

**ESTUDIO DEL DISCURSO DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD
(EPS) EN CARTAGENA (2011-2012)**

HADER LUIS ZÚÑIGA VALDEZ

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, PROGRAMA DE LINGÜÍSTICA
CARTAGENA, COLOMBIA**

2014

**ESTUDIO DEL DISCURSO DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD
(EPS) EN CARTAGENA (2011-2012)**

**Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de
Profesional en Lingüística y Literatura**

Autor

HADER LUIS ZÚÑIGA VALDEZ

Asesor

MG. DANILO DE LA HOZ PÁEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, PROGRAMA DE LINGÜÍSTICA

CARTAGENA, COLOMBIA

2014

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos a:

Dios por permitirme acceder al conocimiento y desarrollar cada idea de este trabajo, a mi familia por contribuir a ayudarme en mi formación personal, por inculcarme valores que son la base de mí ser y por confiar en mis capacidades, a mi novia por apoyarme en los momentos difíciles y por motivarme a seguir adelante.

A todos los profesores que de forma directa o indirecta ayudaron a desarrollar esta investigación desde sus inicios principalmente a los profesores de metodología de la investigación y de análisis del discurso especialmente a Freddy Ávila, Cielo Puella, Lil Arrieta; y a mi asesor Danilo De la Hoz, que con sus correcciones enriqueció la calidad de este trabajo y aportó ideas para el desarrollo total de esta investigación.

Así como a todos los compañeros de grupo que por medio de críticas constructivas ayudaron a fortalecer la investigación en sus inicios.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
1 CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, POLÍTICOS E INVESTIGATIVOS SOBRE EL DISCURSO DE LA SALUD EN COLOMBIA	10
1.1. Estado actual del Sistema de Salud en Colombia	11
1.1.1. <i>Modificaciones</i>	12
1.1.2. <i>Estructura del Sistema</i>	14
1.1.3. <i>Entidades Aseguradoras</i>	15
1.1.4. <i>Las Instituciones prestadoras de salud (IPS)</i>	16
1.1.5. <i>Regímenes del Sistema</i>	18
1.2. El Sistema de Salud en Colombia: Antecedentes Históricos y Políticos	23
1.2.1. <i>¿Qué es El Neoliberalismo?</i>	25
1.3. Antecedentes Investigativos	27
2. CAPITULO II. DISCURSO CORPORATIVO, REPRESENTACIÓN, IDEOLOGÍA Y PODER	32
2.1. Construcción Social de La Realidad	32
2.2. Discurso y Sociedad	37
2.3. El Análisis Crítico del Discurso (ACD) y el discurso de identidad	39

	Corporativa	
2.4.	La Hegemonía: El Caso del Régimen de Salud en Colombia	41
2.5.	La Estructura Textual de La Misión y de La Visión	42
2.5.1.	<i>Estructura textual de la Misión</i>	43
2.6.	Recursos Lingüísticos y Estrategias Discursivas en los Discursos de Misión y de Visión.	47
3.	CAPITULO III. EL QUEHACER DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.1.	Recolección de Datos	54
3.2.	Procedimiento de Análisis	56
3.2.1.	<i>Fase Exploratorio-Descriptiva</i>	56
3.2.2.	<i>Fase Analítica</i>	58
4.	CAPITULO IV. ESTRATEGIAS DISCURSIVAS EN EL DISCURSO DE IDENTIDAD CORPORATIVA DE LAS EPS EN CARTAGENA	62
4.1.	Formas de Nominación	62
4.2.	Orientaciones Temáticas	65
4.3.	Reiteración Léxica	67
4.3.1.	<i>Salud</i>	68
4.3.2.	<i>Servicio</i>	71
4.3.3.	<i>Calidad</i>	73
4.4.	Retórica Nominal y Manipulación Lingüística	76
	CONCLUSIONES	80
	BIBLIOGRAFÍA	83

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Empresas Promotoras de Salud con sede en Cartagena	55
Cuadro 2. Ocurrencias y frecuencias de sustantivos	57
Cuadro 3. Ocurrencia y frecuencia de verbos	57
Cuadro 4. Ocurrencias y frecuencias de adjetivos	57
Cuadro 5. Análisis de la reiteración léxica	58
Cuadro 6. Orientación temática en el discurso de misión	59
Cuadro 7. Orientación temática en el discurso de visión	59
Cuadro 8. Nominación Común	60
Cuadro 9. Nominación Propia	61
Cuadro 10. Nominación Retórica	61
Cuadro 11. Formas de Nominación	63
Cuadro 12. Orientaciones temáticas	65
Cuadro 13. Reiteración léxica	67
Cuadro 14. Reiteración de la unidad léxica “Salud”	68
Cuadro 15. Reiteración de la unidad léxica “Servicio”	72
Cuadro 16. Reiteración de la unidad léxica “Calidad”	74

RESUMEN

Este trabajo estudia las estrategias discursivas usadas en el discurso de identidad corporativa (misión, visión y principios) de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con sede en Cartagena de Indias entre 2011 y 2012, con la finalidad de develar las creencias ideológicas subyacentes. Para ello, se empleó como método el Análisis Crítico del Discurso, con base en el cual se estudiaron las reiteraciones léxicas, las formas de nominación, las orientaciones temáticas y la nominalización.

Los resultados revelan que el discurso de identidad corporativa tiende a ser elusivo en su autorepresentación: Las EPS se autorepresentan en términos de su función social con nombres comunes que se asocian al campo semántico de la economía, las finanzas y el marketing. Los afiliados, en cambio son presentados como pacientes y beneficiarios semánticos y, en consecuencia, como sujetos no funcionales ni productivos socialmente. Este discurso tiende a orientarse hacia temas empresariales ligados al capitalismo y al neoliberalismo; mientras pierden protagonismo los temas humanos y sociales ligados a los derechos de atención en salud. Además, el concepto de “salud” se relaciona constantemente con conceptos provenientes de la economía, las finanzas y el marketing. El frecuente uso del estilo nominal permite esconder a los protagonistas semánticos, y favorece, así, la invisibilización de la responsabilidad de los actores sociales involucrados en el sistema de salud.

Palabras claves: análisis del discurso, reiteración léxica, nominación, tematización, nominalización, neoliberalismo, EPS, Cartagena de Indias.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo estudia las estrategias discursivas usadas en el discurso corporativo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con sede en Cartagena de Indias entre 2011 y 2012, con la finalidad de develar cómo los enunciadores se auto-representan y representan a otros participantes semánticos, con el fin estratégico de construir con palabras una realidad de acuerdo con sus creencias ideológicas e intereses particulares. Para ello, se identificaron las reiteraciones léxicas y sus respectivos co-textos, para analizar cuál es el propósito comunicativo con el cual los actores discursivos repiten frecuentemente algunas unidades léxicas. Asimismo, se identificaron las formas de nominación para analizar la manera en que se representan los actores sociales y discursivos en ese discurso institucional. También se analizó la orientación temática y la nominalización.

La pregunta que guió esta investigación fue la siguiente: ¿Cuáles son las estrategias discursivas usadas en el discurso de identidad corporativa (misión, visión y principios) de las Empresas Promotoras de Salud para construir una representación de sí mismas, de la salud y de sus usuarios?

La investigación se sustenta, principalmente, en la propuesta teórico-metodológica del Análisis Crítico del Discurso (van Dijk, Wodak, Fairclough, Pardo Abril). Así mismo, se tomó el concepto de hegemonía planteado por Gramsci para enriquecer y desarrollar la investigación.

Investigaciones como esta son importantes, porque al realizarse desde un enfoque discursivo, se pueden desentrañar formas y modos de percepción que se han vuelto naturales y que ayudan a legitimar la mercantilización de derechos fundamentales como el acceso a la salud. La problemática de la salud en Colombia fue uno de los motivos principales que impulsó realizar esta tesis, y, en cierta forma, el análisis busca contribuir desde la academia a la resistencia de los derechos fundamentales de los ciudadanos develando los intereses ocultos de quienes abusan del poder para oprimir a la sociedad; al estudiar el discurso de identidad corporativa se busca comprender la naturaleza de la EPS y las razones de su comportamiento al interior y exterior.

El trabajo está organizado en cinco capítulos. En el capítulo 1, se describe la historia del sistema de salud en Colombia y los antecedentes investigativos que permiten contextualizar este trabajo. En el capítulo 2, se presentan los fundamentos teóricos de este estudio. En el capítulo 3, se explica el método utilizado para recoger y analizar los datos, donde se enfatiza en la naturaleza cualitativa y exploratoria de esta investigación. En el capítulo 4, se describen e interpretan los resultados del análisis discursivo. En el capítulo 5, se presentan las conclusiones e implicaciones de la investigación.

1. CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, POLÍTICOS E INVESTIGATIVOS SOBRE EL DISCURSO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Uno de los supuestos principales de este trabajo es que el discurso es una forma de práctica social. Esto implica la existencia de una relación dialéctica entre un evento discursivo particular y las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo enmarcan.

“No es posible la producción de un discurso sin contexto, así como no es posible su comprensión si no se toma en cuenta el contexto”. (Fairclough y Wodak. 2000:394)

Por ello, se estimó necesario indagar sobre el contexto histórico, social, político, económico e investigativo que rodea a la construcción discursiva que hacen las EPS en sus discursos de identidad corporativa que las definen.

La noción de contexto es, sin embargo, una de las más complejas y elusivas dentro de los estudios del discurso (Wodak 2006), por lo que, para los fines de esta investigación, se decidió limitar el examen del contexto que enmarca al caso de estudio a tres aspectos. En primer lugar, se indagó sobre el estado actual del sistema de salud en Colombia para tener un marco de referencia social. En segundo lugar, se consultó los antecedentes históricos y políticos del sistema de salud en Colombia para comprender el panorama que rodea la construcción discursiva de las EPS y para tener un marco de referencia

ideológico del discurso de identidad corporativa de las EPS. Y, en tercer lugar, se examinaron investigaciones previas sobre la representación de la salud en los discursos políticos, para ubicar la contribución de este estudio dentro de ese panorama.

A continuación, se presenta cada uno de los aspectos seleccionados para contextualizar esta investigación.

1.1. Estado actual del Sistema de Salud en Colombia

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia) y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

El sistema de salud en el país se desprende del Art. 48 de la Constitución Nacional, está reglamentada en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que además se ocupa de regular el sistema de pensiones en el primer libro, de las condiciones de trabajo en el tercer libro, y dispone sobre servicios complementarios en el cuarto libro, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud, y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas

prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la Ley y de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 estableció reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

1.1.1. Modificaciones

La Ley 100 de 1993, norma primordial del Sistema de seguridad social integral en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

Su objetivo según se señala en su artículo primero fue:

"...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y

funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud". (Ley 1122. 2007)

Según lo señala su artículo primero:

" ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera." (Ley 1438. 2011)

Ley 1562 de 2012, por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.

En la actualidad se encuentran en curso dos proyectos de ley para la reforma al SGSSS: un proyecto de ley estatutaria y un proyecto de ley ordinaria (proyecto de ley

210 de 2013).Este último es el que el gobierno nacional le está dando prioridad y está siendo analizado por los gremios del sector salud, político y la academia.

1.1.2. Estructura del Sistema

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

- ***El Estado:*** Actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.
- ***Los Aseguradores:*** Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).
- ***Los Prestadores:*** Son las instituciones prestadores de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud

(médicos, enfermeras/os, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

1.1.3. Entidades Aseguradoras

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

- ***Entidades Promotoras de Salud (EPS):*** su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del régimen contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben

garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

- ***Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL)***: son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARL.

1.1.4. Las Instituciones prestadoras de salud (IPS)

Son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características:

Niveles de complejidad

- ***Baja Complejidad:*** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.
- ***Mediana Complejidad:*** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecología con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.
- ***Alta Complejidad:*** Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

1.1.5. Regímenes del Sistema

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado.

- **Régimen Contributivo:** El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.

El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada.

En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse (no importa cuál fue el motivo de su pensión), escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- ✓ Los beneficios del Plan Obligatorio de Salud.
 - ✓ Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
 - ✓ Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.
-
- ***Régimen Subsidiado:*** En este régimen el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los

departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- ✓ Recién nacidos.
- ✓ Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ✓ La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- ✓ Población indígena.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la «encuesta sisbén» o Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o

mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

Al afiliarse al régimen subsidiado el usuario tiene derecho a recibir:

Los beneficios del POS que a partir del 1 de julio de 2012 son los mismos que en el Régimen Contributivo. (Ver: Unificación del POS del régimen subsidiado con el del régimen contributivo.)

- ✓ Exención de copagos si está clasificado en el nivel I del Sisbén.

Problemas del Sistema de atención en salud

La salud en Colombia es un tema de interés general para los ciudadanos, sin embargo, el estado actual en que se encuentra es problemático. Antes de entrar en detalles, consideramos pertinente evocar que la Constitución Política de 1991 no consagró en su capítulo de derechos fundamentales el derecho a la salud, y sólo lo mencionó en el capítulo de los derechos sociales, económicos y culturales, específicamente en los artículos 48 y 49; y la Corte constitucional, desde la sentencia T-402 de 1992, señaló que la salud adquiere un carácter fundamental si se trata de niños.

Esta ausencia de reconocimiento de la salud como derecho, ha generado problemas de atención a los usuarios del sistema de salud en Colombia.

Evidencia de ello, son las frecuentes noticias sobre quejas y reclamos a las EPS por negar la atención a sus afiliados.

Al respecto, cabe anotar que Colombia en el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud. Además, en 2013, el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo revelaron los resultados de la encuesta de evaluación de servicios. La encuesta se realizó con base en tres factores: el respeto a los derechos de los usuarios, evaluación de los afiliados e indicadores de atención en salud. El estudio que mide la calidad del servicio de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), para que los usuarios puedan hacer la mejor elección.

En el régimen contributivo, las peores calificadas son: *Golden Group* y *Humanavivir*, que obtuvieron las peores calificaciones.

Por su parte, en el régimen subsidiado: *CCF Cundinamarca Comfacundi*, *CCF Colsubsidio* y *Saludvida*, que obtuvieron nivel “bajo” en las tres categorías que fueron evaluadas.

Las mejores calificadas en el régimen contributivo son: *Comfenalco Antioquia*, *EPS Sura* y *Comfenalco Valle*, que tienen dos de las tres categorías en “alto”. Cabe decir que en este régimen no hay una que tenga la mejor calificación en las tres categorías evaluadas.

De igual manera, la que tiene mejor nota en el régimen subsidiado fue *Mutual Ser*, con las tres categorías evaluadas en “alto”. Y las mejores evaluadas por los usuarios son: *Confamiliar Cartagena*, *Confamiliar Huila*, *Cajacopi*, *Pijaos Salud*, *Cafesalud* y *Ambuq* (Barrios Unidos de Quibdó).

Con base en la Ley 100 de 1993, las EPS abusan de su poder negando la atención a usuarios que requieren de asistencia médica, porque necesitan de procedimientos de alto costo -como cirugías o valoraciones por parte de especialistas-, obligando a los ciudadanos a instaurar tutelas, que cuando se resuelven, en ocasiones ya es demasiado tarde para la persona.

1.2. El Sistema de Salud en Colombia: Antecedentes Históricos y Políticos

La salud en Colombia presenta en su historia una serie de antecedentes que son necesarios mencionar en esta investigación, debido a que ayudan a conocer algunos cambios fundamentales relacionados directamente con la Ley 100.

El primer antecedente sobre cobertura en salud trata de la ley 57 de 1915 o más conocida como la ley de accidentes de trabajo. Esta ley consagró la obligación para ciertos empleadores de brindarle asistencia médica a sus trabajadores en caso de contingencia; esta ley sólo cobijaba a personas que contaban con un empleo formal, así que dejaba por fuera a miles de colombianos que sobrevivían en la informalidad. En 1946, con la ley 27 se institucionaliza la Salud Pública en Colombia, en cabeza de un Ministerio y se crea un Ministerio de Higiene. Con la ley 90 de 1946 se crea y se declara

como “de utilidad pública”, los seguros sociales obligatorios a cargo del Instituto de los Seguros Sociales, para dar protección asistencial, económica y de servicios sociales a trabajadores asalariados del sector privado, beneficiarios y pensionados. Los seguros sociales ofrecían protección contra las contingencias de enfermedad general y maternidad, los riesgos profesionales, las contingencias de invalidez, vejez y muerte y las asignaciones familiares, mediante servicios prestados directamente por el instituto o contratados por hospitales estatales y clínicas particulares.

En 1974 y 1975 se reorganiza el Ministerio de salud y se conforma el Sistema Nacional de Salud, en 1976 se da un paso significativo de la salud en Colombia ya que se agrega el núcleo familiar del trabajador a una cobertura de salud; el decreto 56 de ese mismo año define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Su dirección correspondió al Ministerio de Salud Pública. En 1990, con la Ley 10 se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se hace un nuevo arreglo de competencias y responsabilidades entre el nivel Nacional y los Entes Territoriales, esto en base a la descentralización política que vivía el país y que se concreta en 1991, sobre el artículo 1º de la Constitución de 1991 que define a Colombia como un Estado Social de Derecho, organizado en forma de república unitaria descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales.

Este artículo le permite a las entidades territoriales administrar sus propios recursos, crear tributos, emitir bonos y títulos de deuda pública.” (Muñoz, 2011).

Apertura económica en Colombia y Neoliberalismo

El proceso de la apertura económica en Colombia empieza en el gobierno del ex presidente Virgilio Barco Vargas (1986-1990), quien integra la economía del país a la economía global; pero, es en el gobierno siguiente de Cesar Gaviria Trujillo donde se acelera este proceso con la nueva Constitución de 1991 que crea instituciones relacionadas con el comercio exterior como el Ministerio de Comercio Exterior y el Ministerio de Relaciones Internacionales, que facilitaron acuerdos para el ingreso de productos extranjeros al mercado colombiano, estos productos eran mucho más económicos que los nacionales y de mejor calidad, lo que ocasionó el quiebre de la mayoría de las empresas nacionales; así mismo, esta apertura trae consigo la privatización y los recortes del gobierno a programas de interés social debido a que está enmarcada en un pensamiento neoliberal.

Aunque en un principio se pensó que con la apertura económica las empresas nacionales mejorarían la calidad de sus productos, éstas no contaban con los recursos ni con la protección del gobierno para tales fines, lo que ocasionó la quiebra masiva de empresas nacionales, que miles de colombianos quedaran sin empleo y el colapso de la economía nacional.

1.2.1. ¿Qué es El Neoliberalismo?

De acuerdo con Hayek (1979) el neoliberalismo puede ser definido como una doctrina económica en la que el papel del Estado sobre la regularización del mercado es mínimo, para que las entidades privadas puedan gozar de la libertad de mercado, y, así,

poder generar y producir desarrollo. Según los postulados de este autor, el Estado debe ceder los monopolios nacionales a las entidades privadas, ya que en sus manos no son competitivos y, por lo tanto, no son productivos.

El neoliberalismo en Colombia ha tomado fuerza desde inicio de los años 90; sin embargo, desde décadas anteriores los mandatarios han recortado las responsabilidades del Estado sobre sus habitantes, a tal punto que hasta nuestros días a desaparecido casi que totalmente el papel benefactor del Estado. Bajo esta política falsa de mejoramiento y progreso, surgió la Ley 100 de 1993 que autoriza el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Con esta Ley, el Estado descarga su responsabilidad a empresas privadas de naturaleza mercantil que ofrecen a los ciudadanos paquetes de servicios de salud a cambio de una cuota mensual, convirtiendo la salud en un negocio rentable.

El neoliberalismo es la teoría del abandono estatal; por ende, cada ciudadano está en la obligación de asumir sus responsabilidades, y buscar sus recursos para sobrevivir en un país en el que el desempleo y la pobreza son alarmantes.

En Colombia las políticas neoliberales han borrado el papel benefactor del Estado en temas como la educación, los servicios públicos y la salud, esta última es el eje central de la investigación.

1.3. Antecedentes Investigativos

En los últimos años, se ha dedicado especial atención al estudio discursivo de la privatización y mercantilización desde distintas disciplinas, a nivel internacional y nacional. A continuación, presentamos una breve reseña de este panorama investigativo. Desde la ciencia política, Jaime Torres González (2009) de la Universidad Libre de Berlín, realizó un trabajo de doctorado titulado “Influencia de la política neoliberal en la sociedad colombiana y el fortalecimiento del autoritarismo”. Esta investigación trata sobre las tensiones que se presentan en un continuo histórico colombiano entre las tendencias autoritarias y las democráticas. Se asumió como herramienta metodológica de análisis la Teoría de la Personalidad Autoritaria desarrollada por la escuela de Frankfurt; si bien el trabajo realizado por este autor se ubica en una perspectiva histórica, este se relaciona con la investigación al abordar la temática de los efectos sociales del desarrollo neoliberal colombiano desde 1990 hasta 2008, en relación con la salud en Colombia y las EPS. Al mismo tiempo este trabajo tiene relación con la teoría neoliberal desarrollada en parte en esta investigación, pero con la diferencia de que nosotros la asumimos principalmente como una ideología y Torres González la desarrolla como una teoría histórica.

El trabajo es fundamental para esta investigación, porque presenta una mirada cronológica completa sobre el sistema de aseguramiento en Colombia y sobre la implementación de las teorías neoliberales aplicadas por Colombia desde el gobierno del presidente César Gaviria Trujillo (1990-1994) hasta la presidencia de Álvaro Uribe Vélez (2002-2010). Para fines de nuestra investigación, interesa particularmente lo

relacionado con la salud, ya que Torres aborda el tema de las pensiones y los recortes de presupuesto a la educación pública, una característica típica de las políticas neoliberales pero que son ajenas al interés central de esta investigación.

En síntesis, mientras el autor aborda la temática de la salud en Colombia desde el campo de la ciencia política, por ser este un problema social, la presente investigación abordará la temática de la salud desde otro punto de vista, es decir a partir del campo de la lingüística, específicamente desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso.

Desde la Lingüística, destacan las investigaciones desarrolladas por Rodrigo Mansilla Santana (2005) y Mónica Peña (2013).

Rodrigo Mansilla Santana (2005) de la Universidad Austral de Chile, realizó un trabajo de pregrado titulado “Análisis crítico de los discursos del 21 de mayo del presidente Ricardo Lagos Escobar acerca de la reforma de la salud”. Esta investigación se basa en un análisis crítico del discurso de los mensajes presidenciales del 21 de mayo, emitidos por el Presidente Ricardo Lagos Escobar, durante los períodos 2000-2004. Para este análisis se seleccionó como tema la nueva Reforma en el área de la salud, reforma impulsada durante los gobiernos de la concertación. A partir de la selección del tema, se configuraron el macrotópico, el cual fue la Salud; el tópico, Reforma a la Salud, y un abanico de subtópicos detallados en la investigación.

Para esta investigación el autor usó como herramienta metodológica el Análisis Crítico del Discurso. Utilizó el modelo propuesto por Van Dijk, el cual aplicó a un

corpus de cinco discursos seleccionados previamente, para luego hacer una interpretación subjetiva de su contenido. El trabajo realizado por Mansilla Santana se convierte en un referente obligatorio, ya que tiene en relación la temática de la salud, el campo de la lingüística y la herramienta metodológica que es empleada para esta investigación.

Por su parte, Mónica Peña (2013), de la Universidad Diego Portales de Chile, realiza un trabajo titulado “Análisis Crítico de Discurso del Decreto 170 de Subvención Diferenciada para necesidades educativas especiales: el diagnóstico como herramienta de gestión”. El trabajo analiza el llamado Decreto 170 de Subvención Diferenciada para alumnos y alumnas con “*Necesidades Especiales*” (2009, en adelante, Decreto 170). A través de la metodología de ACD, basada en el modelo propuesto por Norman Fairclough, se revisa un extracto de la Ley, tal y como está publicada, así como también un extracto de una entrevista realizada el año 2011 a la coordinadora de la discusión parlamentaria que terminó por construir el Decreto. La pregunta inicial de esta investigación se orienta a analizar e interpretar los discursos de diagnóstico médico y el lugar que ocupa en la educación, específicamente en un modelo de educación descentralizado y privatizado como el chileno, donde la subvención a la demanda es uno de sus principales ejes. Los objetivos de este trabajo son aportar un punto de vista crítico a la discusión sobre los procesos de medicalización de la educación chilena, relacionando este fenómeno con los contextos de neoliberalización que el país y, específicamente su sistema educacional, han vivido los últimos 30 años.

Desde el campo de la educación, se destaca el trabajo de Pilar Batista Lucio y Luis Medina Gual (2011), de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, titulado “*Caracterización y contraste de instituciones de educación superior privadas a través del análisis del discurso de misión institucional*”. Aquí se analiza el discurso de misión de 83 instituciones de educación superior mexicanas, específicamente los discursos que, bajo el título de “*misión*”, aparecen en sus respectivas páginas web oficiales. Se compara el ámbito público y privado, y se contrasta la misión de diversos de instituciones privadas, para determinar por ejemplo, ¿hacia dónde se orienta? : ¿A la tarea de educar ciudadanos profesionistas?, ¿a la formación integral de la persona?, ¿a facilitar la movilidad social?, o ¿hacia la competitividad?; o si ¿es la orientación de lo público y lo privado, completamente diferente?, y en su discurso: ¿se diluyen las distinciones? ¿Hay diferenciación dentro del sector privado? En este estudio se responden a dichos cuestionamientos, encontrando, después de un análisis del contenido, de los factores y de clústeres, diferencias significativas en la misión de las instituciones y evidencia de mensajes reactivos al entorno.

Para esta investigación los autores utilizaron como herramienta metodológica el análisis del discurso, seleccionaron una muestra de forma aleatoria, a la que se le realizó el análisis para decodificar las diferentes temáticas codificadas en la misión de las instituciones, además emplearon procedimientos estadísticos para encontrar similitudes y diferencias entre las instituciones de educación superior mexicanas de carácter público y privado.

Desde el campo de la Comunicación Social, se destaca la investigación de Arnoldo Guajardo Díaz y Yaddy Milena Torres Melo (2013), del Tecnológico de Monterrey, titulada “*Dime que comunicas y te diré quién eres. Análisis del discurso del sitio web del grupo Bimbo*”. Esta investigación se centra en el análisis del discurso del sitio Web corporativo de una empresa Mexicana dedicada a la producción de alimentos, para estudiar la forma en que es comunicada su cultura organizacional en el ciberespacio, y tratar de inferir cómo se reflejan sus prácticas culturales internas con base en los elementos simbólicos que sostienen su cultura, en este medio.

Como herramienta metodológica los autores emplearon el análisis del discurso y buscaron apoyo teórico en Teun Van Dijk; hicieron énfasis en resaltar aspectos de la empresa como la innovación, los reconocimientos nacionales e internacionales, la calidad de sus productos y las adquisiciones que ha logrado la empresa. Este trabajo tiene una relación directa con la investigación, ya que comparten el mismo campo de estudio y analizan el discurso organizacional en el ciberespacio.

2. CAPITULO II. DISCURSO CORPORATIVO, REPRESENTACIÓN, IDEOLOGÍA Y PODER

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos de este estudio. Primero, se explica la relación entre discurso y representación; para ello, se exponen los aportes de la perspectiva del construccionismo social (Berger y Luckmann, 1986) y se describe el rol que cumple el discurso de identidad corporativa en la creación de imaginarios sobre la salud. Luego, se describe la estructura textual de los discursos de misión y de visión (van Dijk, 1983). Finalmente, se presenta la pertinencia del ACD en el estudio del discurso corporativo y se definen los recursos lingüísticos y las estrategias discursivas hallados en el análisis del corpus (Pardo Abril, 2007).

2.1. Construcción Social de La Realidad

Este estudio aborda el discurso de identidad corporativa de las EPS desde una perspectiva nominalista. Este es un punto de vista que afirma que nada existe si no es reconocido, pensado y nombrado. El nominalismo, como tradición filosófica, defiende que la realidad es tan solo los nombres que las personas damos a las cosas: las personas construimos la realidad nombrándola. La realidad no es algo estable, sino que se transforma en función del modo en que es observada. En el ámbito de las ciencias sociales el nominalismo concluye que la realidad es socialmente construida (Berger y Luckman, 1986) y eso es, precisamente, lo que ha sucedido con la noción de salud: ha sido creada a lo largo de un proceso histórico y social.

De acuerdo con Kaplan (2007:83-86), el construccionismo es un paradigma emergente que plantea una ruptura con la modernidad. Para los socio-construccionistas (Gergen 1985, 1999; Burr 1995, 2003; Mallon 2007), el conocimiento es específico de un momento histórico-cultural, visión que contrasta con los modelos epistemológicos atemporales y universales propuestos por el positivismo y la lógica empírica. La crítica a la relación unívoca entre el mundo y el lenguaje, pretendida en el empirismo lógico, es precisamente una de las líneas divisorias entre el modernismo y el postmodernismo. Influida por la filosofía del lenguaje de Wittgenstein (1988) y el denominado “*giro lingüístico*”, en el socio-construccionismo se abandona el supuesto de que el lenguaje pueda representar, reflejar, transmitir o almacenar el conocimiento objetivo. El lenguaje ya no es más el vehículo de la realidad mental. Por ello, esta perspectiva es también muy crítica de la teoría de las representaciones sociales (Moscovici 1981, 1984), pese a que ambas comparten muchos postulados epistemológicos y ontológicos, entre ellos, el de la construcción social de la realidad (Berger y Luckmann, 1986).

En el construccionismo social, en vez de considerar que los objetos son el fundamento de las representaciones, se entiende que las representaciones construyen los objetos que después pueblan nuestro mundo (Madill et al., 2000). Algunos autores como Ibáñez (1994), insisten en la necesidad del abandono de “*Las creencias en la ficción de la representación de la realidad*” (p. 45), porque, según afirma este investigador:

“Cuando elaboramos un conocimiento no estamos representando algo que estaría ahí fuera de la realidad (...), estamos construyendo de par en par un objeto original que no traduce nada y que no representa ningún

trozo de realidad con el que estaría en correspondencia” (Ibáñez, 1994:44).

El construccionismo también rechaza la creencia en el carácter absoluto y trascendente de la verdad. Este relativismo no significa, como explica Ibáñez (1994), negar la utilidad del concepto práctico de la verdad, que posibilita nuestra existencia en el mundo. En este sentido, son oportunas las reflexiones de Charaudeau (2003) en cuanto a que la verdad proviene de un juicio colectivo que no le pertenece a nadie en particular, pero que vale para el conjunto de la comunidad puesto que representa, de manera ideal, la opinión de la mayoría: “El deber de informar sería, entonces el correlato “natural” del derecho del ciudadano a construir la verdad “civil”. Este es el principio del que los medios obtienen su legitimidad” (Charaudeau 2003:39).

Como se dijo anteriormente, esta investigación se suscribe a la corriente más moderada del socio-construccionismo, diferente de la línea anti realista radical, para la cual no habría nada fuera del discurso. La corriente no radical propone las siguientes premisas que se adoptan en este trabajo: (a) Las palabras no son reflejo de una naturaleza pre-existente; (b) La realidad sólo nos es accesible a través de categorías, por lo que nuestro conocimiento y representaciones del mundo son producto de nuestra forma de categorizar el mundo; (c) La realidad social debe ser entendida en una perspectiva dialéctica, ya que las personas y la sociedad se construyen mutuamente; (d) El discurso se concibe como una forma de acción social que cumple un importante papel al construir el mundo social, lo que incluye al conocimiento, las identidades y las relaciones sociales; (e) Existe una especificidad histórica y cultural, ya que el hecho de

que el mundo social se construya con el discurso y en la interacción social, implica que su carácter no está determinado por condiciones externas o predeterminado, y que las personas no poseen características fijas o una “auténtica” esencia; (f) El conocimiento se produce en la interacción social, construyéndose verdades comunes a un grupo social y compitiendo acerca de lo que es verdadero y lo que es falso; (g) Las personas construyen, a través del lenguaje, eventos y versiones; la construcción de los eventos siempre implica el uso de recursos lingüísticos preexistentes en el lenguaje mismo, que son seleccionados de manera activa en el momento de construir la versión a través del discurso (Potter y Wetherell 1987, Billig 1996).

Teniendo en cuenta todo lo dicho, podemos sostener que las EPS contribuyen a construir imágenes para la institucionalización de la salud como objeto comercializable (mercancía). La actividad discursiva de las EPS es parte fundamental de la construcción de la sociedad, está legitimada por la Ley 100 de 1993 y funciona como manifestación de consensos sociales sobre la salud pública (mundializados por la OMS y otras instancias). Es así como la misión y la visión de las EPS se tornan en unos discursos que producen y reproducen una noción de salud, tomando como base un discurso verosímil que proviene de fuentes políticas, legales, económicas y financieras, con el objetivo de mantener un control de la realidad social (van Dijk, 1999, 2003, 2008) y, aún más, de la colonización de la vida en el “mundo realginario” (mezcla entre la realidad y lo imaginario) (Santander, 2008).

El proceso de la construcción social de la noción de salud está completamente supeditado a la práctica discursiva de las EPS. Es recomendable tener en cuenta que la

noción de salud comprendida como construcción social es exterior e independiente de la práctica discursiva de las EPS; no obstante, la noción de salud es producida y reproducida por las propias EPS.

En este sentido, el discurso de identidad corporativa es una *representación social*, pues es una actividad que implica la reproducción de las características de un objeto (la salud y la atención médica) que se traduciría en una construcción mental de éste.

Este discurso es *producido institucionalmente*, pues se refiere a que la misión y la visión tienen tanta importancia en su producción como en su reconocimiento institucional que es llevado a cabo por una empresa que solidariza con “las reglas del juego”, certificando y validando a la propia sociedad.

El discurso de identidad corporativa es la *construcción de un mundo posible*, pues hace referencia a los estados de cosas previstas por el lector, es decir, se puede afirmar que la construcción del discurso de identidad corporativa supone la creación discursiva de un supuesto mundo posible: la satisfacción de una necesidad.

Por esta razón, hay que analizar el rol que cumplen los discursos de identidad corporativa en la formación de imaginarios o universos simbólicos de cada individuo y de un colectivo determinado, debido a que la configuración social es una construcción constante que se edifica con la interacción del entorno socio-cultural.

2.2. Discurso y Sociedad

El hombre es por naturaleza un ser social, por eso emplea el discurso en la vida cotidiana sea este en forma oral o escrita para comunicar e interactuar con los demás, en base a la anterior afirmación podemos decir que el discurso es una práctica social característica de los seres humanos. Para Fairclough:

Describir el discurso como práctica social implica una relación dialéctica entre un evento discursivo particular y la situación, la institución y la estructura social que lo configuran. Una relación dialéctica es una relación en dos direcciones: las situaciones, las instituciones y las estructuras sociales dan forma al evento discursivo, pero también el evento les da forma a ellas. Dicho de otra manera: el discurso es socialmente *constitutivo* así como está socialmente *constituido*: constituye situaciones, objetos de conocimiento, identidades sociales y relaciones entre personas y grupos de personas. Es constitutivo tanto en el sentido de que ayuda a mantener y a reproducir el *statu quo* social, como en el sentido de que contribuye a transformarlo” (Fairclough y Wodak, 1997: 258).

En base a lo anterior podemos decir que el discurso es un terreno donde se mueven fuerzas sociales, puntos de vistas, ideologías y es a través de él que el *statu quo* social se mantiene, se reproduce o se transforma; de tal manera se puede decir que el discurso es una práctica social bidireccional en el sentido de que es parte de la vida social y crea la vida social, es en estas prácticas sociales donde se imponen por medio del discurso oral

o escrito nuevas realidades como la de las EPS en Colombia donde es normal hablar de IPS en vez de Hospitales.

Para Fairclough el discurso es un modo de acción situado histórica y socialmente. Este investigador le añade significado al concepto tradicional de discurso ya que extiende su significado para incorporar las fotografías y la comunicación no verbal como se puede observar en la siguiente cita “Como muchos otros lingüistas, emplearé el término ‘discurso’ para referirme primordialmente al uso lingüístico hablado o escrito, aunque al mismo tiempo me gustaría ampliarlo para incluir las prácticas semióticas en otras modalidades semióticas como la fotografía y la comunicación no verbal (e.g. gestual).” Fairclough (1993, p. 172).

Por otro lado, se podría decir que la vida es una sucesión de interacciones en la que las personas asumen un determinado rol, teniendo en cuenta la cultura y la sociedad a la que pertenezcan. El discurso es utilizado para relacionarse con los miembros de una comunidad, es una herramienta esencial para toda sociedad pero al mismo tiempo el discurso es empleado por la élite para mantener diferencias, discriminar, mantener ideologías, manipular etc. En este sentido despectivo del discurso Fairclough (1989) define la noción de discurso como “la manifestación lingüística de las formas capitalistas del poder” (Pág. 18). Las EPS emplean en su discurso como estrategia un narrador en primera persona con el objetivo de generar cercanía entre la empresa y los usuarios, así mismo el propósito de este narrador es mostrar como accesible el servicio de salud a los futuros clientes.

En cuanto a las relaciones entre sociedad y discurso esgrimidas por Van Dijk (2002), parece coherente comprender que es útil, para efectos de esta investigación y entre otras, ver en el discurso una razón apropiada para el estudio de la construcción de los hechos y acontecimientos sociales y sus representaciones (Potter, 1998). El discurso, por tanto, que interesa en este trabajo es aquel que es potenciado en términos de construcción social de la realidad por las propias EPS. Con esto se entiende la noción de discurso desde una mirada compleja, mixta, diversa (Van Dijk, 2003), amplia y heterogénea donde es posible pensar su relación con la reproducción de ideologías, el consenso y el poder, ya que construyen estructuras interpretativas que anuncian qué y cómo se debe comprender la realidad (en este caso, la salud y la atención médica).

La complejidad que conlleva esta conjugación discurso-sociedad permite dilucidar cómo las construcciones discursivas de las EPS afectan directamente a la conformación y reproducción de imaginarios que, en este trabajo, se focalizan en los discursos de identidad corporativas de las EPS sobre sí mismas, sobre la salud y sobre los ciudadanos que requieren atención médica.

2.3.El Análisis Crítico del Discurso (ACD) y el discurso de identidad Corporativa

Los ejercicios de poder de las élites políticas y económicas en la representación de la salud y la atención médica en el discurso de identidad corporativa, coinciden con los temas prioritarios del ACD y su directa relación con la sociedad y la cultura. El ACD es una práctica social contextualizada que se conforma, no sólo por elementos lingüísticos,

sino también por dispositivos que el propio lenguaje oculta según la conveniencia de quien comunica el mensaje. El ACD es un enfoque que se preocupa de las condiciones discursivas, sobre todo cuando éstas se delatan en el abuso de poder ejercido por grupos dominantes. Dicho análisis, además, observa y estudia los patrones de acceso y potestad sobre contextos, géneros, como también de las estrategias discursivas de control mental, deteniéndose en el discurso y sus funciones en la sociedad y tratando de entender cómo ésta se expresa, representa, legitima o reproduce. Teun van Dijk (2002) es enfático al indicar que el ACD “no se limita a los trabajos que explícitamente se llaman así, sino que también engloba todas las modalidades de investigación crítica que tienen que ver con el uso del lenguaje o con la comunicación, por ejemplo, el área de estudio de las relaciones de género, o el estudio crítico de los medios de comunicación” (p. 20).

El discurso de identidad corporativa de las EPS constituye una forma de institucionalización de los procesos de construcción social de la realidad. La actividad económica ha sido un fuerte instrumento de legitimación.

Por esta razón, el ACD como herramienta metodológica es esencial para esta investigación y, bajo este impulso, poder descifrar lo implícito/explicito del discurso de identidad corporativa. “Cuando se emite o recibe un mensaje, no sólo es importante el significado de lo que se dice, sino también la intención, explícita o implícita...” (Cepeda y Mujica, 2000: 21). Es decir, el discurso de identidad corporativa variará según el contexto que incluye factores tales como situación, lugar, tiempo, los discursos mismos, los participantes junto a sus roles sociales, institucionales así como sus representaciones

mentales, finalidades, opiniones, actitudes e ideologías (Fairclough, 2003, Zapata-Barrero y Van Dijk, 2008).

La EPS funcionan como una empresa, con sus prioridades económicas, cuyo objetivo principal es la venta de servicios médicos; para ello, hace que estos servicios sean parte de un discurso construido que tenga como referencia la realidad política, legal, económica y financiera o, por lo menos, una fracción de éstas. Por ello, y en consonancia con las perspectivas del ACD, se puede subrayar que las EPS promueven preferentemente los intereses del poder social de turno y defienden el modelo liberal. Como se puede apreciar, el ACD es aplicable al estudio de los discursos de identidad corporativa, en relación con el tratamiento discursivo de la salud.

2.4.La Hegemonía: El Caso del Régimen de Salud en Colombia

Otro concepto fundamental para la investigación es el de Hegemonía, el cual es desarrollado por Antonio Gramsci y es importante para la investigación debido a que el tipo de discurso empleado por las EPS de Colombia es un discurso hegemónico, es decir es un discurso consolidado que ha logrado ideológicamente imponerse totalmente en el ámbito de la salud de los colombianos, podría decirse que es un discurso supremo.

“Poner el acento en la hegemonía implica poner el acento en la ideología y en cómo las estructuras y las prácticas de la vida cotidiana encarrilan las relaciones sociales del capitalismo dentro de la rutina y las normas establecidas” (Forgacs, 1988. Pág. 371).

Las EPS impusieron sus prácticas ideológicas a la sociedad por medio de su discurso publicitario y por medio del discurso de la ley 100 de 1993, es entonces cuando podemos hablar de hegemonía, cuando por efectos del poder, en este caso político un discurso es consolidado y “aceptado” aunque prácticas como por ejemplo la de negarle la atención médica a un ciudadano que necesite de ella y que no cuente con un carnet de afiliación es vista como una acción normal por estas empresas, negando el derecho a la salud de los colombianos. Esto se da mediante un proceso gradual de cambio a partir del discurso; por último recurriré a una cita en la que Wodak (2003) explica el propósito de las teorías críticas en el ACD. “El aspecto *crítico* del discurso está en que las personas sean conscientes de las diversas formas de coerción a que se ven expuestas y puedan liberarse de esta e identificar el lugar de sus verdaderos intereses (p. 34)”. Tal como afirma Fairclough (Wodak, 2003) “El papel de la crítica es hacer visible la interacción de las cosas pág. 19”

2.5.La Estructura Textual de La Misión y de La Visión

Los discursos de identidad corporativa de las EPS expresan la naturaleza o esencia de la empresa. Están conformados por una misión, una visión y una filosofía o valores corporativos que son propios a la razón de ser de la entidad. La misión responde a la pregunta ¿Quiénes somos? Mientras la visión responde a ¿Quiénes seremos?

La organización textual de estos discursos responde a ciertas reglas básicas como la coherencia y la cohesión para poder ser comprendidos por los lectores, y -como todo

texto- cuentan con una estructura: superestructura, macroestructura y microestructura (Cfr. Van Dijk, 1977, 1978, 1980).

- La superestructura es la estructura formal que representa las partes en que se organiza el contenido de un texto. Es, pues, el esqueleto reconocible que caracteriza un género discursivo, por su forma habitual y por ello convencional de estructurar la información: organiza las secuencias de frases y les asigna una función específica en la comunicación.
- La macroestructura textual es el contenido semántico global que representa el sentido de un texto. Para que un texto se reciba como una unidad de comunicación ha de poseer un núcleo informativo fundamental, que es el asunto del que trata o tema. La macroestructura textual, pues, es un concepto cercano al de tema o asunto del texto, reinterpretados en el marco del análisis del discurso.
- La microestructura textual es el nivel de base del texto concreto y se refiere a las relaciones de coherencia y cohesión que se establecen entre las unidades que forman parte de un texto. (Cfr. Van Dijk, 1977, 1978, 1980)

2.5.1. Estructura textual de la Misión

La misión define la interrelación entre la organización y sus actores relevantes: clientes, proveedores, empleados, comunidad, accionistas, medio ambiente. Suele denominársele “*finalidad*” y es la concepción implícita del por qué o razón de ser de la Empresa.

Aunque existen muchos conceptos de Misión, sólo me limitaré a seleccionar los más destacados:

La Misión "...es lo que pretende hacer la empresa y para quien lo va hacer. Es el motivo de su existencia, da sentido y orientación a las actividades de la empresa; es lo que se pretende realizar para lograr la satisfacción de los clientes potenciales, del personal, de la competencia y de la comunidad en general". (Fleitman. 2000: 36)

Para Chiavetano, I. (2005) la misión de una organización es la razón de su existencia. Es la finalidad o motivo de creación de la organización, y a la que debe de servir. Incluye los objetivos esenciales del negocio y se enfoca generalmente hacia afuera de la empresa, es decir, hacia la atención de las demandas de la sociedad, del mercado o del cliente. La definición de la misión organizacional debe de responder a tres preguntas básicas: ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Por qué hacemos lo que hacemos?

La misión "enuncia a que clientes sirve, que necesidades satisface y qué tipos de productos ofrece. Por su parte, una declaración de misión indica, en términos generales, los límites de las actividades de la organización." (Stanton, Etzel y Walker .2007)

Con base en las definiciones anteriores, podemos inferir que el **propósito** de la **misión** es expresar la razón por la cual existe la empresa, da a conocer la función que cumple ante la sociedad o lo que produce, y define lo que es.

A **nivel superestructural**, la misión debe contar obligatoriamente con nueve componentes que son:

1. Clientes: ¿Quiénes son los clientes de la empresa?
2. Productos y servicios: ¿Cuáles son los productos y servicios más importantes de la empresa?
3. Mercado: ¿En dónde compite la empresa geográficamente?
4. Tecnología: ¿La empresa está actualizada tecnológicamente?
5. Preocupación por la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad: ¿La empresa está comprometida con el crecimiento y la solidez financiera?
6. Filosofía: ¿Cuáles son las creencias básicas, los valores, las aspiraciones y las prioridades éticas de la empresa?
7. Concepto que tiene la empresa de sí misma: ¿Cuál es su cualidad distintiva o su mayor ventaja competitiva?
8. Preocupación por su imagen pública: ¿La empresa sabe responder a sus preocupaciones sociales, comunitarias y ambientales?
9. Preocupación por los empleados: ¿Los empleados son valiosos para la empresa?

La macroestructura de la misión debe permitirle al lector responder cuatro preguntas (David Fred, 2008):

1. ¿Quién es?: Identidad y reconocimiento legal que otorga legitimidad a nuestra acción.
2. ¿Qué busca?: Propósitos.

3. ¿Por qué lo hace?: Valores, principios y motivaciones de orden moral, religioso, político y social.
4. ¿Para quién trabaja?: Clientes (sectores sociales hacia los cuales se orienta principalmente nuestros esfuerzos).

El nivel **microestructural** se caracteriza por usar un vocabulario formal que transmite credibilidad, pero sencillo para que sea fácilmente comprendida por todas las personas que estén en contacto con la organización. Debe estar conformada por menos de 200 palabras. Su sintaxis se caracteriza por: un verbo que indica cambio del status quo (incrementar, bajar, generar, eliminar, transformar).

2.5.2. Estructura textual de la Visión

Para Fleitman (2000: 283) la visión es “...el camino al cual se dirige la empresa a largo plazo y sirve de rumbo y aliciente para orientar las decisiones estratégicas de crecimiento junto a las de competitividad”.

El **propósito** de una visión es expresar las metas a alcanzar en un determinado tiempo, servir de motivación y de impulso para los integrantes de la organización en los momentos difíciles. Está conformada por dos partes:

1. Ideología central: conformada por los valores y principios básicos.
2. Un futuro imaginado: es todo lo que quiere ser la empresa en un futuro; todo lo que quiere lograr.
3. Un periodo de tiempo: en el cual se deben alcanzar las metas.

A nivel **macroestructural**, la visión debe permitirle al lector responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la imagen deseada de la empresa?
- ¿Cómo será la empresa en el futuro?
- ¿Qué hará la empresa en el futuro?
- ¿Qué actividades desarrollará la empresa en el futuro?

A nivel **microestructural**, la visión se caracteriza por expresarse en un párrafo breve, en tiempo futuro.

2.6. Recursos Lingüísticos y Estrategias Discursivas en los Discursos de Misión y de Visión.

Para realizar el análisis de las noticias se ha planteado una serie de categorías presentes en el corpus. Estas categorías basadas en los **recursos**, que son los usos concretos que los hablantes hacen de los códigos, son: la reiteración léxica, la nominación, la tematización, la nominalización. Igualmente, en el corpus estos recursos son utilizados a través de diferentes **estrategias**, que son el conjunto de maniobras que se implican para el logro de propósitos comunicativos, como: la generalización, la evaluación, la naturalización y el ocultamiento.

En este trabajo se concibe al discurso como portador y productor de cultura. En este sentido, los fenómenos sociopolíticos integran, generan y son el resultado de fenómenos

socioculturales, estrategias discursivas, procesos discursivos y recursos lingüísticos. Con **fenómenos sociopolíticos** se hace referencia a un modo de ejercicio del poder, a una forma de relacionarse a una organización del conocimiento consecuente con las ideologías de una sociedad y una cultura en particular. En este sentido, el análisis crítico del discurso busca desentrañar fenómenos como la **inclusión** y la **exclusión**, los cuales se encuentran inmersos en formas de dominación, es decir, de control en algún orden vital de un pueblo o un sector de la sociedad sobre otro o el resto. En términos culturales, la exclusión y la inclusión son mecanismos de opresión que niegan la diferencia o desconocen la alteridad; en el orden económico, son la imposibilidad de construir sociedad; y, en términos políticos, son una construcción del poder, relegada a unos pocos, a determinados temas y a un conjunto de acciones puntuales y temporalmente definidas (Pardo Abril, 2007: 121-122).

Se apuesta por el desentrañamiento de la **naturalización** y el **ocultamiento** como fenómenos mediante los cuales se puede ejercer o evidenciar algún grado de dominación a través del discurso, que también se configuran como estrategias culturales de exclusión o inclusión (Pardo Abril, 2007: 122).

Los **fenómenos socioculturales** son entendidos como el conjunto de modelos en que se articulan los saberes, las acciones, los objetos y las instituciones, que se encuentran materialmente o circulantes en la forma de discursos de diversa índole en el tiempo y en el espacio público, y se configuran como constructos mentales en los individuos. En consecuencia, un fenómeno sociocultural es aquel que simultáneamente da cuenta de un saber y de un hacer interiorizado y públicamente disponible (Pardo Abril, 2007: 122).

La **naturalización** se entiende como el saber y el modo de proceder en el que se asigna a los objetos del discurso una existencia propia, incuestionable, independiente de las circunstancias, razonable y normalizada socialmente, recurriendo a la objetualización, a la reducción de la heterogeneidad y al establecimiento de cierto grado de atemporalidad. Desde este marco, la naturalización consiste en tratar hechos sociales y culturales como si se tratara de elementos y acontecimientos biológicos, físicos o químicos. Esto implica, de una parte, un reduccionismo de lo psicosocial a lo físico-biológico y, de otra parte, generar un escenario conceptual en el que se consideran las acciones y creencias humanas como naturales. Desde allí, lo que es visto como natural se transforma en incuestionable, universal, obvio, normal inevitable y, por lo tanto, “se presenta, en el estado objetivado, en el mundo social y también en el estado incorporado, en los hábitos, como un sistema de categorías de percepción, pensamiento y acción” (Bourdieu, 1986)” (Pardo Abril, 2007: 122).

El **ocultamiento** hace referencia a la inevitable relación entre conocer y desconocer, lo cual se expresa en el discurso en la puesta en escena comunicativa de conocimientos parciales, errores, relevancia de unos intereses sobre otros, fragmentación, distorsión, espectacularización, dramatización y otros recursos. De manera que el discurso público muestra algo distinto de lo que debe mostrar, proporcionando que ciertos acontecimientos se minimicen, se jerarquicen de manera distinta e, incluso, pierdan sentido social. Siguiendo a Bourdieu (1986), el ocultamiento ocurre mediante la selección sistemática de lo sensacional y espectacular, invirtiendo la jerarquía de los acontecimientos, para generar realidades susceptibles de contraste con el mundo y, por lo tanto, veraces (Pardo Abril, 2007: 122).

Los fenómenos sociodiscursivos, las estrategias discursivas y los procesos lingüísticos constituyen el modo de proceder para el análisis lingüístico (Pardo Abril, 2007: 123). A continuación, se define los recursos lingüísticos presentes en el corpus.

En primer lugar, está la **reiteración**, en donde a expresiones o unidades léxicas se les reconocen su frecuencia y sus co-textos. Estos son el texto que le antecede y otro que le sigue inmediatamente a las expresiones, a partir de los cuales es posible develar algunas regularidades que generan interrogantes sobre la presencia reiterada de los actores sociales, la organización y la jerarquización de la información, los recursos retóricos implicados, las formas prototípicas de expresión, entre otros. De allí, se extraen las primeras categorías para la construcción de una base de datos, en cuanto esta exige la definición de variables y una organización conceptual y categorial del corpus (Pardo Abril, 2007).

En cuanto a la **nominación** es el recurso a través del cual se da cuenta de la propiedad lingüística que identifica los objetos y los seres del mundo. Los tipos de nominación son: *Nombre propio*: denota seres u objetos en el mundo con la función cognitiva de afirmar su individualidad. El cual está asociado a un conocimiento específico y, por tanto, construye una imagen particular de lo que se nombra. *Nombre común*: recoge una categoría de cosa o seres en el mundo. Es decir, se hace referencia a sus rasgos esenciales, los cuales, en razón de su asociación con un conocimiento general, son aplicados a un número indefinido de objetos o de seres. *Nombre retórico*: tipo de nominación que se elabora a partir de una figura retórica y en la que coexisten dominios conceptuales distintos en la consolidación de su significación e identificación.

En tercer lugar, las figuras retóricas pueden dar cuenta de maneras de representar la realidad, de contextualizarla y jerarquizarla en el discurso. En este trabajo se destaca la metonimia y la metáfora.

Respecto a la **metonimia** se caracteriza por usar una entidad para referirse a otra que está relacionada con ella. Dentro de los tipos de metonimia se puede encontrar metonimias: parte por el todo, el productor por el producto, objeto usado por el usuario, controlador por lo controlado, institución por gente responsable (Lakoff y Johnson, 1991).

Con relación a las **metáforas** como expresiones lingüísticas son posibles, precisamente, porque son metáforas en el sistema conceptual de una persona. Así pues, tales metáforas como una discusión es una guerra, debe entenderse que metáfora significa concepto metafórico. Sin embargo, la estructura metafórica que se implica es parcial, no total. Si fuera total, un concepto sería en realidad el otro, no sería meramente entendido en término del otro (...) Así pues, parte de un concepto metafórico no se ajusta ni puede ajustarse a la realidad. En definitiva, Lakoff y Johnson creen que ninguna metáfora se puede entender, ni siquiera representar, adecuadamente independientemente de su fundamento en la experiencia.

Las *metáforas ontológicas* son formas de considerar acontecimientos, actividades, emociones, ideas, etc., como entidades y sustancias. Estas sirven a efectos diversos, y los diferentes tipos de metáforas reflejan los tipos de fines para los que sirven. (...) La lista

siguiente nos da una idea de los tipos de fines a los que sirven: referirse, cuantificar, identificar aspectos, identificar causas, establecer metas y motivaciones.

Luego, en la *personificación*: el objeto físico se especifica como una persona. Esto nos permite comprender una amplia diversidad de experiencias con entidades no humanas en términos de motivaciones, características y actividades humanas. Pero la personificación no es un proceso único general y unificado. Cada personificación es distinta según los aspectos de la gente que son escogidos. Lo importante es que la personificación es una categoría general que cubre una amplia gama de metáforas cada una de las cuales escogen aspectos diferentes de una persona, o formas de mirar a una persona. Lo que todas tienen en común es que se trata de extensiones de metáforas ontológicas y que nos permiten dar sentido a fenómenos del mundo en términos humanos. –términos que podemos entender sobre la base de nuestras propias motivaciones, objetivos, acciones y características (Lakoff y Johnson, 1991).

Otra categoría que se considera es el análisis de la **nominalización**. Para Halliday (1994: 352), la nominalización es el “más poderoso recurso para crear metáforas gramaticales”. En toda metáfora gramatical un componente semántico se construye en la gramática de manera no prototípica. Halliday propone dicho término para referirse al “mismo significado” que se evoca por medio de otra clase de palabra, donde se produce una conjunción de dos niveles de significado como resultado de una nueva elección gramatical. Así, gracias a la nominalización de acciones, los procesos, normalmente expresados con verbos, se reformulan metafóricamente como sustantivos. Por su parte, Fowler (1986), define la nominalización como un proceso organizativo del mensaje que

reduce una oración a un nombre; de este modo, se aminora la transitividad y se pierde el conocimiento de los participantes personales.

3. CAPITULO III. EL QUEHACER DE LA INVESTIGACIÓN

Este capítulo describe el diseño metodológico de este estudio. Aquí se hizo necesaria la integración de métodos cualitativos y cuantitativos, debido a que la conjunción de estos métodos no sólo posibilita el reconocimiento de fenómenos socioculturales, sino que permite desentrañar, con técnicas cuantitativas, el conjunto de recursos necesarios para dar cuenta de la forma en que una comunidad percibe y representa los asuntos relevantes de su entorno.

Cabe resaltar que la representación social subyacente en los discursos de identidad corporativa, es un objeto de estudio de *naturaleza semántica*, que tiene que ver con creencias, significados, valores, estereotipos y contenidos mentales. Estas, como unidades abstractas que son, requieren de la *inferencia* y de la *deducción*, más que de la interpretación cuantitativa que unas cifras o porcentajes pueden ofrecer. Por lo tanto, se privilegia lo *cualitativo*.

3.1. Recolección de Datos

El corpus de este trabajo se recopiló mediante una revisión documental. Dado que este estudio se contextualiza en la ciudad de Cartagena de Indias, se consultó los sitios web corporativos de las Empresas Promotoras de Salud con sede en dicha ciudad. Una vez identificadas las direcciones virtuales de las EPS, se accedió a sus discursos corporativos en los enlaces titulados *Conózcenos* o *Quiénes somos*, en los que se expone

su misión, su visión, sus principios y valores. Los datos fueron digitalizados y guardados en un archivo con formato Word.

El corpus está conformado por el discurso corporativo de 16 Empresas Promotoras de Salud con sede en la ciudad de Cartagena, que integra misiones y visiones de las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Cuadro 1. Empresas Promotoras de Salud con sede en la ciudad de Cartagena

Nombre de la EPS	Dirección electrónica
Colmedica	www.colmedica.com
Salud Total	www.saludtotal.com.co
Cafesalud	www.cafesalud.com.co
Sanitas	www.sanitas.es
Saludcoop	www.saludcoop.com.co
Humana vivir	www.humanavivir.com.co
Coomeva	eps.coomeva.com.co
Famisanar	www.famisanar.com.co
Saludvida	www.saludvidaeps.com
Saludcolombia	www.saludcolombiaeps.com.co
Nuevaeps	www.nuevaeps.com.co
Comfamiliar	www.comfamiliar.org
Caprecom	www.caprecom.gov.co
Comparta	www.comparta.com.co
Coosalud	www.coosalud.com
Mutual ser	www.mutualser.org

Fuente: El Autor

3.2.Procedimiento de Análisis

El procedimiento metodológico de este estudio adoptó, por un lado, los aportes metodológicos sobre el análisis estructural de los textos de Teun van Dijk (1999) y, por otro lado, la propuesta sobre estrategias analítico-descriptivas para el Análisis Crítico del Discurso de Pardo Abril (2007:103-164), quien ha dado un viraje hacia la integración de las metodologías cualitativas y cuantitativas (aunque en este trabajo se hará más énfasis en lo cualitativo).

Siguiendo a Pardo Abril (2007:103-164), se hizo un Análisis Crítico del Discurso en dos fases, que garantizaron sistematicidad: una fase exploratoria-descriptiva y una fase analítica.

3.2.1. Fase Exploratorio-Descriptiva

Dentro de esta fase, una primera forma de análisis es el análisis de datos textuales (ADT) que consiste en el conteo de unidades y la construcción de matrices mediante un programa informático de análisis textual, así: a) identificación y caracterización de unidades de análisis; y b) identificación de asociaciones semánticas. Veamos:

a) Identificación y Caracterización de Unidades de Análisis: Una vez seleccionados los textos que conforman el corpus, se hizo una exploración con un programa de visualización textual, en este caso, AntConc 3.2.4., para crear una lista de ocurrencias y sus frecuencias; es decir, una lista que muestra la aparición de una palabra (ocurrencia), y el número de veces que se repite

(frecuencia) en el corpus. Para facilitar el análisis, se crearon listas de ocurrencia y frecuencia de sustantivos, adjetivos y verbos.

Cuadro 2. Ocurrencias y frecuencias de sustantivos

Unidad léxica	Frecuencia

Fuente: El Autor

Cuadro 3. Ocurrencia y frecuencia de verbos

Unidad léxica	Frecuencia

Fuente: El Autor

Cuadro 4. Ocurrencias y frecuencias de adjetivos

Unidad léxica	Frecuencia

Fuente: El Autor

- b) **Identificación de asociaciones semánticas:** Un recurso lingüístico que se estudia aquí es la **reiteración léxica** en el discurso. Fundamentalmente se analiza cuál es el propósito comunicativo con el cual los actores discursivos repiten

frecuentemente algunas unidades léxicas. Una de las formas de identificar la reiteración léxica es mediante las **concordancias**. Una concordancia consiste en la determinación de los **co-textos** de todas las ocurrencias de una palabra, es decir, el conjunto de expresiones que anteceden y siguen en forma inmediata una palabra clave, las cuales contribuyen a dar sentido a lo expresado. La elección de las unidades léxicas que se eligen para analizar sus concordancias, obedece a dos criterios: (1) su carácter de objeto de investigación; o (2) su elevada frecuencia de aparición en el corpus.

Por ello, una vez seleccionadas las unidades léxicas que más se reiteran en el corpus, se hizo una exploración con AntConc 3.2.4, el cual nos permitió identificar cuáles son los co-textos de las unidades discursivas más frecuentes.

Para facilitar el análisis, se empleó el siguiente modelo de cuadro:

Cuadro 5. Análisis de la reiteración léxica

Pre-texto	Palabra clave	Post-texto

Fuente: El Autor

3.2.2. Fase Analítica

La fase analítica se efectuó en tres pasos: a) análisis del tema de los discursos de misión y de visión; b) el análisis de las formas de nominación de los actores sociales; y c) el análisis de la nominalización. Veamos:

Paso 1. Análisis del tema y la tematización

Siguiendo a van Dijk (1992), en primera instancia, se hizo un análisis macroestructural. Para ello, se identificó el tema discursivo en el corpus. Aquí se tuvo en cuenta que el tema se distribuye en el discurso de varias formas: a) como progresión lineal, es decir, como una secuencia entre segmentos del discurso; b) como un todo fragmentado en subtemas a lo largo del discurso; y, c) como la convergencia de una gama amplia de ideas en un tema global (Bustos Gisbert, 1996). Para facilitar este análisis, se diseñaron los siguientes cuadros:

Cuadro 6. Orientación temática en el discurso de misión

EPS	Discurso de Misión	Orientación temática

Fuente: El Autor

Cuadro 7. Orientación temática en el discurso de visión

EPS	Discurso de Visión	Orientación temática

Fuente: El Autor

En el nivel microestructural se analizó el estilo lingüístico, con el fin de identificar si era nominal o verbal.

Paso 2. Análisis de las formas de nominación de los actores sociales

Seguidamente, para analizar la manera en que se representan los actores sociales en el corpus, se identificaron las **formas de nominación**. Para ello, se tuvo en cuenta tres macro-categorías de nominación: nominación propia, común y retórica (Pardo, 2007: 95-96). Desde estas categorías generales se desglosaron unas categorías de nominación más específicas: nominación funcional, valorativa, esencial, de afiliación, honorífica, semiformal y metafórica (Pardo, 2007: 151-152), con las cuales se logró una caracterización más rigurosa y, por tanto, un estudio más elaborado de la manera en la cual se presentan los actores sociales. Para facilitar el análisis, se emplearon los siguientes cuadros:

Cuadro 8. Nominación Común

Nominación Común	
Funcional	
Valorativa	
Esencial	
De afiliación	
Honorífica	

Fuente: El Autor

Cuadro 9. Nominación Propia

Nominación Propia	
Funcional	
Semiformal	
Honorífica	
Afiliación	

Fuente: El Autor

Cuadro 10. Nominación Retórica

Nominación Retórica	
Metafórica	
Metonímica	

Fuente: El Autor

Paso 3. Análisis de la nominalización

Para analizar la nominalización se identificaron y cuantificaron los sustantivos deverbales presentes en el corpus.

Como hemos visto, en este capítulo se ha presentado un diseño metodológico basado en el Análisis Crítico del Discurso que permite descifrar lo *implícito/explicito* del discurso de identidad corporativa de las EPS. Este enfoque permite desentrañar –con sistematicidad- los significados ideológicos (prejuicios, creencias, valores, estereotipos, modelos mentales y culturales) que subyacen en el discurso corporativo.

4. CAPITULO IV. ESTRATEGIAS DISCURSIVAS EN EL DISCURSO DE IDENTIDAD CORPORATIVA DE LAS EPS EN CARTAGENA

En este capítulo se presentan y discuten los resultados del análisis del corpus. Primero, se describen las formas de nominación de los actores sociales que aparecen en el discurso; luego, se analizan las orientaciones temáticas presentes en los discursos de misión y visión; seguidamente, se identifican las unidades léxicas que se reiteran para desentrañar el propósito de tal reiteración; y, finalmente, se describe la estrategia de impersonalización mediante el uso de estilo nominal.

4.1. Formas de Nominación

La nominación es el recurso a través del cual se da cuenta de la propiedad lingüística que identifica los objetos y los seres del mundo. Al respecto, el análisis del corpus revela que los actores sociales ligados al sistema de salud se presentan siempre con nombres comunes. Recordemos que el nombre común recoge una categoría de cosas o seres en el mundo; es decir, se hace referencia a sus rasgos esenciales, los cuales, en razón de su asociación con un conocimiento general, son aplicados a un número indefinido de objetos o de seres.

Las EPS son constantemente presentadas en términos de su función social. Estas formas nominativas cobran bastante relevancia, si se considera que todas ellas, y por tanto sus acciones, se encuentran enmarcados institucionalmente y su función es el servicio al público, a la sociedad en general, lo cual favorece una construcción positiva

de las representaciones de tales instituciones. Además, les confiere cierta potestad y credibilidad que benefician la aceptación general de sus acciones.

En la autorepresentación se emplean dos clases de nombres comunes. Por un lado, se usan palabras simples como: *empresa, compañía, entidad, organización, institución, aseguradora*; y, por otro lado, se usan palabras compuestas como: *grupo empresarial, grupo de personas, sector estratégico de negocios, unidades estratégicas de negocios*. Pero todas esas unidades léxicas se asocian al campo semántico de la economía, las finanzas y el marketing. Esta asociación contribuiría a **naturalizar** el objetivo comercial de dichas instituciones.

Cuadro 11. Formas de Nominación

EPS	Frecuencia	Afiliado	Frecuencia
Empresa	17	Usuario(s)	30
Organización	17	Afiliado(s)	22
Entidad	6	Cliente(s)	19
Grupo Empresarial	5	Pacientes	1
Compañía	4	Ser humano	1
Institución	2		
Aseguradora	1		
Grupo de personas	1		
Sector estratégico de negocios	1		
Unidades estratégicas de negocios	1		

Fuente: El Autor

De lo anterior, podemos inferir que el discurso de identidad corporativa tiende a ser elusivo en su autorepresentación, pues, en la mayoría de los casos emplea una nominación que no se corresponde con la naturaleza jurídica y las funciones establecidas en la Ley 100 de 1993.

Por otro lado, aunque la Ley 100 propone dos nominaciones comunes: *afiliado* y *usuario*, muchos discursos de identidad corporativa emplean la nominación común *cliente*, y en casos aislados *paciente* y *ser humano*.

El DRAE ofrece las siguientes definiciones para las unidades léxicas empleadas para representar a los afiliados y usuarios:

- **Afiliado, da.** (Del part. de afiliar). 1. adj. Dicho de una persona: Asociada a otras para formar corporación o sociedad. U. t. c. s. (usado también como sustantivo).
- **Usuario, ria.** (Del lat. *usuarius*). 1. adj. Que usa ordinariamente algo. U. t. c. s. (usado también como sustantivo). 2. adj. Der. Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación. U. m. c. s. (usado más como sustantivo).
- **Cliente.** (Del lat. *cliens*, -entis). 1. com. Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa. 3. com. Persona que está bajo la protección o tutela de otra.

- **Paciente.**(Del lat. *patiēns*, -entis, part. act. de *pati*, padecer, sufrir).4. com. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.5. com. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

Cabe resaltar que los afiliados son presentados en el discurso como pacientes y beneficiarios semánticos y, en consecuencia, como sujetos no funcionales ni productivos socialmente. Esto contribuye a la representación del afiliado como un ser subordinado, dependiente, sin voluntad, sin voz, destinatario de la acción de un agente, y sin derecho a reclamar.

4.2.Orientaciones Temáticas

Los resultados revelan que los discursos de misión y de visión de las EPS tienden a orientarse hacia temas empresariales ligados al capitalismo y al neoliberalismo: *competitividad, calidad, satisfacción del cliente, servicio, desarrollo, rentabilidad, cobertura*; mientras que pierden protagonismo los temas humanos y sociales ligados a los derechos de atención en salud: *salud, acceso a servicios de salud*.

Cuadro 12. Orientaciones temáticas

Temas	Frecuencia
Servicio(s)	44
Calidad	34
Responsabilidad	15

Bienestar	13
Competitividad	12
Rentabilidad	11
Gestión	10
Solidez	6
Cobertura	6

Fuente: El Autor

Estas orientaciones temáticas parecen ser consecuentes con la ideología neoliberal debido a que los servicios médicos son ofrecidos como mercancía en Colombia por medio de las EPS. El Estado descargó su responsabilidad en seguridad social a estas empresas prestadoras de salud, con el fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad en la prestación del servicio. Estas empresas gozan de libre competitividad para atraer a sus usuarios y muchas utilizan como estrategia los discursos de misión y visión donde recurren a seducir al usuario haciendo énfasis en el bienestar familiar, la solidez financiera, en la tecnología de punta y en unos principios y valores que en la práctica se convierten en fantasía, las EPS convirtieron en un negocio rentable el derecho a la salud que debe garantizar el estado, para ello elaboraron un pos en los que no se incluyen medicamentos de alto costo y estimaron un tiempo de atención en consultas médicas manteniendo así la rentabilidad del negocio.

Las estrategias empleadas por las EPS están ancladas en las políticas neoliberales, las EPS reducen el papel benefactor del estado en salud, y la calidad de vida de los colombianos ya que el bienestar que les interesa es el económico y no el bienestar

humano, en muchas ocasiones los usuarios se han visto obligados a instaurar acciones de tutela para que puedan ser atendidos por especialistas o para que le realicen operaciones de alto costo, convirtiéndose esta herramienta jurídica en un dolor de cabeza para las eps, por lo cual ya está en marcha un proyecto de ley para eliminar la tutela para reclamar servicios de salud, este proyecto es característico de la políticas neoliberales ya que los gobiernos no pueden intervenir con leyes o restricciones en los intercambios comerciales.

4.3.Reiteración Léxica

Otro de los recursos lingüísticos analizados en este estudio es la reiteración léxica. Fundamentalmente se analiza cuál es el propósito comunicativo con el cual los actores discursivos repiten frecuentemente algunas unidades léxicas. Al respecto, el análisis del corpus reveló la reiteración de las siguientes unidades léxicas: *salud, calidad, servicio, bienestar, cliente*.

Cuadro 13. Reiteración léxica

Unidad léxica	Frecuencia
Salud	47
Servicio	44
Calidad	34

Fuente: El Autor

4.3.1. Salud

La unidad léxica que más se reitera es “salud”. Esto se debe a que las EPS en sus discursos de identidad corporativa ofrecen servicios de salud, y se muestran ante la audiencia como la mejor opción en salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna (1946) define Salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Cuadro 14. Reiteración de la unidad léxica “Salud”

Pre-texto	Palabra clave	Post-texto
somos una eps del régimen subsidiado que garantiza el aseguramiento en	Salud	y el plan de beneficios a sus afiliados
somos una organización del sistema de seguridad social, dedicada al aseguramiento en	Salud	que garantiza la atención de la población afiliada,
redsalude.p.s. garantizará el aseguramiento integral en	Salud	con un recurso humano idóneo
creada con el propósito de administrar el riesgo en	salud	de sus afiliados, a través de recursos de la nación y entes territoriales
que administra el riesgo en	Salud	de afiliados y programas especiales a los asociados
somos una compañía de aseguramiento, prestación, administración y promoción de la	Salud	que ofrece las mejores combinaciones de coberturas, servicios y soluciones,

mediante la diversidad y calidad de un portafolio de servicios en	salud,	potencializando sinergias en las capacidades humanas, tecnológicas y gerenciales
garantizándoles la más adecuada prestación de los servicios de	salud,	orientados hacia el mejoramiento de su calidad de vida. adicionalmente, brindando agilidad y fluid
prestar servicios de	Salud	y administrar pensiones a la población afiliada en forma integrada, con excelente calidad y transparencia
administradora del régimen subsidiado en	Salud	en el territorio colombiano,
desarrollo de proyectos altamente efectivos y eficientes que apoyan la consolidación del modelo en	salud,	el mantenimiento de la rentabilidad de la compañía y el reconocimiento del talento humano de la empresa
la prestación de los servicios contemplados dentro del plan obligatorio de	salud,	
garantizar la prestación del plan obligatorio de	salud,	con una alta calidad humana, tecnológica y científica
en lo referente a	Salud	y prestación de servicios
informar a los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema de seguridad social en	Salud	sobre la labor desarrollada en cada uno de los campos anteriores.
desarrollando un modelo de gestión de	Salud	integral en Colombia
para ofrecer a nuestros usuarios, una solución integral a sus necesidades en	salud.	
somos una empresa que trabaja	salud.	

unida para proteger tu		
la empresa mutual para el desarrollo integral de la	Salud	emdisalude.s.s. eps-s es una organización de origen comunitario, del sector de la economía solidaria
trabajamos constantemente por mejorar y mantener la	Salud	de nuestros afiliados que nos han confiado su bienestar

Fuente: El Autor

El análisis semántico indica que el concepto “salud” se relaciona contantemente con conceptos provenientes de la economía, las finanzas y el marketing: *aseguramiento, promoción, servicios, compañía, sistema de garantía de calidad, administrar el riesgo, portafolio*, etc. Esto contribuye a **naturalizar** el objetivo comercial de las actividades que llevan a cabo las EPS. En Colombia la venta de servicios de salud se ha convertido en un negocio altamente lucrativo; por lo que las EPS funcionan como cualquier empresa comercial, amparadas en el marco jurídico de la ley 100 de 1993.

Respecto a este último punto, el concepto “salud” se relaciona con el discurso institucional expresado en la Ley 100 de 1993: *Plan Obligatorio de Salud (POS), Entidad promotora de salud (EPS), Seguridad social en salud, Régimen subsidiado en salud*. Esto contribuye a **legitimar** el discurso de identidad corporativa, pues -al ofrecer un marco institucional- quedan respaldados por la ley y gozan de autoridad y credibilidad, que beneficia la aceptación general de sus acciones.

En menos frecuente, la asociación del concepto “salud” con aspectos humanos como: *proteger, comprometerse, mejorar, necesidades, desarrollo integral*. Esto es

consecuente con la naturaleza comercial de las EPS y coincide con una de las características del neoliberalismo: la privatización de los servicios públicos y la deshumanización de las relaciones comerciales.

4.3.2. Servicio

De acuerdo con el Diccionario de Economía y Finanzas (1991), desde el punto de vista económico, servicio es cualquier tarea o actividad para la cual haya una demanda y, por lo tanto, un precio. En una economía competitiva este precio será determinado, para los bienes, por la relación que se establezca en el mercado entre la oferta y la demanda existente.

Los servicios son llamados también bienes intangibles, porque ellos no son mercancías que puedan ser compradas, almacenadas y, luego, revendidas, sino acciones que realizan otras personas y que deben ser consumidas en el momento y lugar de su producción; aunque muchas actividades de servicios implican el consumo simultáneo de otros bienes tangibles. Suele clasificarse a los servicios, por tal motivo, entre los bienes no transables o transferibles; aunque existen ciertas excepciones al respecto.

La reparación o el mantenimiento de un objeto, el dictado de un curso o la elaboración de un proyecto, son, por lo tanto, servicios; aunque en algunos casos -como por ejemplo cuando se realiza un diseño publicitario-, el servicio prestado no sea completamente intangible: casi siempre hay algún aspecto físico o material involucrado en la prestación de un servicio.

Los servicios suelen clasificarse en la estadística macroeconómica, como personales o sociales, según los destinatarios y las características de los mismos. A la segunda categoría pertenecen, entre otras, las actividades educativas y comunales. También suele hablarse de servicios públicos, aunque generalmente en un sentido poco estricto: entre ellos se engloban las actividades de suministro de agua y energía, salud, educación, alumbrado público, etc. En algunos casos estos servicios públicos tienen características similares a las de los bienes públicos; en otros se trata de que, simplemente, la prestación de los mismos corre, en determinada sociedad, por cuenta del Estado.

Cuadro 15. Reiteración de la unidad léxica “Servicio”

Pre-texto	Palabra clave	Post-texto
calidad en la prestación de los	Servicios	a los usuarios.
y garantizar la prestación de	Servicios,	acorde con la ley.
en el servicio: prestamos los	Servicios	con esmerada atención y calidad
tratados la prestación de los	Servicios	contemplados dentro del plan
a través de la prestación de	Servicios	de excelente calidad, fomenta
de la prestación de excelentes	Servicios	de salud y el ofrecimiento de
rente a salud y prestación de	Servicios	e informar a los organismos d
ás adecuada prestación de los	Servicios	de salud , orientados hacia el
amplia red de prestadores de	Servicios	con calidad y eficiencia
mente comprometidos en prestar	Servicios	de salud y administrar pensio
población afiliada, brindando	Servicios	competitivos e implementando
brindar a nuestros afiliados,	Servicios	de óptima calidad, asegurando

idos que nos permiten brindar	Servicios	de calidad; al tiempo que com
ofrecer	Servicios	de calidad con eficiencia y r
mprometido con una cultura de	Servicios	de calidad, cuyo proceso prod
y calidad de un portafolio de	servicios,	en salud , potencializando si
lombiana, mediante una red de	Servicios	con cobertura a nivel naciona
mónico con los proveedores de	servicios,	accionistas y colaboradores.
s integrales de salud y otros	servicios,	con el propósito de lograr e

Fuente: El Autor

Como se observa en el Cuadro 6, la unidad léxica “Servicio” se asocia frecuentemente con “Prestación” y con “Salud”. Por un lado, la asociación semántica con “Prestación” supone el acuerdo y el compromiso entre las partes involucradas: todo servicio implica un intercambio monetario para poder ser adquirido por las personas que lo requieran. Por otro lado, la asociación semántica con “Salud”, contribuye a reforzar la representación legal de la salud como un producto comercial y no como un derecho fundamental. Estas dos asociaciones naturalizan las acciones mercantiles de las EPS y la mercantilización de la salud. Por ello, en esta reiteración léxica subyace una relación con el neoliberalismo.

4.3.3. *Calidad*

Asimismo, calidad es un concepto que apela directamente a aspectos positivos, por ende deseables: ¿quién podría estar en contra de la calidad de los servicios de salud? Pero, en este caso, es un concepto propio del *management*, la calidad de un producto o de un servicio; un concepto que se aplica a cosas y no a personas, a procesos pero no a

grandes cambios, es un concepto descriptivo que por sí solo no califica: las cosas pueden ser de buena o mala calidad, a pesar de que se ha dado un uso metonímico a la calidad como de “buena calidad”, que no es el concepto que el mercado supone, pero que sí, de alguna manera, apropia el modelo de salud y *accountability*.

Cuadro 16. Reiteración de la unidad léxica “Calidad”

Pre-texto	Palabra clave	Post-texto
brindar servicios de	calidad;	
servicios de óptima	calidad,	asegurando su satisfacción.
ofrecer servicios de	Calidad	con eficiencia y responsabilidad
ofrecer servicios médicos con	Calidad	Total
prestadores de servicios con	Calidad	y eficiencia.
Orientamos el servicio hacia la	calidad:	
una cultura de servicios de	calidad,	
con el fin de garantizar la	Calidad	de vida de las familias beneficiarias
contribuir al mejoramiento de la	Calidad	de vida de nuestros usuarios.
organizada para mejorarla	Calidad	de vida de los asociados, afiliados
aumento de la	Calidad	de vida de nuestros afiliados
mejoramiento de la	Calidad	de vida de la población
reconocidos por mejorar la	Calidad	de vida de los afiliados
mejoramos la	Calidad	de vida.

para lograr una mejor	Calidad	de vida,
hacia el mejoramiento de su	Calidad	de vida.
mejorando su bienestar y	Calidad	de vida, es nuestro compromiso
han confiado su bienestar y	Calidad	de vida,
al bienestar y	Calidad	de vida de las comunidades
garantizando aspectos como la	Calidad	
en el sistema de garantía de	Calidad	en salud
por la excelencia y	Calidad	de sus servicios,
prestación de servicios de excelente	Calidad,	
con excelente	-Calidad	y transparencia
por los altos estándares de	Calidad	en la prestación de los servicios
con una alta	Calidad	humana, tecnológica y científica
modelos exitosos de gestión y	Calidad	en el servicio,
modelo de gestión de	Calidad	
mediante la diversidad y	Calidad	de un portafolio de servicios
diferenciándose por su	Calidad	y servicio al cliente.

Fuente: El Autor

Como hemos visto, la reiteración léxica permite entrever algunos propósitos comunicativos asociados a creencias y valores propios del neoliberalismo como: el mejoramiento, la alta calidad, la optimización, eficiencia de los servicios, el amplio abanico de posibilidades en los portafolios de servicio etc.

4.4. Retórica Nominal y Manipulación Lingüística

El análisis del corpus revela el frecuente uso del **estilo nominal**, es decir, la proporción de nombres supera con creces la de verbos en cada frase. Al respecto, Cassany (1993: 111-112) sostiene que de esta manera la prosa adquiere impersonalidad y objetividad, pero pierde claridad y se impregna de un regusto abstracto. Nombres como: *aseguramiento, prestación, administración, promoción, favorecimiento*, entre otros, deberían aparecer en las formas equivalentes: *aseguramos, prestamos, administramos, promocionamos, favorecemos*, para presentar a los actores sociales y sus acciones.

Las nominalizaciones son frecuentes por dos razones. Primero, porque permiten no especificar cierto tipo de información: a) No especificar los agentes, lo que favorece un estilo impersonal; b) No especificar el tiempo; y c) No especificar los argumentos.

Y, segundo, porque favorecen la ambigüedad: Pueden tener un significado de efecto o de proceso; implica una “acción y efecto de” (por ej.: *Administración* puede ser una acción o una oficina).

Para Halliday (1994: 352), la nominalización es el “más poderoso recurso para crear metáforas gramaticales”. En toda metáfora gramatical un componente semántico se construye en la gramática de manera no prototípica. Halliday propone dicho término para referirse al “mismo significado” que se evoca por medio de otra clase de palabra, donde se produce una conjunción de dos niveles de significado como resultado de una

nueva elección gramatical. Así, gracias a la nominalización de acciones, los procesos, normalmente expresados con verbos, se reformulan metafóricamente como sustantivos. De acuerdo con Fowler (1986), la nominalización es un proceso organizativo del mensaje que reduce una oración a un nombre; de este modo, se aminora la transitividad y se pierde el conocimiento de los participantes personales.

La elevada incidencia de nominalizaciones de acción puede explicarse, en principio, por la indudable necesidad de ahorrar espacio en los discursos de misión y visión, pues se recomienda brevedad en su redacción.

Las nominalizaciones de acción, sin embargo, suelen comportar la ausencia de información argumental. Esto puede deberse a dos razones: a que el actor discursivo ignora la información o bien a que decide omitirla. Por ejemplo, el actor discursivo puede ignorar quién es el agente de la acción nominalizada, o que considera irrelevante su identidad, acaso por conocida o genérica.

En otras ocasiones, la decisión de no mencionar información argumental responde a motivaciones de índole ideológica. En conformidad con el modelo del cuadrado ideológico, de Van Dijk (2003), el acto de callar o expresar información conocida casi siempre encuentra su motivación en la ineludible existencia de una ideología subyacente; en el discurso corporativo, ello supondría, según este autor (2006), la imposición autoritaria de una visión del mundo.

En este mismo sentido, Hodge y Kress (1993: 19 y ss.) consideran que es posible advertir algunos aspectos de la ideología del hablante si se atiende a la mención u omisión que este hace de los participantes que normalmente están unidos por un proceso verbal: con las omisiones, concebidas por estos últimos como mecanismos de un modelo de producción textual llamado “no transaccional” (non transactivemodel), se producen enunciados comprensivos de una sola entidad del proceso aludido, la cual no siempre coincide con el agente o el experimentador. Se trata, según Fowler (1986), de procesos organizativos del mensaje que responden a pérdidas de interés informativo.

El efecto de ambigüedad en la nominalización de acciones se debe a la habitual pérdida de argumentos y circunstancias, a la vez que de tiempo, aspecto, modo y modalidad verbales. El uso de esta metáfora gramatical apunta a un texto que, además de ambiguo, es estático: al convertir un proceso verbal en sustantivo, es decir, al mostrar una acción como si fuera un objeto, la relación entre procesos y participantes se muestra inmóvil. Sin duda, estas propiedades son aprovechadas –consciente o inconscientemente– por los redactores de discursos de misión y visión para restar importancia a los agentes, que por lo general desempeñan una función subjetiva y, por tanto, cardinal en la estructura profunda del enunciado.

Hodge y Kress (1993) consideran que la estructura profunda no siempre puede ser recobrada en su totalidad, por lo que los receptores frecuentemente interpretan los enunciados de maneras muy diversas: “El escritor presumiblemente conoce con exactitud el significado pleno, pero quizá el lector no”, advierte Halliday (1994: 353).

Dado que el estilo nominal permite esconder a los protagonistas semánticos, favorece la invisibilización de la responsabilidad de los actores sociales involucrados en el sistema de salud. Con ello, se revela la estrategia discursiva de **ocultamiento**.

Como bien sabemos, el Estado colombiano ha delegado al sector privado la responsabilidad de la atención en salud de los ciudadanos y ciudadanas.

CONCLUSIONES

De acuerdo con Everett Reimer (1973: 88), a medida que el abastecimiento de las necesidades humanas se institucionaliza, las instituciones en cuestión definen el producto particular y controlan el acceso al mismo. Al respecto, Reimer arguye que, progresivamente, dichas instituciones:

1. Definen el producto o servicio que satisface a la necesidad (por ejemplo, las EPS definen la salud como medicalización);
2. Inducen entre los necesitados la aceptación de esa definición (por ejemplo, se persuade a la gente para que identifique a la salud con la medicalización);
3. Excluyen a parte de la población necesitada del acceso pleno al producto o al servicio (por ejemplo, a cierto nivel las EPS y hospitales sólo están disponibles para algunas personas: sus afiliados);
4. Se apropian los recursos disponibles para satisfacer la necesidad (por ejemplo, las EPS y hospitales agotan los recursos existentes para la medicalización).

Estas generalizaciones mencionadas por Reimer son válidas tanto en el caso de la salud como en el caso de la educación, el transporte y muchas clases de necesidades humanas en Colombia.

De manera progresiva, la salud va siendo definida y concebida como el acceso a los servicios médicos y hospitales, y a los productos de la industria de las drogas. Pero, dicho acceso es notablemente desigual, pues el costo de los hospitales, los doctores y las drogas, crece más rápidamente que los recursos para pagarlos.

Como hemos visto, la salud se ha mercantilizado. A medida que crecen las EPS y hospitales, crece el número de personas que aceptan la identificación de la necesidad (salud) con el producto (medicalización). La gente olvida que antes de existir EPS y hospitales había personas sanas.

La elaboración del producto (medicalización) por la Ley 100 de 1993 y por las EPS, impide eficazmente el acceso de todos al mismo. Los precios excluyen a la gente del mercado no sólo de manera directa, sino mediante reglas cada vez más complicadas (requisitos de afiliación; por ejemplo, se exige un “certificado laboral” en un país marcado por el desempleo y el empleo informal).

El sector de la población que no puede tener acceso a las EPS y hospitales, debido al precio, es muy grande. Ese sector va siendo progresivamente alienado de la élite de su propia nación, de aquellos que en cambio sí tienen acceso a los productos que ofrecen las EPS y hospitales. A su vez, las masas alienadas se convierten en un estorbo demográfico, una trabazón económica y, finalmente, en oposición política.

Como vimos en el capítulo anterior, la mayoría de las EPS continúa sirviendo a los intereses económicos y políticos de sus inversionistas y de la élite política y económica

de este país. Los colombianos en lugar de ser dueños de nuestras instituciones, somos sus prisioneros.

Esperamos que este trabajo contribuya al crecimiento de la conciencia ciudadana y política de quien tenga la oportunidad de leerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Batista, P. y Medina, L. (2011). “Caracterización y contraste de instituciones de educación superior privadas a través del análisis del discurso de misión institucional”. En *Reencuentro 50*, Pg. 68-80.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos aires: Amorrortu.
- Calsamiglia, H. Y Tusón, A. (2002). *Las cosas del decir Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Charaudeau, P. (2003). *El discurso de la información. La construcción del espejo social*. Barcelona: Gedisa.
- Chiavenato, Idalberto (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. Bogotá: McGraw-Hill/interamericana
- Muñoz, Fabiola Alba (2011). “Cronología de la Dirección del Sistema de Salud Colombiano”. En *Revista Hospitalaria*, 80 (1), 4-7.
- Fairclough, N. y Wodak, R. (2001). “Análisis crítico del discurso”. En Van Dijk (Comp.). *El discurso como interacción social*. Barcelona: Gedisa.

Fairclough, y Wodak (2000). Análisis Crítico del Discurso. En Van Dijk, Teun (2000).

El Discurso Como Interacción Social: Una Introducción Multidisciplinaria. Vol. 2. Barcelona: Gedisa.

Fleitman, Jack. (2000). *Negocios Exitoso: cómo empezar, administrar y operar*

eficientemente un negocio. México: McGraw-Hill.

Guajardo, A. y Torres, Y. (2013). Dime que comunicas y te diré quién eres. Análisis del

discurso del sitio web del grupo Bimbo. En *Razón y palabra*. Tomado de
file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/AD%20del%20sitio%20web%
20de%20Bimbo.pdf

Hayek, f. (1979). *Derecho, legislación y libertad*. Madrid: Unión editorial

Kaplan, Nora (2007). “Construcción discursiva del evento conflictivo en las noticias por

televisión”. [En línea]. Disponible en:
<http://www.dissoc.org/recursos/tesis/Tesis%20Nora%20Kaplan.pdf>

Mansilla, R. (2005). *Análisis crítico de los discursos del 21 de mayo del presidente*

Ricardo Lago Escobar acerca de la reforma a la salud (Tesis para optar
al título de Profesor de Lenguaje y Comunicación). Valdivia: Universidad
Austral de Chile

Pardo, Neyla. (2007). *Como hacer análisis crítico del discurso: una perspectiva latinoamericana*. Santiago de Chile: Frasis.

Peña, M. (2013). "Análisis crítico de discurso del decreto 170 de subvención diferenciada para necesidades educativas especiales: «el diagnóstico como herramienta de gestión»". En *Revista Psicoperspectivas* 12 (2), 93-103.

Reimer, Everett (1973). *La escuela ha muerto: alternativas en materia de educación*. Barcelona: Barral.

Torres, J. (2009). *Influencia de la política neoliberal en la sociedad colombiana y el fortalecimiento del autoritarismo* (Tesis Para optar el título doctoral En Ciencias Políticas). Berlín: Universidad Libre de Berlín.

Van Dijk, T. (1996). *Estructura y funciones del discurso*. España: Siglo veintiuno.

_____ (1999). *Ideología. Una aproximación multidisciplinaria*. Barcelona-Buenos Aires: Gedisa.

_____ (2003). *Ideología y discurso. Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Ariel.

_____ (2008). *Discurso y Poder*. Barcelona: Gedisa.

William J. Stanton, Bruce J. Walker, Michael J. Etzel. (2007). *Fundamentos de Marketing*. México: McGraw-Hill.

Wodak, Ruth (2003). *De que trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos*. Barcelona: Gedisa.