

# “[...] LOS PACIENTES EN EL CENTRO Y EN EL CORAZÓN DE LAS PRIORIDADES DE TODO EL SISTEMA”: ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO EN DOCUMENTOS GLOBAL/LOCAL SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

## “[...] PATIENTS AT THE CENTER AND THE HEART OF THE PRIORITIES OF THE ENTIRE SYSTEM”: CRITICAL DISCOURSE ANALYSIS IN GLOBAL/LOCAL DOCUMENTS ON PRIMARY HEALTH CARE IN CHILE

JOSIANE TERESINHA RIBEIRO DE SOUZA<sup>1</sup>

**Correspondencia:**  
**josyribeiro4@gmail.com**

Recibido: Noviembre 2022 | Publicado: Diciembre 2022

El New Public Management (NPM) como estrategia de gestión ha influenciado el diseño del sistema de salud en Chile, de modo que tanto el acceso como el derecho a la salud han sido históricamente atravesados por la conformación de un Estado subsidiario, la emergencia de la lógica de mercado y la captación de clientes (pacientes). El presente estudio se realizó bajo una metodología de análisis de políticas públicas global y local, apoyado por el Análisis Crítico del Discurso, buscando comprender los efectos del NPM en la APS en Chile. Para esto, fueron seleccionados dos textos: La Declaración de Astana (2018) y el Discurso Presidencial de Sebastián Piñera en el acto de la presentación del proyecto de ley Mejor Fonasa (2020). Tras el análisis con las cajas de herramientas de Jäger (2003) y Rivera-Aguilera (2017) se percibió como resultado un creciente avance managerial en la APS chilena, reflejada en estrategias como el vínculo del financiamiento al logro de metas de atención, programas y el trabajo basado en el per-cápita, lo que termina por representar una amenaza para el acceso y derecho universal a salud.

**Palabras clave:** Política Pública; Neoliberalismo; Atención Primaria de Salud; Derecho a Salud; Financiamiento.

The New Public Management (NPM) as a management strategy has influenced the design of the health system in Chile, so that both access and the right to health have historically been crossed by the formation of a subsidiary State, the emergence of market logic, and the acquisition of clients (patients). The present study was conducted under a methodology of global and local public policy analysis, supported by Critical Discourse Analysis, seeking to understand the effects of NPM on PHC in Chile. For this, two texts were selected: The Declaration of Astana (2018) and the Presidential Speech of Sebastián Piñera at the presentation of the Better Fonasa bill (2020). After the analysis of the toolboxes of Jäger (2003) and Rivera-Aguilera (2017), a growing managerial advance in Chilean PHC was perceived as a result, reflected in strategies such as the link between financing and the achievement of care goals, programs, and work based on per capita, which ends up representing a threat to access and universal right to health.

**Keywords:** Public Politics; Neoliberalism; Primary Health Care; Right to Health; Financing.

---

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

## INTRODUCCIÓN

Para el neoliberalismo, la salud no constituye un derecho que debe ser garantizado por el Estado (Molina et al., 2018). Alineado a esto, el trabajo a seguir propone un Análisis Crítico del Discurso (ACD) de dos documentos respecto a la Atención Primaria de Salud (APS) y la política pública sanitaria chilena.

Chile ha sido el primer país en Latinoamérica que propuso un sistema universal de salud, historia que no se asemeja a la realidad actual en donde impera la lógica neoliberal en sus políticas sociales. El gran hecho, responsable por impulsar la adopción de epistemologías estadounidenses en el país, fue la llegada del grupo de economistas conocidos por "Chicago Boys", durante la dictadura de Augusto Pinochet. Ese grupo se ha movilizó con el fin de privatizar a las industrias estatales y, con eso, ahorrar los gastos del bolsillo público (Brown, 2015; Sandall et al., 2009).

Lo anterior está alineado con la transformación que ocurría a nivel mundial en términos de gestión pública, cuando surgía el New Public Management (NPM) como un modelo predominante en la mayoría de los países de la *Organisation of Economic Co-operation and Development* (OCDE), que orienta a la gestión de los recursos humanos en el servicio público desde una perspectiva del negocio e influye en la adopción de políticas organizacionales semejantes al sector empresarial-privado (Roque et al., 2015; Tingvoll et al., 2016).

Entre los grandes efectos del NPM en las políticas sanitarias se mencionan: i) priorización del criterio de eficiencia sobre la justicia (Molina et al., 2018); ii) la instrumentalización del trabajo en una perspectiva de actuación por evaluación de desempeño (Laurell, 2016); iii) servicios de salud que pasan a ocupar la competencia del mercado, lo que compromete la autonomía e implementa el ideario de la libre elección (Roque et al., 2015; Tingvoll et al., 2016); iv) decisiones que antes eran del Estado ahora están en manos de privados (Goyenechea, 2019; Boccardo et al., 2020); v) aumento de recursos que destina el Estado al sector salud, lo que por veces disfraza el rol subsidiario que asume el Estado (Goyenechea, 2019); vi) aumento de inequidades con adoptar paquetes de bajo costo (coberturas de atención) (Goyenechea & Sinclair, 2013; Moraga-Cortés et al., 2021); entre otros. Según Casetti (2014), el surgimiento del NPM proponía que organizaciones públicas y privadas fueran similares, así como que el trabajo de los gerentes pudiera reflejar capacidad de uso más eficiente de recursos. Lo que

se planteaba era una evolución del modelo que se suponía burocrático, impersonal, centralizado y jerárquico, en flexible y descentralizado, cuyo objetivo central estuviese en satisfacer los ciudadanos, ahora clientes consumidores de un servicio.

El rol subsidiario que, desde entonces, el gobierno chileno pasa a asumir en la financiación es lo que resulta en la creación de los seguros de salud privados y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a partir del Decreto-Ley n° 3 del Ministerio de Salud de 1981, responsable por financiar y prestar servicios médicos (Goyenechea, 2019; Sandall et al., 2009). Las ISAPRE pasan a componer la red de asistencia a salud en Chile, junto al Fondo Nacional de Salud (FONASA), que había sido creado con poca anterioridad, en 1979 por el Decreto-Ley n° 2763. Al adoptar una lógica público-privado fue reforzada una distribución de recursos poco equitativa en salud, con énfasis en la municipalización de la APS y adopción del sistema per cápita, valor que es repasado a los equipos municipales en respuesta al volumen de población registrada (Araya & Cerpa, 2009). Becerril-Montekio et al. (2011) corroboran que esta es una manera de vincular el financiamiento a la capacidad que manifiestan los establecimientos en atraer y conservar una clientela, lo que ilustraría el avance de una lógica de mercado en salud. Con la apertura al capital privado y la libre elección a los servicios que ha adoptado Chile, se produjeron dos grandes hechos: i) barreras de acceso; y ii) sobreinversión de los bolsillos públicos direccionada a empresas privadas (Goyenechea, 2019; Goyenechea & Sinclair, 2013; Molina et al., 2018).

En el año 2000 una reforma pretendió dar respuesta a algunos de los efectos negativos relacionados con la mercantilización de la salud, con la presentación del Plan de Garantía Explícita y Acceso Universal (AUGE)<sup>2</sup>, con objetivo de asegurar cobertura bajo provisión pública a 85 enfermedades<sup>3</sup> (Sandall et al., 2009). Mientras tanto, lo que hizo el AUGE fue dibujar una frontera público-privada en que se financia a patologías sin distinguir el establecimiento y fomenta el crecimiento de los Holdings de salud (integración de ISAPRES pertenecientes a un mismo dueño y que con el

2 También conocido como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

3 Número actualizado de las enfermedades que, en ausencia de asistencia en servicio público, podrá ser financiada por el Estado en la red privada.

acumulo de prestaciones de servicio AUGE pasan a recibir un significativo repase del Estado) (Boccardo et al., 2020).

Por consecuencia, el Estado chileno no llega a cumplir totalmente con el derecho a salud garantizado en la Constitución de 1980 e, implementa un funcionamiento de casi-mercado que obstaculiza el acceso de los usuarios al asumir modelos de gestión propios del sector privado que priorizan la captación de individuos con base en su poder económico y selección de riesgo. Al mismo tiempo, se produce un alejamiento a los ideales diseñados en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) realizada en Alma-Ata, actual república de Kazajistán, evento que ha sido fundamental para la APS y su difusión mundial. La Conferencia de Alma-Ata ha contado con la participación de representantes de 100 gobiernos y 67 agencias de las Naciones Unidas, así como organizaciones no gubernamentales, todos reunidos en defensa del derecho universal a la salud.

Cuatro décadas después de Alma-Ata, se realizó en octubre de 2018 la Conferencia de Astana, Kazajistán, que defiende un nuevo compromiso con la APS, en compatibilidad con el contexto global y en defensa de la Cobertura Universal de Salud (CUS), alineada con los principios manageriales tal como adopta Chile, con la cobertura financiera desde canastas de servicios restringidos a la capacidad de pago, responsabilización de los sujetos y desresponsabilización del Estado (Arredondo et al., 2017; Hernandez-Alvarez et al. 2020). Con eso, la Declaración de Astana cumplió el papel de reconocer que los objetivos establecidos antes, no solamente eran ambiciosos como también que no era compatible con la realidad actual de la gran mayoría de los países (Minué, 2020).

Mediada por ese terreno y en pleno período del llamado estallido social chileno, fue gestada una propuesta de reforma que proponía mejoras al sistema de salud del país, nombrada por Mejor Fonasa. El proyecto fue presentado por el entonces presidente, Sebastián Piñera, en 5 de enero del 2020 y, hasta entonces sigue en discusión en el congreso.

Cabe relevar que el estallido social chileno fue un período de revolución social que buscaba mejorías en diversas áreas, como la educación, pensión, salud, entre otras. Aunque el punto ápice mundialmente conocido haya sido en octubre del 2019, hasta el mes de marzo del 2020, con la llegada de la pandemia por el COVID-19 barricadas eran realizadas día tras día, con manifestaciones en contra al gobierno, clamando por transformar el país y la construcción de una constitución (ya que la vigente es de los años dictatoriales).

A pesar de la asunción de un nuevo mando presidencial en Chile desde el marzo de 2022, con la victoria del izquierdista ex líder estudiantil Gabriel Boric, las discusiones respecto al Mejor Fonasa permanecen actuales, una vez que no han cesado las reivindicaciones por el derecho a salud en el país y una reforma del sistema de salud, lo que incluso fue incluida como pauta en el texto de la constituyente rechazada en septiembre del mismo año.

En este contexto, este artículo ha sido desarrollado en diálogo con los estudios respecto al modo como políticas globales ejercen influencia a nivel local, sea en las decisiones gubernamentales, en la elaboración de documentos orientadores o, en el propio diseño de las políticas públicas (Rivera-Aguilera, 2017). Mediante un análisis crítico del discurso (ACD), es posible analizar tanto los textos respecto a la construcción de una ley, de una política pública, cuadernos o documentos oficiales que instituyen reglamentos, protocolos u otros, así como los discursos que dan a conocer las mismas políticas locales, estos desde actores oficiales, como es el caso del entonces presidente de la república, Piñera, al presentar el Proyecto Mejor Fonasa. Por esta razón, dos fueron los documentos que ganaron peso al pensar en la política sanitaria chilena en los últimos años: i) declaración de Astana del 2018, con sus orientaciones actualizadas respecto a la APS como centralidad en los sistemas de salud; ii) el discurso presidencial de Sebastián Piñera, del 5 de enero del 2020, al anunciar el proyecto del Mejor Fonasa. Ambos documentos son ilustres al poner en el centro la defensa del acceso universal a salud, así como sus existencias en momentos de ruptura y nacimiento de nuevas perspectivas de gobierno, gestión y salud, lo que impacta el financiamiento y las posibilidades de acceso reales a la salud.

El objetivo de este análisis fue comprender la influencia que la Declaración de Astana ejerce en el actual Mejor Fonasa, con énfasis en los efectos de los cambios propuestos para la APS, realizado un análisis de dos documentos (Declaración de Astana y Discurso Presidencial de anuncio del Mejor Fonasa).

#### **METODOLOGÍA**

Para identificar la influencia que la Declaración de Astana (2018) ejerce en el Proyecto Mejor Fonasa (2020) en cuanto a los efectos de la primera en la APS chilena, fue realizado un Análisis Crítico del Discurso con base a los referentes teóricos de Jäger (2003) y Rivera-Aguilera (2017). Además, el estudio tiene por base el estudio de las políticas públicas

de nivel global y local y en cómo las primeras ejercen influencia respecto al modo como se diseñan los documentos y/o políticas locales (Rivera-Aguilera, 2017), ejemplo: documentos de Organismos Internacionales que orientan sobre la cobertura universal de salud (CUS) y pasan a ser referencia a nivel local (sea a nivel nacional o municipal) para la reproducción de la cobertura universal de salud. Diversos son los casos en que las políticas locales son basadas en políticas globales, se fundamenta la relevancia de seguir estudiando ambos espacios, así como la misma influencia ejercida o el impacto directo para las/os ciudadanas/os. Por lo que este estudio ha buscado comprender con un discurso presidencial los efectos de una política global para la APS en Chile.

La búsqueda y elección de los materiales tuvo por criterio considerar el documento que ha sido tomado como orientador para decisiones respecto a la APS en diversas naciones del mundo (Declaración de Astaná, 2008), así como un texto a nivel local (Chile), que fuera relativamente reciente representativo de lo que se está diseñando y construyendo cuanto al sistema sanitario del país y, en especial, en el campo de la APS. Por ello, en un primer momento el trabajo consistió en la lectura de variados materiales, incluyendo textos de sindicatos de salud, noticias de periódico, discursos presidenciales, nuevas leyes o proyectos de leyes en debate en el Senado, búsquedas sobre las motivaciones que llevaron trabajadores de APS para las calles a manifestar. Entre los diversos hallazgos se seleccionó un número de 4 textos, los cuales pasaron por una serie de lecturas finas en un preanálisis respecto al sistema sanitario chileno y el campo de la APS, excluyendo aquellos que versaban sobre aspectos específicos del contexto sanitario del COVID-19, priorizando una visión global del FONASA y la APS en sus características y visión desde el hablante (o los/as).

Pasado el primer momento, el texto local seleccionado fue un discurso presidencial del entonces gobernante, Sebastián Piñera, del 5 de enero del 2020, el cual presentaba el Proyecto de ley Mejor Fonasa, que vendría a ser responsable de una reforma en el sistema de salud. La decisión fue basada en el atravesamiento del texto con las temáticas del derecho a salud, financiamiento, responsabilidad individual versus determinación social, entre otras pautas comunes con la declaración de Astana.

Para el análisis de los datos se siguieron los pasos de las cajas de herramientas de Jäger (2003) y Rivera-Aguilera (2017), las cuales consideran como elementos:

i) identificación del área a analizar de las políticas públicas; ii) caracterización del plano discursivo; elaboración de preguntas de investigación; iii) revisión y selección de documentos; iv) seleccionar un material global y otro local; v) procesar el material base y realizar un análisis de la estructura; vi) realizar un análisis fino interrogando a los textos desde un nivel crítico y analítico que considere ciertas problematizaciones, autoridades y tecnologías presentes; vii) reflexiones finales. Fueron utilizados como apoyo tecnológico los *Softwares* Microsoft Excel y Word, en especial durante el análisis fino de los fragmentos.

## RESULTADOS

Con base en lo anterior, la primera cita puesta en acción trata de un fragmento del documento que tuvo origen en la Conferencia de Astana (2018) y evidencia una serie de orientaciones, incluyendo diferentes aspectos para una mejoría de la APS en el mundo, alineándose al contexto actual de los sistemas sanitarios y políticas públicas.

### Cita 1

“Hacemos un llamamiento a todos los países para que sigan invirtiendo en la atención primaria de la salud con el fin de mejorar los resultados sanitarios. Abordaremos las ineficiencias y desigualdades que exponen a las personas a dificultades financieras por utilizar los servicios de salud garantizando una mejor asignación de los recursos para la salud, una financiación adecuada de la atención primaria de la salud y sistemas de reembolso adecuados para mejorar el acceso y lograr mejores resultados en materia de salud. Trabajaremos para lograr la sostenibilidad financiera, la eficiencia y la resiliencia de los sistemas nacionales de salud, asignando los recursos apropiados a la atención primaria de la salud en función del contexto nacional. No dejaremos a nadie atrás, incluidas las personas que se encuentran en situaciones de fragilidad y en zonas afectadas por conflictos, proporcionando acceso a servicios de atención primaria de la salud de calidad en todo el proceso asistencial.” (Declaración de Astaná, p. 9 2018)

De acuerdo con la cita, el financiamiento de la salud es clave para la mejoría del acceso y alcance de los resultados en salud. Mientras tanto, lo que hace el fragmento -cuya función en el documento es orientar los representantes de los

gobiernos en cuanto a inversión en salud- es dejar libre a que las naciones hagan la decisión sobre la aplicación de los recursos “en función del contexto nacional”. Ese principio de libertad representa doble riesgo a la sobrevivencia de la APS en los moldes diseñados por la Conferencia de Alma-Ata, con una perspectiva de salud para todas las personas y una actuación comunitaria desde la salud colectiva: i) permite que el neoliberalismo en la salud siga su creciente; y, ii) no defiende un mínimo de inversión que debiera hacer cada país.

Ambos aspectos dialogan entre ellos, una vez que con la ausencia de un mínimo de inversión en salud la entrada de prestadoras privadas gana espacio y puede llegar a recibir, en comparación con el sistema público, un significativo aporte. La Declaración de Astana, en ese sentido, puede ser entendida como una autoridad (Rivera-Aguilera, 2017) que con su conocimiento sobre APS diagnostica el problema a nivel mundial y orienta el cómo deben ser diseñadas las políticas sanitarias, lo que produce efectos directos en la vida de las personas y en el modelo de salud que pueden llegar a tener acceso.

Por otro lado, la evaluación, el trabajo con metas, y los estándares en salud (práctica ampliamente difundida por el NPM en salud, está presente en Astana) junto a la eficiencia y capacidad de resiliencia de los sistemas de salud. Con la decisión de hablar desde la “eficiencia” lo que termina por hacer es dialogar con rasgos de la neoliberalización en salud, que a lo largo de los años ha utilizado el alcance de mejores resultados como justificación para adoptar a estrategias conocidas en la red privada, diseñando relaciones llamadas como “casi-mercado” y que esperan que los profesionales tengan óptimos resultados, alcanzando estándares de atención a usuarios y realización de procedimientos (Araya M. & Cerpa, 2009; Arredondo et al., 2017). Con eso, la declaración de Astana representada en la Cita 1, termina por hablar directamente a los diseñadores de documentos locales que tienen el poder de decisión sobre el futuro de la APS, así como a los representantes políticos responsables por pensar el financiamiento de la salud.

Alineado a lo anterior, el siguiente fragmento amplía la discusión: “no dejaremos nadie atrás, incluidas las personas que se encuentran en situaciones de fragilidad y en zonas afectadas por conflictos”. Si bien el argumento de cuidar a las personas en situación de fragilidad o en zonas de conflictos es potente y es imprescindible que esas personas tengan acceso a salud, lo que hace ese fragmento al estar en un documento de carácter internacional que

direcciona decisiones locales en APS es, principalmente, promover una lógica de inclusión-exclusión una vez que al dar énfasis al “incluidas a las personas ...” se puede encontrar una contradicción respecto a otros trechos del mismo documento, que plantean la salud para todas las personas. Con eso, el acceso no debiera estar enfatizado a un grupo de personas como un sinónimo de que se garantiza a que tengan sus necesidades atendidas, como un destaque, una excepción que reciben al estar en una u otra situación, pero sí que sería lo básico del derecho universal a la salud, la equidad del acceso e integralidad del cuidado.

Por lo tanto, es posible visualizar una línea entre lo que diseña la declaración de Astana con aquello que vienen realizando los sistemas sanitarios en un modelo público-privado, en donde lo público está más bien diseñado para atender a los pobres e indigentes, mientras que lo privado, junto a la libre elección que se presenta en esa lógica neoliberal en salud, alcanza a las personas que pueden pagar (personas de clases medias superiores) (Birn & Nervi, 2019; Goyenechea, 2019; Moraga-Cortés et al., 2021). La libre elección, en ese caso, evidencia el poder de pago y una relación clientelar entre usuarios y los servicios de salud (Goyenechea & Sinclair, 2013).

Los dos fragmentos siguientes se seleccionaron tras el análisis del discurso presidencial que presentó al Proyecto Mejor Fonasa, en principios del 2020. El Proyecto proponía una serie de avances en cuanto a la asistencia a salud en Chile con la finalidad de ampliar el acceso de las y los usuarios a los servicios, bien como a disminuir el tiempo de espera en filas para consultas y exámenes, igual que los costos para medicamentos.

## Cita 2

“El Plan Universal de Salud incluye todo lo que la familia necesita. Por ejemplo, los exámenes de laboratorio, los medicamentos, las hospitalizaciones, las atenciones de urgencia, la maternidad y el cuidado del recién nacido, la atención pediátrica, la atención ambulatoria, las enfermedades AUGE y, muy importante, la medicina preventiva, porque acordémonos que cada uno es el principal responsable de su propia salud y tiene que aprender a cuidarse. Y lo digo porque en Chile tenemos malos hábitos: exceso de tabaquismo, exceso de consumo de drogas, exceso de consumo de alcohol, mucho consumo de grasas saturadas y sales -tenemos que aprender a

cuidarnos mejor- y todo esto con muy poco ejercicio, es decir, con mucho sedentarismo. Y ustedes saben que mala alimentación y poco ejercicio es una verdadera fábrica de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión u otras que al final terminan angustiándoles la vida a muchos chilenos.” (Presidente Piñera presenta proyecto de ley “Mejor Fonasa”, p. 5, 2020)

### Cita 3

“Yo sé que esto es polémico: mire, para mí como Presidente lo que me importa es que las personas se atiendan a tiempo, las traten con dignidad y les resuelvan sus problemas de salud. Ésa es la primera prioridad. [...] porque nuestra primera prioridad es el paciente y cuando no tenemos al paciente como primera prioridad, el paciente se transforma en un número de la lista de espera, y eso es lo que no vamos a permitir.

Pero además de eso, estamos fortaleciendo la Red de Salud Primaria. En primer lugar, incrementando los recursos, acabamos de incrementar sustancialmente lo que se llama el “per cápita de salud”, lo que el Estado le aporta a cada consultorio o a cada municipio, lo subimos a 7.200 pesos, lo cual significó un aumento muy significativo.

Pero además de eso, Fonasa se va a preocupar de fiscalizar el buen uso de los recursos en la Red Primaria de Salud, la calidad de la atención en la Red de Primaria de Salud, por un solo objetivo: que queremos poner a los pacientes en el centro y en el corazón de las prioridades de todo el sistema.” (Presidente Piñera presenta proyecto de ley “Mejor Fonasa”, p. 6, 2020)

Las dos primeras líneas de la cita 2 empiezan con revelar lo que más adelante se puede analizar como una contradicción del discurso del presidente, con proponer un plan universal que incluya “todo lo que la familia necesita” y, a la vez, caminar para otro lado del río con lo siguiente: “acordémonos que cada uno es el principal responsable de su propia salud y tiene que aprender a cuidarse”. Con esos dos momentos del mismo párrafo lo que va construyendo el discurso es más bien un conocimiento respecto al cuidado de sí que, según el presidente, las/los chilenas/nos no tienen y que por esta razón es que se enferman. Ejerce, entonces, el poder de responsabilizar a los usuarios por su necesidad

de salud, en una perspectiva bastante individual, biomédica y de control de los cuerpos y sociedad, en diálogo con lo que plantea Nikolas Rose sobre el valor de la vida (Rose, 2008).

Eso que va construyendo el texto es relevante al considerar que el fragmento analizado presenta un proyecto que luego puede influir en el modo como otros tantos documentos orientadores, leyes, decretos, capacitaciones a profesionales de salud adoptan lo expuesto por conceptos. Por lo tanto, ese alcance enorme va difundiendo una idea más bien retrógrada cuanto a la enfermedad. Es imprescindible destacar que el presidente, y quienes hayan colaborado con el Proyecto Mejor Fonasa, dan pasos atrás en relación al concepto de salud-enfermedad, así como con la determinación social de la salud-enfermedad. Por lo tanto, es necesario incluir en este análisis la historia de la salud en su origen desde la salud colectiva y medicina social, lo que algunos expertos intentan mantener presente en las políticas sanitarias, mientras que cada vez más el concepto biomédico gana terreno con sus argumentos que van en favor de la lógica de mercado y la responsabilización del usuario y cada vez menos presencia del Estado (Almeida-Filho & Paim, 1999; Granda, 2004; Iriart et al., 2002; Laurell, 1981; Menendez, 2005).

Al considerar el contexto chileno ese pequeño fragmento reivindica un análisis detallado. El modelo de salud chileno, con acceso FONASA e ISAPREs, en donde apenas un grupo de enfermedades recibe cobertura total -como excepción para la salud-, lo universal planteado en el proyecto de a poco gana opacidad y se presenta con rasgos de una perspectiva medicalizada que negocia el acceso a salud con el cuidado de sí.

Por otro lado, la cita 3 avanza con un discurso que trata de conquistar al oyente o lector al manifestar que “nuestra prioridad es el paciente”; “lo que me importa es que las personas se atiendan a tiempo, las traten con dignidad y les resuelvan sus problemas de salud”; “queremos poner el paciente en el centro y en el corazón de las prioridades de todo el sistema”; y, “aumento significativo”. El recurso de la emocionalidad usa de palabras de impacto, o más bien de metáforas, como medios para: i) disminuir el efecto de lo dicho antes, al empezar la cita justificándose y afirmando saber que ha sido polémico anteriormente; y ii) llegar a su objetivo de presentar lo que son pequeños avances como un gran éxito al sistema (efecto que también diseña los éxitos de su gobierno).

Con ese recurso, algunas frases se destacan de las demás, como por ejemplo con el aumento del per cápita,

cuando argumenta que ha sido significativo por tratarse de un número algo superior a lo que el gobierno invertía anteriormente, pero deja de lado que eso representa una pequeña inversión que hace el gobierno a las municipalidades desde que la APS ha sido municipalizada. Ese hecho, que es ampliamente discutido por especialistas, representa una estrategia que mantiene el gobierno frente al modelo de salud adoptado, alineado con la lógica neoliberal y cada vez menor presencia y poder del Estado, que pasa a ocupar un rol más bien de subsidiario. El subsidio en cuestión está representado por el per cápita, una vez que cabe a las municipalidades la gestión de los servicios de APS frente a las necesidades de la población, en consideración al número de habitantes en lugar de un levantamiento de necesidades.

#### DISCUSIÓN Y REFLEXIÓN

El análisis de los fragmentos seleccionados con base en los referentes de Jäger (2003) y Rivera-Aguilera (2017) permitieron explorar las posibilidades del ACD con estudios sobre las influencias de documentos u organismos internacionales en decisiones, políticas o documentos locales. Igualmente, la amplitud de detalles que se puede emplear para mejor comprender el contexto analizado, el texto en sí mismo como un actor imprescindible y que pone el tono del análisis desde su corpus, los ensamblajes que se van construyendo y generando efectos al grupo objetivo de los documentos, todos estos aspectos se manifiestan como desafíos desde la selección del fragmento hasta el análisis fino y presentación de resultados.

Con la Declaración de Astana (2018) y en la cita 1 es posible percibir un hilo discursivo que se mantiene en los dos fragmentos siguientes, del discurso presidencial que presenta el Proyecto Mejor Fonasa (2020). Este en una lógica de financiamiento de la salud, y en más específico de la APS, se manifiesta con características del libre mercado, perspectiva defendida por los gobiernos neoliberales y que afectan a los sistemas sanitarios, como es el caso chileno con la adopción de la CUS (Laurell, 2016; Molina et al., 2018; Moraga-Cortés et al., 2021; Rotarou & Sakellariou, 2017). Chile opera desde la dictadura militar con un modelo de salud que ha sido referencia mundial por incluir ideales neoliberales traídos de los Estados Unidos de la América con los economistas (mayoría hombres) conocidos como los “Chicago Boys”, responsables por introducir nuevas políticas al país, que en aquel momento estaba bajo la dictadura de Pinochet (Laurell, 2016; Rotarou & Sakellariou, 2017).

La misma libertad característica de los países que adoptan este sistema ha sido presentada en la cita 1, al ausentarse en cuanto a un mínimo respecto a los cuidados y la inversión de las naciones en la APS. Lo anterior se ha encontrado en las citas 2 y 3 en los argumentos que usa el presidente para promover el control de los cuerpos, en una lógica medicalizada que ve a los usuarios del sistema como primeros responsables por su proceso de salud-enfermedad, cuando hay estudios que relacionan las determinaciones sociales con las políticas sanitarias como imprescindibles para la elaboración y puesta en práctica de las mismas (Breilh, 2010, Breilh, 2011, Breilh, 2013; Iriart et al., 2002). Los sujetos, en las citas 2 y 3, ocupan un lugar de objetos que reciben las intervenciones, las decisiones de superiores, pero no como los activos en todo el proceso. Al mismo tiempo, les son atribuidas características del sujeto empresario de sí, característica del NPM en la salud, que decide sobre su salud, detentor del poder de elegir (libre elección de los servicios de salud), y que responde por el fracaso de sus acciones (Silva & Alexandre, 2019). Así, el Estado se ha eximido de la responsabilidad de garante del derecho a la salud.

Por otro lado, también están presentes las palabras de impacto del presidente en su discurso, con la finalidad de alcanzar a los usuarios desde sus corazones (parafraseando el mismo discurso). El apelo emocional es un medio retórico que resta atención a los argumentos presentados anteriormente, cuando centra el énfasis en los grandes hechos de su gobierno y en las buenas intenciones para la salud y dignidad de los usuarios.

No menos importante, las dos cajas de herramientas permiten realizar una lectura que identifica el contexto en que se presentan los documentos, que en ese caso resulta del estallido social chileno con el documento de nivel local, y un poco antes, en consonancia con las transformaciones recientes de los sistemas de salud mundial que cada vez más han adoptado a los ideales neoliberales. Así la problematización desde Rivera-Aguilera (2017) se concentra en esto, bien como en la presencia de ideales de mercado y la biopolítica.

Las autoridades y tecnologías identificadas se vinculan con la defensa de un plan universal que repercute en la política de salud y la vida de los usuarios contradiciendo los ideales del derecho universal a la salud, con una perspectiva más bien biomédica y a servicio del mercado. Sea con la propuesta del Mejor Fonasa o con el Plan Universal de

Salud, con escuchar o leer ese discurso es posible que genere una comprensión errónea sobre los propios cuidados de salud, o que sean construidas políticas de cuidado que adoptan la responsabilización del sujeto como prioridad y repercuten la contradicción que es tener el usuario en el centro o corazón del sistema y al mismo tiempo direccionar a él el peso por enfermarse y resultar en un peso al sistema de salud.

Por fin, la adopción de las dos cajas de herramientas ha facilitado la llegada al producto de las citas con algunos caminos por dónde empezar. Mientras tanto, la lectura del escenario anterior a esto, la arena en que se diseñaron y plantean ambos los documentos facilita la capacidad de análisis y lectura crítica de los fragmentos, por lo que se percibe que conocer sobre la temática a ser investigada, desde la teoría y práctica, es fundamental a la hora de analizar documentos o discursos mediante al ACD.

#### RECONOCIMIENTO/FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue financiado a través de la Beca de Postgrado PUCV 2022 (Pontificia Universidad Católica de Valparaíso)

#### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora no declara conflicto de interés.

#### REFERENCIAS

- Almeida-Filho, N., & Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Araya M., E., & Cerpa, A. (2009). La nueva gestión pública y las reformas en la Administración Pública Chilena. *Tékhne - Revista de Estudios Politécnicos*, 7(11), 19-47.
- Arredondo, A., Bertoglia, M. P., & Inostroza Palma, J. M. (2017). *Construcción Política Del Sistema de Salud Chileno: la importancia de la estrategia y la transición* (p. 96).
- Becerril-Montekio, V., de Dios Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 132-143. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800009>
- Birn, A.-E., & Nervi, L. (2019). What matters in health (Care) universes: Delusions, dilutions, and ways towards universal health justice. *Globalization and Health*, 15(S1), 0. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0521-7>
- Boccardo Bosoni, Giorgio; Bruzzone, Felipe Ruiz; Hamuy, S. C. (2020). *30 años de política neoliberal en Chile* (N. XXI (ed.)).
- Breilh, J. (2010). Las tres "S" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (p. 200).
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In G. G. Eibenschutz C, Tamez González S & R (Eds.), *Ponencia presentada en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Brown, W. (2015). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso Ediciones, S.L.



- Casetti, M. M. (2014). Nueva Gestión Pública en Chile: Orígenes y Efectos. *Revista de Ciencia Política (Santiago)*, 34(2), 417–438. <https://doi.org/10.4067/s0718-090x2014000200004>
- Goyenechea, Matías; Sinclair, D. (2013). La Privatización de la Salud en Chile. *Políticas Públicas*, 6(1), 35–52.
- Goyenechea, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos Sociales*, 59(2), 7–12.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cubana Salud Pública*, 30(2).
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128–136. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000800013>
- Jäger, S. (2003). Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos. In *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 61–100).
- Laurell, A. C. (1981). La salud como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: Procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293–314. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- Menendez, E. L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=sci_arttext)
- Minué, S. (2020). Una perspectiva internacional : Interpretación de las experiencias de evolución de la Atención Primaria en el mundo . *APS Em Revista*, 2, 298–330. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.58>
- Molina, C., Tobar, F., & Panam, N. U. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 12(12), 65–73.
- Moraga-Cortés, F., Bahia, T. C., & Prada, C. A. (2021). Gasto em atenção primária à saúde em dois governos do Chile pós-ditadura. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00244719>
- Rivera-Aguilera, G. (2017). Los procesos de influencia global/local en políticas públicas: Una propuesta metodológica. *Psicoperspectivas*, 16(3), 110–120.
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(10), 3087–3097. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00832015>
- Rose, N. (2008). The value of life: somatic ethics & the spirit of biocapital. *Daedalus*, 137(1), 36–48. <https://doi.org/10.1215/08992363-2144697>
- Rotarou, E., & Sakellariou; Dikaios. (2017). Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. *Health Policy*, 121(5), 495–503.
- Sandall, J., Benoit, C., Wrede, S., Murray, S. F., Van Teijlingen, E. R., & Westfall, R. (2009). Social service professional or market expert?: Maternity care relations under neoliberal healthcare reform. *Current Sociology*, 57(4). <https://doi.org/10.1177/0011392109104353>
- Silva, R. B., & Alexandre, A. C. S. (2019). Políticas sociais e subjetividade: discussões a partir do contexto neoliberal. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 13(1), 11. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.23784>
- Tingvoll, W. A., Sæterstrand, T., & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>