F.: Siglo XXI editores, 1966.

———. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2002.

———. *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

GARZA-TOLEDO, E. *La formación socioeconómica neoliberal: debates teóricos acerca de la reestructuración de la producción y evidencia empírica para América Latina*. México, D. F.: Plaza y Valdés, 2001.

HILLEBOE, H.; BARKHUUS, A.; THOMAS, W. *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1973.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina*. Washington, D. C.: BID, 1997. (Documento de Trabajo, 335).

MINTZBERG, H. *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo, 1991.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C.: OPS, 2001.

SENNET, R. *La nueva cultura del capitalismo*. Barcelona: Anagrama, 2008.

SPINELLI, H.; TESTA, M. Del diagrama de Venn al nudo Borromeo recorrido de la planificación en

América Latina. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 1, n. 3, p. 323-335, 2005.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.

ZIZEK, S. Introducción: el espectro de la ideología. In: _____. (Ed.). *Ideología un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.

Recebido para publicação em setembro de 2014

Versão final em outubro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Se obtuvo financiamiento a través de la Beca del Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) para el desarrollo del doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM Xochimilco 2010-2013